



L'IMPORTANZA DELLA DIMENSIONE EPIDEMIOLOGICA DEI PROBLEMI NELLA DEFINIZIONE DELLE ORGANIZZAZIONI PREVENTIVE ED ASSISTENZIALI NELLE DIPENDENZE

Fabio Mariani

Responsabile della Sezione di Epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari - Istituto di Fisiologia clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche

LA DIMENSIONE EPIDEMIOLOGICA

In tema di dipendenze, così come in altri settori, il concetto di “dimensione epidemiologica del problema” rimanda alla conoscenza di una serie di caratteristiche del fenomeno, legate alla sua insorgenza e alla sua diffusione. Nel campo delle dipendenze, l'epidemiologia può essere utilizzata a supporto dell'azione di contrasto della diffusione: i metodi epidemiologici possono essere applicati agli aspetti di valutazione legati agli interventi di prevenzione primaria e secondaria, all'intervento terapeutico e di reintegrazione, al follow-up a medio e lungo termine, alle risorse impiegate, ai costi, ecc.. In tal modo, l'epidemiologia può contribuire alla comprensione della “evoluzione” del fenomeno, sia nel singolo individuo, sia nella popolazione generale.

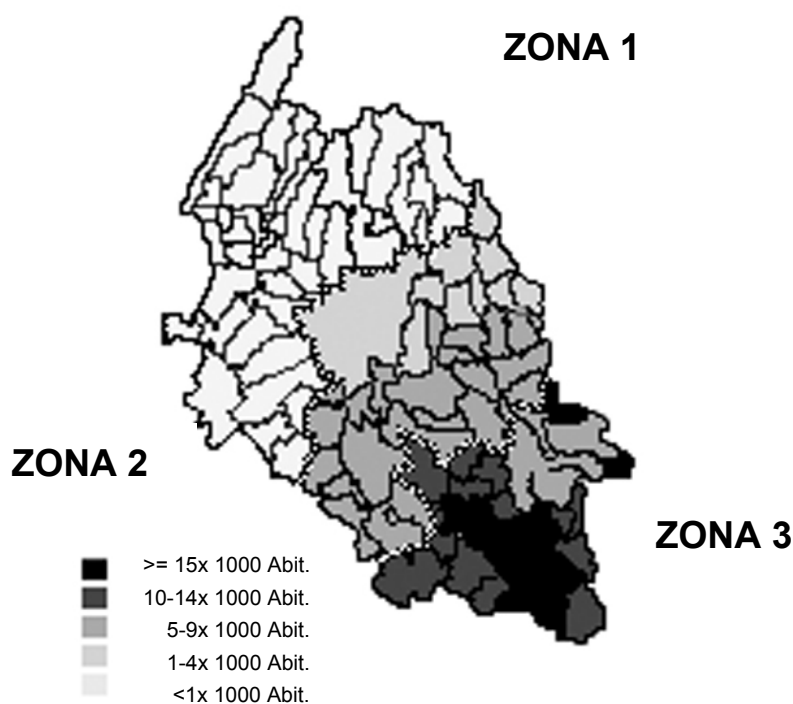
Si possono, ad esempio, prendere in considerazione alcuni indicatori epidemiologici di prevalenza ed incidenza della condizione da osservare, in rapporto ad alcune caratteristiche della popolazione interessata e alla sua distribuzione spaziale (essenzialmente numero delle persone coinvolte in un certo momento del tempo, velocità di crescita-diminuzione del fenomeno, caratteristiche della popolazione interessata, distribuzione geografica, modalità d'insorgenza, fattori favorevoli e contrastanti). Nel campo delle dipendenze, però, è necessario tener conto del particolare comportamento della popolazione interessata al problema. Infatti, laddove in altre situazioni sanitarie, al manifestarsi di una determinata sintomatologia la popolazione interessata dal problema crea precocemente una domanda nei confronti delle strutture preposte, nel settore delle dipendenze, i soggetti spesso non percepiscono la situazione particolare in cui si trovano o, più verosimilmente, tendono a celarne l'importanza sino a quando, per l'evidenza dei fatti sanitari, psicologici e sociali ad essa associati, non si trovano costretti ad attivare una “domanda d'aiuto”.

A titolo d'esempio, consideriamo ora la fig. 1, che presenta la distribuzione provinciale, a

livello di dettaglio comunale, dell'indicatore epidemiologico della prevalenza media annuale di soggetti che fanno uso di cocaina. Questo dato epidemiologico può essere disponibile grazie all'attivazione, su base provinciale, di particolari metodi d'indagine epidemiologica, capaci di valutare la quota di popolazione "nascosta" e, quindi, di arrivare ad una stima dell'indicatore e dei suoi limiti di confidenza. Nell'esempio, sono riportati dei dati già utilizzati in uno studio di simulazione per la messa a punto dei metodi epidemiologici, da utilizzare a supporto dello sviluppo di osservatori del fenomeno delle dipendenze su piccole aree territoriali (F. Mariani 2001).

Nella legenda, sono riportati gli estremi delle cinque classi in cui sono stati rappresentati i dati di prevalenza dell'uso di cocaina nel corso dell'anno, ovvero il numero di soggetti, nuovi o vecchi consumatori di questa sostanza, che ne hanno fatto uso nell'intervallo di tempo considerato. La popolazione considerata come potenzialmente a rischio di uso della sostanza è quella compresa tra i 15 e i 54 anni di età. La prima classe, quella più chiara, identifica le aree a prevalenza più bassa, pari a meno di un soggetto ogni mille persone residenti. Le classi successive vanno da 1 a 4 soggetti, da 5 a 9, da 10 a 14, da 15 e più ogni mille residenti, in correlazione alle tonalità più scure del retino con cui sono state contrassegnate le aree.

Fig. 1: Esempio di distribuzione per aree geografiche comunali della prevalenza annuale stimata di soggetti utilizzatori di cocaina nella popolazione 15-54 anni di età.



Questa rappresentazione simbolica evidenzia una diversità spaziale che mette in evidenza i comuni della zona 3, come aree geografiche a più elevata prevalenza rispetto ai comuni della zona 1, che mostrano una prevalenza minore. I comuni della zona 2 si collocano in una situazione intermedia. Il rapporto tra le medie dei comuni della zona 3 e della zona 1 da valori di circa 10:1.

L'interesse di questo tipo d'informazione appare evidente, ma questo tipo di dati non è



sufficiente per un lavoro di programmazione e valutazione dell'offerta di intervento: è necessario considerare contemporaneamente anche la dimensione assoluta del fenomeno e la sua evoluzione temporale. Nel lavoro di programmazione strategica dei servizi, è infatti necessario considerare sia l'impatto quantitativo assoluto del problema attuale, sia la sua possibile evoluzione a medio periodo.

Consideriamo, ad esempio, la tabella 1 dove, per la medesima area provinciale articolata nei comuni delle tre zone, sono stati riportati i dati di prevalenza e di incidenza (casi prevalenti ed incidenti) riferiti all'uso di cocaina nel corso dell'anno 2000 e la popolazione considerata a rischio.

Tab. 1: Casi incidenti, casi prevalenti e popolazione a rischio (Tassi di prevalenza ed incidenza) periodo di riferimento 2000 e range di età 15-54 anni

AREA TERRITORIALE	POPOLAZIONE. RESIDENTE	CASI PREVALENTI	PREVALENZA (T X 1000)	CASI INCIDENTI	INCIDENZA (T X 1000)
Zona 1	115.532	176	1,52	102	0.88
Zona 2	235.764	2058	8,73	847	3.59
Zona 3	59.238	878	14,82	355	5.99

In questo caso, poiché l'area provinciale articolata nelle tre zone di aggregazione dei comuni, corrisponde all'articolazione dei "bacini di utenza" di tre Aziende socio-sanitarie territoriali, è possibile esaminare anche i dati dei flussi informativi provenienti dalle strutture dipartimentali per le dipendenze.

Poiché il progetto di sviluppo degli strumenti epidemiologici precedentemente citato prevede un sistema di monitoraggio epidemiologico, con reciproco scambio d'informazioni tra tutte le strutture interessate al fenomeno delle dipendenze, è possibile costruire la tabella 2 in cui, accanto ai dati provenienti dalle strutture pubbliche, è possibile considerare anche altri flussi informativi, provenienti dalle strutture del privato sociale e dalla Prefettura, in merito ai soggetti che hanno avuto contatti con le diverse strutture nel corso dell'anno.

Tab. 2: Tipologia di servizio e casi prevalenti per l'anno 2000 (cocaina come sostanza primaria)

AREA TERRITORIALE	SERVIZI PUBBLICI	SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE	PREFETTURA	TOTALE CASI CON
Zona 1	30	14	20	59
Zona 2	218	57	61	325
Zona 3	97	21	26	141

* nota: Il totale non corrisponde alla somma degli addendi in quanto alcuni soggetti, nel corso dell'anno, sono stati in contatto con le tre tipologie di servizio. Il numero totale corrisponde quindi al numero assoluto di soggetti che hanno avuto contatti eliminando i doppi conteggi.

Nella tabella 3, utilizzando il rapporto tra i soggetti che hanno avuto nel corso dell'anno contatti con le strutture presenti sul territorio (domanda) e il numero stimato dei soggetti che, residenti nel territorio, fanno uso di cocaina (bisogno), si possono porre dei confronti tra le diverse zone considerate.

Inoltre, con l'ipotesi dell'incidenza costante a breve periodo (triennio), è possibile stimare il numero di soggetti prevalenti attesi e quindi programmare, ad esempio, i servizi necessari a coprire una quota parte del 50% del bisogno, da oggi a tre anni.

Disponendo di queste informazioni, si possono fare delle analisi in grado di contribuire alla pianificazione strategica dell'offerta di intervento da parte dei servizi. Nel nostro esempio, una prima osservazione rimanda al valore più che doppio del rapporto domanda/bisogno nei comuni della zona 1 rispetto a quelli delle zone 2 e 3. In questo caso, per meglio capire la situazione, è necessario completare l'informazione con i dati relativi alle caratteristiche dell'offerta, in termini di entità, tipologia e qualità dei servizi. Sempre utilizzando i dati dello studio di simulazione, una prima analisi dell'offerta può essere fatta partendo dalle informazioni contenute nelle tabelle 4 e 5, che riportano le risorse di personale assegnate alle strutture pubbliche per le tossicodipendenze, ed a quelle del privato sociale che si sono sviluppate per rispondere operativamente alla domanda.

Tab. 3: Casi prevalenti osservati e stimati, rapporto tra domanda e bisogno (periodo anno 2000 con cocaina come sostanza ad uso primario)

AREA	TOTALE	TOTALE CASI PREVALENTI	RAPPORTO DOMANDA ----- BISOGNO	CASI PREVALENTI STIMATI AL 2003	TOTALE CASI SU CUI ATTIVARE INTERVENTI PER COPRIRE LA QUOTA DEL 50% DEL BISOGNO
Zona 1	59	176	0,34	482	241
Zona 2	325	2058	0,16	4599	2300
Zona 3	141	878	0,16	1943	972



Tab. 4: Servizi pubblici: servizi specifici per le tossicodipendenze e personale per profilo professionale

AREA	AMBULATORI ATTIVI	MEDICI	INFERMIERI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO PERSONALE TECNICO	TOT
Zona 1	4	5	6	7	8	3	3	32
Zona 2	5	6	8	5	10	4	2	35
Zona 3	2	3	4	3	5	2	1	18

Una corretta pianificazione strategica richiede, però, un maggior livello d'approfondimento delle informazioni sull'offerta, con informazioni sulla tipologia delle attività svolte, sulla loro durata, sulla ripartizione dei soggetti che utilizzano i servizi, sulla valutazione degli esiti degli interventi, ecc...

Allo stesso modo, il dato epidemiologico dei soggetti che fanno uso di cocaina deve essere integrato prendendo in considerazione tutte le altre sostanze per le quali è stata attivata l'offerta delle strutture presenti sul territorio, come riportato, ad esempio, nella tabella 6.

Tab. 5: Servizi del privato sociale: strutture residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali e personale per profilo professionale

AREA	STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI	PERSONALE AREA SANITARIA	PERSONALE AREA PSICO-SOCIALE	PERSONALE AREA EDUCATIVA FORMATIVA	AMMINISTRATIVI	VOLONTARIE SERVIZIO CIVILE	TOTALE
Zona 1	8	8	10	45	8	25	96
Zona 2	7	9	9	38	9	29	95
Zona 3	5	4	6	19	4	11	44

Tab. 6: Domanda e bisogno per tipologia delle sostanze primarie di utilizzo

AREA	CONSUMATORI EROINA 2000			CONSUMATORI COCAINA 2000			CONSUMATORI ANFETAMINA 2000			CONSUMATORI CANNABINOIDI 2000			CONSUMATORI ALTRE SOSTANZE ILLECITE 2000		
	DOMANDA	BISOGNO	RAPPORTO D/B	DOMANDA	BISOGNO	Rapporto D/B	Domanda	Bisogno	Rapporto D/B	Domanda	Bisogno	Rapporto D/B	Domanda	Bisogno	Rapporto D/B
Zona 1	827	1364	0,61	59	176	0,34	3	231	0,013	115	5.375	0,021	23	1155	0,020
Zona 2	3129	5910	0,53	325	2058	0,16	4	707	0,005	433	16.503	0,026	88	2358	0,038
Zona 3	1886	3564	0,53	141	878	0,16	1	178	0,006	261	4.739	0,055	53	592	0,090

Rimane da prendere in considerazione il metodo con cui confrontare, ad esempio, i dati dell'offerta con i dati della domanda e del bisogno. In questo caso, gli indicatori più globali e semplici da utilizzare sono quelli dei rapporti tra domanda e bisogno, che mettono in evidenza, indirettamente, quanto l'offerta riesce a "catturare" del bisogno e contemporaneamente il rapporto tra l'entità complessiva delle risorse di personale con la popolazione a rischio presente nel bacino di utenza, il bisogno e la domanda.

Tab. 7: Indicatori di sintesi per il confronto bisogno-domanda-offerta

AREA	RAPPORTO OPERATORI ----- DOMANDA	RAPPORTO OPERATORI ----- BISOGNO	RAPPORTO OPERATORI ----- POP. A RISCHIO	RAPPORTO DOMANDA ----- BISOGNO	DOMANDA (N. DI SOGGETTI)	BISOGNO (N. DI SOGGETTI)
Zona 1	12,46	1,54	1,11	0,12	1.027	8.301
Zona 2	3,24	0,47	0,55	0,14	3.979	27.536
Zona 3	2,65	0,62	1,05	0,24	2.342	9.951

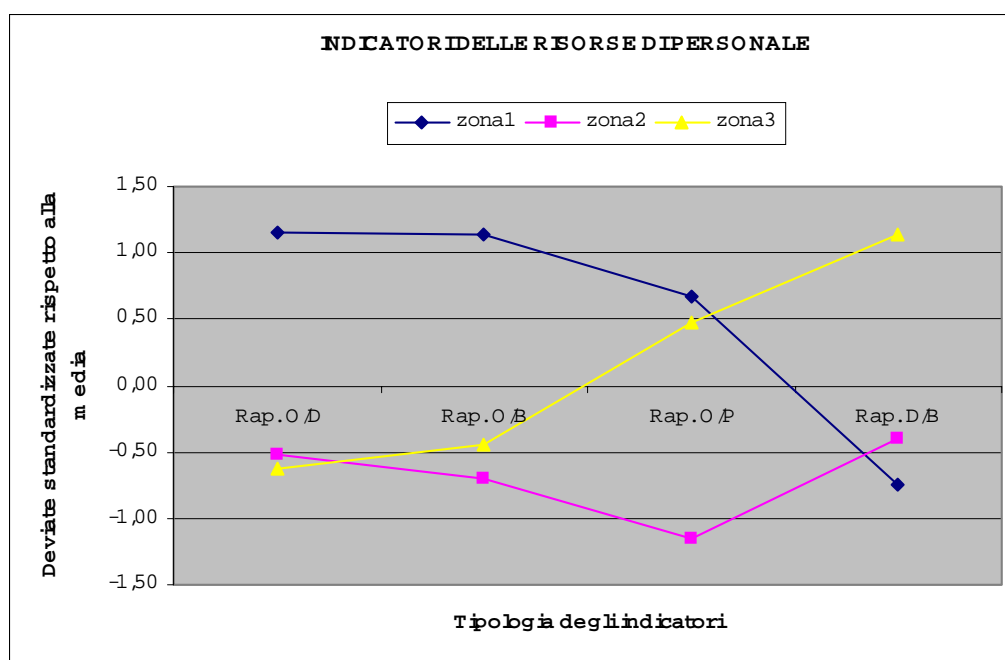
Questi indicatori esprimono rispettivamente la risposta organizzativa delle strutture in termini di risorse di personale attivate in relazione alla popolazione esposta a rischio, alla



popolazione che fa uso delle sostanze e alla popolazione che ha impatto con le strutture.

Gli indicatori possono essere espressi in deviate normali standardizzate, che permettono un confronto comune.

Figura 2: Indicatori delle risorse di personale impiegate nelle tre zone per l'intervento nel settore delle dipendenze e indicatori di domanda e bisogno.



Nella figura 2, dove sono riportati i valori elaborati secondo la procedura sopra descritta, si evidenzia la situazione dei servizi della zona 1, che mostrano un elevato rapporto tra risorse di personale ed entità della popolazione a rischio, entità del bisogno ed entità della domanda. Al contempo, però, la zona 1 presenta il più basso valore dell'indicatore della quota di bisogno che l'offerta riesce a tramutare in domanda. A questo tipo di situazione si contrappone, in modo speculare, la situazione della zona 3 che, pur mostrando un basso impiego relativo di risorse di personale in rapporto alla domanda e al bisogno, mostra un buon rapporto in relazione alla popolazione a rischio ed il più alto valore del rapporto tra domanda e bisogno. La situazione della zona 2 mostra, invece, un profilo mediamente basso degli indicatori con una contrapposizione, rispetto alle altre due zone, per quanto riguarda l'indicatore che rapporta il personale alla popolazione residente a rischio.

In conclusione, dunque, conoscendo, relativamente al "bacino di utenza" di una determinata struttura di intervento:

- l'entità complessiva dei soggetti che fanno uso di droghe illegali e/o abusano di alcool e di altre sostanze psicoattive o che manifestano un comportamento di dipendenza nei confronti di sostanze illegali, farmaci, gioco d'azzardo, ecc.;
- la quota di bisogno che si evidenzia nei confronti dei servizi, in termini di richiesta di intervento sociale, di riduzione del danno, di intervento terapeutico o riabilitativo;
- la capacità di offerta (tipologia, entità e qualità degli interventi che la struttura è in grado di effettuare in un certo intervallo di tempo).

È possibile definire il posizionamento del “servizio” lungo il suo ciclo di vita operativa.

Così come in altri settori socio-sanitari, anche nel settore delle dipendenze il concetto di ciclo operativo riferito all’offerta o all’operatività della struttura deve essere preso in considerazione ai fini di un’appropriata programmazione delle attività. In questo campo possono essere individuate le quattro fasi del ciclo operativo (sviluppo, crescita, maturità e obsolescenza), nell’ambito dell’operatività della struttura a cui corrispondono situazioni ben precise, che riguardano il rapporto tra alcuni indicatori come il bisogno e l’offerta, tra domanda e offerta, tra operatività e risultati ottenuti visti in precedenza.

La conoscenza del ciclo operativo è fondamentale in termini di gestione strategica della struttura: ad esempio, operare con la consapevolezza del ciclo operativo richiede la definizione di un buon piano strategico associato e, al contempo, un buon piano strategico si basa anche sul corretto posizionamento dell’offerta lungo il ciclo operativo.

Infatti, il ciclo operativo deve essere costantemente sincronizzato con l’operatività della struttura: ad ogni diversa posizione lungo la curva deve corrispondere la messa in atto di diversi comportamenti della struttura stessa.

L’analisi degli indicatori sin qui descritti, così come la conoscenza del ciclo operativo, permette di definire o meglio stabilire che “cosa desidera” la popolazione di potenziali utilizzatori di una data struttura e di individuare la congruenza tra caratteristiche della struttura ed esigenze della popolazione, all’interno di un vincolo definito dalla sostenibilità dell’intervento. Tale valutazione deve essere fatta considerando l’economia di sistema e quindi includendo nella valutazione anche i risparmi (sia diretti, in termini di spesa sanitaria, sia indiretti in termini di costi sociali), ottenibili grazie all’intervento della struttura.

Proviamo ad applicare tali considerazioni partendo, ancora una volta, dal nostro esempio. Considerando gli indicatori sin qui esaminati ed i tempi di attivazione, si possono ipotizzare le posizioni relative delle strutture che fanno riferimento alle tre zone territoriali individuate. Le strutture della zona 1 sembrano essere in una situazione di sviluppo-crescita, in cui l’offerta appare come punto centrale delle scelte strategiche, anche se la domanda è bassa (induzione della domanda mediante un’offerta specifica e qualificata). Le strutture della zona 3 possono essere considerate in una fase di maturità, in cui si stanno rendendo ottimali i rapporti tra risorse impiegate e risultati ottenuti, considerando in particolare le risorse di operatori impiegati che mostrano bassi valori ed elevato rapporto tra domanda e bisogno (induzione della domanda mediante il riconoscimento delle caratteristiche di qualità delle strutture operative). Il ciclo di vita delle strutture della zona 2 si trova, invece, in una posizione di obsolescenza dell’offerta operativa, particolarmente evidente laddove si consideri il basso rapporto tra personale impiegato e popolazione a rischio.

Una continua analisi dell’operatività può evidenziare la presenza di attività poco convenienti, perché non più atte a consentire la congruenza tra caratteristiche della struttura e bisogni o domanda della popolazione, o perché fondate su interventi la cui qualità non permette di raggiungere gli obiettivi operativi individuati. In tal caso si dovrà valutare l’ipotesi di un progressivo cambiamento della struttura, volto a spostare l’operatività verso aree più pertinenti (di maggiore bisogno e di minore domanda), e verso interventi a più elevato impatto nell’economia di sistema. Sempre a tal fine, potrà essere necessario rivedere i processi interni, al fine di assicurare una qualità degli interventi più congrua agli obiettivi operativi prefissati.

Appare evidente che il primo dei fattori critici in gioco nel processo è quello relativo alla congruenza tra bisogno-domanda-offerta. Per capire meglio, possiamo immaginare di dover rispondere ad alcune domande come ad esempio “che tipo di intervento propone la nostra struttura?” o meglio “quali specifiche risposte operative richiedono alla struttura i soggetti portatori di bisogno, che percepiscono la necessità di farsi aiutare, per ritenerla un valido aiuto alla risoluzione del loro problema?”.

Nell’ambito delle dipendenze, la risposta “la migliore terapia in grado di risolvere il problema” è scarsamente rilevante. Si evidenzia invece l’importanza dei parametri che caratterizzano l’intervento nel suo complesso (percorso diagnostico e di accoglienza, intervento terapeutico e percorso di reintegrazione sociale) quali, ad esempio, la tipologia e la riservatezza degli



accertamenti, le modalità di accesso, la compatibilità con la “situazione di vita attuale”, la durata degli interventi, la tipologia dei trattamenti farmacologici, l’attivazione delle risorse sociali, l’assistenza giudiziaria, la disponibilità di nuovi contesti relazionali, la continuazione del processo di crescita individuale, ecc..

Tra tutte queste discriminanti, influenti nel determinare la “qualità” dell’offerta, occorre stabilire una graduatoria utilizzando, ad esempio, uno strumento di rilevazione, da sottoporre alle persone in carico alla struttura od anche alla “popolazione a rischio”.

Attraverso l’esame dei dati disponibili o attraverso l’effettuazione di indagini, vanno posti in testa alla graduatoria i primi fattori discriminanti individuati. Tali fattori evidenziano la condizione che la struttura deve rispettare per poter programmare nel modo più congruente la sua offerta di servizi (all’interno della disponibilità di risorse economiche e della valutazione della sostenibilità della spesa), al fine di attrarre il bisogno o di risultare più idonea alla domanda.

Oltre a ciò non bisogna dimenticare l’evoluzione legata alla ricerca e alla disponibilità di nuove conoscenze sulla situazione epidemiologica e sui trattamenti: anche questo tipo d’informazioni può fornire preziose indicazioni sulle politiche strategiche da seguire in un dato momento, all’interno di ogni processo della struttura.

Particolarmente rilevante è la distinzione tra le diverse tipologie di intervento e le diverse tipologie del bisogno. In Italia, ad esempio, i servizi pubblici registrano oggi una notevole difficoltà a proporre interventi terapeutici ai soggetti che fanno uso esclusivo e continuo di cocaina. Ciò risulta evidente dai dati epidemiologici disponibili: nel periodo 2000-2001, il bisogno nella popolazione generale, cioè il numero di soggetti (tra i 15 e i 54 anni di età) che fa uso esclusivo di cocaina, è risultato essere circa doppio rispetto al numero dei soggetti che fa uso di eroina endovena; nello stesso periodo, la domanda, cioè il numero di soggetti che si sono rivolti alle strutture specifiche per interventi terapeutici ha interessato per oltre il 90% soggetti che riferivano un uso primario e non esclusivo di eroina endovena, e solo una quota inferiore al 10% di soggetti con uso primario (ma non esclusivo) di cocaina. In altri termini, il bisogno espresso dalla popolazione dei soggetti che fanno uso di cocaina è assente nella sua quota di domanda dalle strutture terapeutiche deputate ad operare nel settore.

A questo proposito, l’analisi di una quota del bisogno, formata da utilizzatori esclusivi di cocaina (soggetti intercettati dalle forze dell’Ordine e segnalati alle Prefetture in esecuzione dell’art. 75 del D.P.R. 309/90), sta evidenziando alcuni fattori discriminanti. Nel corso dei colloqui effettuati presso le Prefetture, si evidenzia come molti dei soggetti consumatori di cocaina, essendo perfettamente integrati nella società (frequentemente come liberi professionisti, commercianti, o comunque appartenenti a ceti di rilievo sociale), preferiscono subire la sanzione amministrativa prevista dalla normativa vigente, piuttosto che effettuare un intervento terapeutico presso le strutture per le tossicodipendenze, non ritenendosi né tossicodipendenti, né garantiti rispetto all’esito degli interventi o alla riservatezza degli stessi.

Una gestione delle strutture orientata alla congruenza tra offerta e bisogno deve, dunque, essere orientata all’innovazione e al miglioramento operativo, e resa capace di gestire la complessità delle discriminanti di scelta degli odierni consumatori e di rispondere, nel modo migliore, alla continua evoluzione della situazione relativa alla domanda.

Spetterà alla direzione il compito di stabilire gli obiettivi operativi di lungo termine (in genere non più di cinque anni). Al contempo, coerentemente alle indicazioni di lungo termine, dovranno essere stabiliti gli obiettivi intermedi e di breve periodo. Nel caso dei consumatori di cocaina, ad esempio, i servizi per le tossicodipendenze potrebbero immaginare la programmazione e l’attivazione di un’unità di intervento specifica con caratteristiche operative particolari ed in stretto collegamento iniziale con le Prefetture che, tramite i Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze NOA, potrebbero convogliare il bisogno intercettato dalle Forze dell’Ordine.

A questo proposito, può essere qui ricordato l’esempio che, a livello nazionale, alcuni anni fa rappresentò, per i servizi per le tossicodipendenze, l’attivazione del “Gruppo C”, ovvero l’unità specifica di intervento per i soggetti con problemi collegati all’infezione da HIV e alla sua evoluzione in AIDS.

Dall'esperienza del passato si possono trarre validi spunti ed indicazioni, ma la valutazione delle esigenze delle persone portatrici degli attuali bisogni rappresenta l'unica via percorribile per una corretta programmazione degli interventi.

L'analisi dei punti di forza e di debolezza della struttura e, contemporaneamente, dei fattori critici propri delle diverse tipologie di soggetti potenzialmente fruitori dell'offerta d'intervento, aiuta a superare le incongruenze tra bisogno, domanda ed offerta e ad agire con precisione e rapidità, esattamente dove e come risulta necessario.

A tal fine, si può tanto elaborare l'analisi strategica per poi ricavarne gli obiettivi operativi, quanto controllare la congruità degli obiettivi predeterminati con la realtà del bisogno, della domanda e dell'offerta, poiché entrambe queste fasi partecipano al processo di verifica della congruenza. L'analisi strategica deve infatti permettere di verificare la congruenza tra obiettivi e mezzi per raggiungerli. Nel diagramma di flusso sottostante è rappresentato simbolicamente il processo di verifica di congruenza che, pur essendo concettualmente molto semplice, raramente viene applicato nell'analisi dell'operatività di una struttura di tipo socio-sanitario.

La verifica di congruenza è punto particolarmente delicato in quanto buona parte dei problemi operativi che potranno insorgere durante l'operatività dovranno essere "novità previste" cioè problemi già esaminati e per i quali sono state programmate strategie di soluzione. Evidentemente non è necessario (né possibile) prevedere tutti i possibili imprevisti e le conseguenti politiche di reazione. È invece necessario e possibile pensare di realizzare una struttura adatta a percorrere il ciclo operativo programmato, per non trovarsi con un servizio inadeguato come offerta, per rispondere a quello che sarà il bisogno e la domanda ad esso correlata.

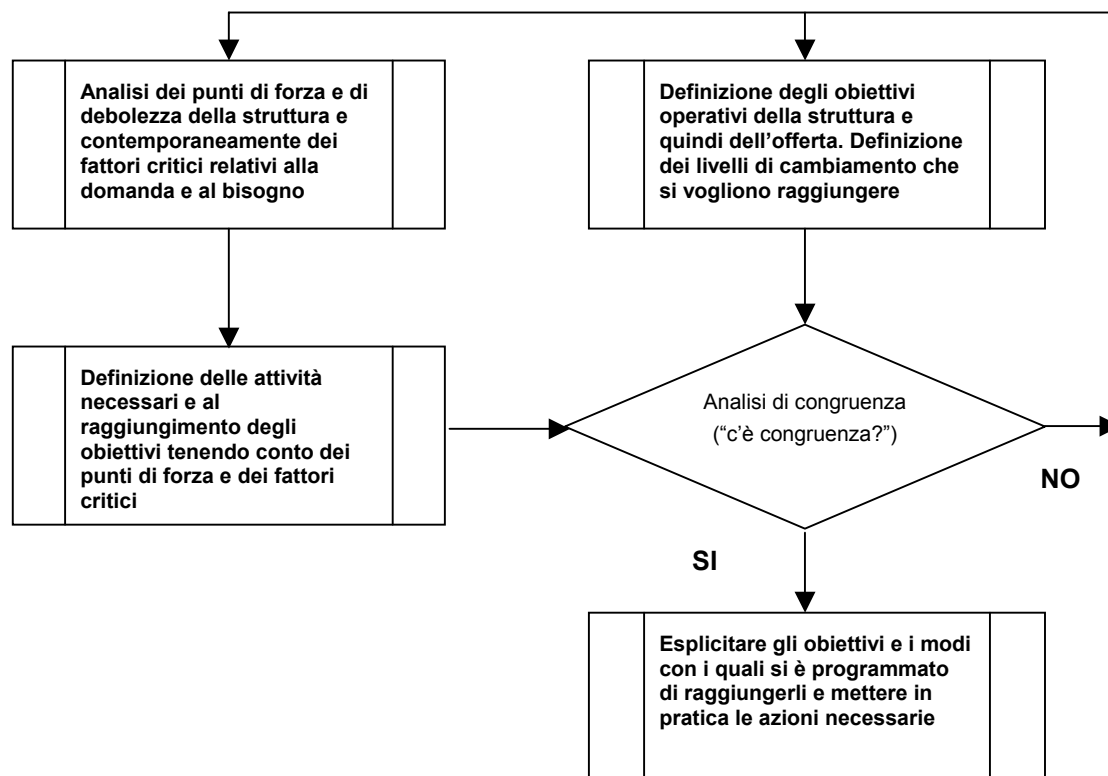
La necessità di investire risorse nell'analisi strategica è strettamente legata alla necessità di gestire una situazione dinamica, con continui possibili cambiamenti dell'ambiente esterno ed interno alla struttura. In quest'ottica, l'analisi strategica rappresenta un investimento, evitando impegni operativi senza esito produttivo, essa si ripaga automaticamente.

La verifica di congruenza tra obiettivi, analisi strategica e politiche strategiche permette di orientare le scelte operative del servizio e le risorse disponibili, alla domanda e al bisogno presenti e futuri, e di organizzare la struttura in modo tale da renderla capace di rispondere velocemente e ai minori costi alle sollecitazioni ambientali. Prima di prendere qualsiasi decisione, i responsabili della struttura devono attivare il processo sopra descritto, rendendone partecipi tutti i membri della struttura. È la stessa struttura organizzata, ovvero "il servizio", che deve possedere un sistema di autocontrollo della propria congruenza, in grado di funzionare in modo continuo nel tempo e in grado di cambiare qualora non più congruente con l'analisi strategica dell'organizzazione.

Coloro che lavorano seguendo la logica dell'operatività per obiettivi acquisiscono rapidamente la consapevolezza dei propri ruoli funzionali e sviluppano la capacità di gestire, a specifici livelli di delega, le informazioni e le responsabilità decisionali del servizio. Questo punto rappresenta un passaggio critico nello sviluppo della "qualità" della struttura, anche dirigenti in grado di realizzare una perfetta analisi strategica e di definire precisi obiettivi operativi possono infatti fallire, se non indicano correttamente ai responsabili operativi il modo con cui tali obiettivi devono essere raggiunti. Da qui, la necessità di progettare adeguati sistemi di monitoraggio, adatti a fornire informazioni di ritorno alla direzione, ma anche ai responsabili operativi, per gli eventuali e necessari correttivi nel tempo.



Fig. 3: Processo di verifica di congruenza



L'obiettivo di migliorare la qualità dell'offerta da parte del servizio deve essere sostenuto da tutte le risorse di personale della struttura. La successiva focalizzazione di tutti i settori della struttura e del sistema di monitoraggio informativo rappresenta ancora una fase della programmazione strategica.

Vi sono modi diversi per formalizzare e condividere gli obiettivi con i responsabili operativi della struttura, e lo sforzo strategico può essere pesantemente influenzato dall'atteggiamento e dal comportamento del gruppo degli operatori e dalle sue reazioni di fronte ad alcune informazioni e cambiamenti organizzativi.

Occorre definire la tipologia delle informazioni necessarie all'operatività della struttura e alla programmazione ed il processo che genera tali informazioni. È necessario individuare le competenze dei singoli, l'operatività e i tempi e la periodicità necessari alla realizzazione del processo di valutazione, considerando alla base del rapporto di scambio, la chiarezza e la matrice comune di ragionamento su cui fondare il rapporto all'interno della struttura organizzata che, per quanto democratica, si basa necessariamente su ruoli funzionali diversificati. In questo contesto, l'importanza e la rilevanza dei metodi di approccio alla qualità dell'offerta da parte del servizio si intrecciano con i moderni concetti di sistemi di monitoraggio e gestione aziendale, tenendo comunque presente che una struttura di servizio, come in questo caso, è composta primariamente da persone che operano su persone e solo successivamente da procedure e strutture operative. In questo contesto, intervenire sulla qualità vuol dire anche riconoscere, sviluppare ed utilizzare i punti di forza dei singoli individui, riducendo l'effetto delle carenze individuali dalle quali nessuno è alieno. La statistica del monitoraggio deve integrarsi nel discorso dell'equipe, ovvero, nell'approccio totale alla qualità. In altri termini, se vogliamo avere un risultato di qualità deve essere di qualità anche il gruppo che lo produce.

Il discorso sulla qualità non può essere evidentemente basato solo su indicatori statistici, (come ad esempio, il numero di prestazioni effettuate in un dato periodo dagli operatori dei diversi profili professionali del servizio, il così detto “carico di lavoro” spesso utilizzato in passato). Né la qualità dell'intervento sui singoli può essere descritta dall'enumerazione quantitativa delle prestazioni attivate nel corso di un dato periodo di tempo sulla persona in trattamento. Occorre invece essere capaci di “generare qualità”, momento dopo momento, durante tutta l'operatività della struttura, senza alienare l'individualità degli operatori, senza lasciare nulla al caso e senza rimandare, in termini di controllo, alle fasi operative successive.

In questo modo la qualità, da elemento operativo, diventa fattore strategico della struttura, di cui tutti devono farsi carico. È dimostrato che la direzione strategica della struttura tende a valorizzare l'importanza del processo di delega precisandone e sottolineandone i contorni. È dall'interazione tra dirigenza e profili operativi che deve nascere ed essere elaborata la politica di gestione e di controllo di ogni fattore strategico, secondo una matrice e una logica comune e coerente con gli obiettivi della struttura organizzata.

Volendo passare dalla fase dell'analisi strategica, della determinazione degli obiettivi, della definizione dei piani operativi e della pianificazione della qualità totale del servizio alla fase operativa è necessario attrezzare la struttura di servizio di adeguati strumenti, attraverso un percorso di adeguamento strategico.

Questo passaggio rappresenta un momento critico nel ciclo di vita della struttura, o meglio dell'offerta della struttura, se non si verifica la congruenza tra scelte strategiche e risorse operative occorre apportare, come già precedentemente detto, cambiamenti alle scelte strategiche, in quanto la struttura non ha le caratteristiche appropriate ad affrontare quelle determinate situazioni operative.

Utilizzando l'analisi della domanda e del bisogno dei singoli bacini di utenza delle strutture si può procedere nel lavoro di focalizzazione operativa, che rappresenta la sostanza dell'adeguamento strategico ed è per questo motivo che la struttura deve possedere uno strumento di osservazione, collezione ed analisi dei dati pertinenti.

Questo aspetto del sistema informativo (o, meglio, del sistema di monitoraggio epidemiologico) della struttura organizzata, spesso visto solo come strumento accademico di ricerca, deve in realtà diventare lo strumento portante per la definizione di qualsivoglia intervento. Si possono fare a tale proposito alcune osservazioni di carattere generale e generico, senza quindi nessuna pretesa di esaustività, sulla possibile correlazione tra situazione della domanda e del bisogno in una determinata area e offerta di interventi volti a contrastare l'insorgenza della problematica in oggetto nella popolazione o volti a ridurre o risolvere situazioni problematiche già attive.

Nel campo delle dipendenze, una struttura organizzata possiede, in genere, una storia antecedente, che ne determina la capacità di offerta. L'impostazione organizzativa coinvolge quindi decisioni che devono tenere presenti diversi fattori, tra cui la posizione dell'offerta attuale della struttura in relazione al ciclo di vita e alla situazione del bisogno-domanda nel bacino di utenza.

Anche se nella pratica di molti servizi non sempre tali punti vengono affrontati con una logica omogenea ed integrata, si può dire che le possibili scelte decisionali riguardano allora:

- la tipologia degli interventi operativi ed il loro processo;
- l'ubicazione, la dimensione, l'integrazione e la struttura dell'offerta di intervento;
- l'organizzazione del lavoro e del sistema di verifica e controllo direzionale;
- i flussi informativi ed il monitoraggio epidemiologico;
- le persone interessate dall'offerta e gli esiti dell'intervento.

Tra i punti sopra citati, tutti importanti, sembra più opportuno, in questo contesto, approfondire l'esame dei flussi informativi e del monitoraggio epidemiologico come fattore determinante la qualità della struttura.

A questo proposito, è necessario distinguere tra dato ed informazione. L'informazione



rappresenta un livello logico più complesso del dato, in quanto formata da uno o più dati contestualizzati nel tempo nello spazio e nel destinatario (momento giusto, posto giusto e persona giusta), con un adeguato livello di analiticità e rilevanza (dettaglio giusto ed entità numerica appropriata al sistema che si vuole descrivere).

Quindi l'informazione è un "oggetto" complesso rispetto al dato e all'interno della struttura organizzata si devono raccogliere, gestire e analizzare dati per trasformarli in informazioni, utili alla gestione strategica e alla gestione operativa della struttura stessa. In questo contesto, deve essere adottato lo stesso procedimento di verifica di congruenza visto precedentemente, per far sì che le procedure di generazione e raccolta dei dati e di trasformazione in informazioni siano pertinenti e congruenti per la struttura operativa.

A questo riguardo si dovranno definire due fattori fondamentali delle informazioni che si vogliono gestire:

- la rilevanza;
- il grado di analiticità.

È necessario, per prima cosa, definire cosa sia davvero importante e rilevante misurare per la struttura operativa, ai fini della disponibilità di informazioni atte ad orientarne il funzionamento. La raccolta dei dati, la loro gestione, la loro analisi e trasformazione in informazioni richiede risorse di tempo, denaro e persone e alla fine la loro disponibilità può risultare del tutto irrilevante. Si consideri, ad esempio, che l'obiettivo operativo sia quello di monitorare la tipologia della domanda, in modo da apportare le idonee modifiche all'offerta in questo caso, raccogliere dati e quindi avere informazioni sull'esito degli interventi può risultare non rilevante.

Evidentemente, anche nella definizione delle informazioni, il fattore da considerare è quello della congruenza con gli obiettivi della struttura. Spesso raccogliere dati su tutto, "perché può sempre servire" diventa un fattore di fallimento del sistema, piuttosto che un elemento di qualità.

Per quanto riguarda il grado di analiticità che l'informazione deve possedere, è noto che esso è direttamente correlato con la complessità del sistema che deve essere messo in atto per raccogliercela e quindi con il costo e la pesantezza di gestione per la struttura organizzata che deve gestirlo.

Ogni problema di valutazione strategica con opzioni diverse può essere estrapolato da un adeguato sistema informativo in grado di rappresentare mediante una o più matrici di dati, siano esse canoniche o studiate su precise necessità della struttura, gli algoritmi risolutivi dei problemi di gestione della struttura. La matrice ideale deve possedere caratteristiche di rappresentazione della realtà e quindi di controllo dei fattori determinanti più rapido ed agile possibile per quanto riguarda la consultazione e l'utilizzo, e più analitico possibile per quanto riguarda il grado di complessità dell'informazione che si desidera gestire con la matrice stessa.

Risulta del tutto evidente che i fattori velocità e agilità sono correlati in modo inverso con il fattore analiticità. Per tale motivo è bene controllare un processo (per esempio l'organizzazione funzionale di un reparto) attraverso un modello che lo descriva e intorno al modello descrittivo costruire il sistema informativo, congruente con l'obiettivo di monitoraggio, ad un adeguato livello di analiticità.

Si consideri come esempio un livello di dettaglio dei dati di un servizio per le tossicodipendenze: i risultati degli esami chimico-clinici, che sono fondamentali per i profili professionali che operano direttamente sulla persona, rappresentano una quota di informazioni poco letta ed utilizzata, ad esempio, dai responsabili delle strutture, che hanno altri obiettivi operativi. Questi dati devono essere trattati per diventare informazioni? Si consideri questa domanda alla luce del fatto che un eccessivo dettaglio dell'informazione la può far regredire a semplice dato, vuoi per il ritardo con cui viene resa disponibile, vuoi perché irrilevante su un flusso informativo con esigenze diverse.

Altro concetto da esaminare è quello relativo alla struttura del flusso informativo, che può essere considerato come una "catena" di informazioni collegate in maniera complessa. Questo

permette di mettere in evidenza come, all'interno di una struttura operativa (composta da più reparti, sezioni, ambulatori) dove operano profili professionali diversi (medici, infermieri, educatori, assistenti sociali, ecc), non tutte le strutture o tutti gli operatori, cioè non tutti i punti della catena, per diversi motivi, possiedono la stessa capacità di gestione delle informazioni. Tale caratteristica, ne determina il carico massimo che può essere supportato senza entrare in instabilità. In altre parole, anche se all'interno della struttura esistono punti in grado di gestire un numero maggiore di informazioni nell'unità di tempo, il sistema nel suo complesso riesce a gestire un carico di lavoro pari a quello del punto critico che ha minore capacità di gestione dell'informazione.

Un sistema informativo sarà tanto più efficiente quanto più riuscirà a risolvere le situazioni dei punti critici.

Sino ad ora nel discorso sulla qualità non è stato affrontato l'impatto che l'innovazione tecnologica, nel nostro caso l'introduzione dell'uso del computer, può avere sulla struttura organizzata. È evidente il profondo legame che intercorre tra sviluppo e disponibilità dei computer e mutamenti socio-politici e culturali di una società, non solo in termini assoluti ma anche in relazione alla frequenza con cui tali avvenimenti accadono.

All'interno delle strutture organizzate l'introduzione del computer può non produrre lo stesso cambiamento culturale ed operativo se non è accompagnato da un adeguato processo che vada a realizzare i seguenti presupposti:

- sviluppo delle capacità d'uso del computer e del software specifico del personale operativo;
- disponibilità del software adeguato alla struttura informativa che si vuole realizzare;
- sviluppo e disponibilità di competenze in grado di lavorare sull'informazione ed interagire nella programmazione strategica della struttura.

Non realizzando, contemporaneamente all'introduzione dell'innovazione tecnologica, un adeguato programma di formazione in relazione ai punti sopra riportati, si rischia di perdere completamente la validità dell'investimento.

Nell'organizzazione non è possibile dimenticare o sottovalutare l'importanza del fattore umano. Personale non formato all'utilizzo di un strumento tecnologico come il computer in ausilio alle proprie mansioni, si adatta con difficoltà ai nuovi metodi, soprattutto se percepisce la sua operatività come minore a quella precedentemente raggiunta senza l'uso del computer. È evidente che questo è dovuto all'inesperienza iniziale piuttosto che all'inefficienza degli strumenti utilizzati, l'introduzione della nuova tecnologia richiede tempo e risorse formative. Contemporaneamente sono da considerare i costi degli investimenti e loro rapida obsolescenza. Inoltre, se si analizza la diffusione degli strumenti informatici all'interno delle strutture si deve tenere conto dell'opportuna distribuzione delle risorse tecnologiche di innovazione nelle diverse mansioni strategiche (direzione), della gestione operativa e delle funzioni operative. Al pari di altri elementi, precedentemente indicati, anche il sistema informativo o di monitoraggio deve rientrare tra i fattori strategici che qualificano la struttura.

Nello sviluppo di questi sistemi appare più opportuno, alla luce dell'esperienza maturata, iniziare la progettazione e l'inserimento operativo partendo dalla direzione o meglio dalle mansioni strategiche, dove i dati da gestire o meglio le informazioni sono più aggregati e quindi meno difficili da organizzare, in funzione degli obiettivi di supporto all'analisi strategica ed operativa della struttura. Secondo un processo logico e coerente di formazione e sviluppo operativo, da questo contesto si potrebbe successivamente passare agli altri livelli della struttura, quello della gestione operativa e quello delle mansioni operative. In questo modo, che si contrappone a quello di far partire lo sviluppo del sistema dall'area delle mansioni operative, si eviterebbe la frequente situazione di disporre dei dati, ma non ancora degli strumenti informativi adeguati al loro trattamento ed utilizzazione da parte di coloro che hanno la funzione di gestione operativa e strategica della struttura. In questo caso, il processo di sviluppo seguirebbe un percorso che partendo dal nodo informatico principale della struttura si articola successivamente in ogni ramo che fa capo ad una informazione ritenuta fondamentale per il



nodo di partenza, seguendo come discriminante di scelta e come fattore omogeneizzante per i vari rami quanto è stato stabilito dall'analisi strategica ed operativa della struttura.

Uno degli elementi fondamentali del sistema informativo o di monitoraggio è la "base di dati", che deve essere costantemente rinnovata e alimentata secondo una logica che prende in considerazione:

- la gestione del presente;
- l'esame e l'estrapolazione di informazioni dal passato.

La "base di dati" deve permettere a tutta l'articolazione operativa della struttura di funzionare senza difficoltà a pieno regime operativo, usufruendo dell'informazione disponibile nel modo più opportuno e congruo con le diverse mansioni operative, ritornando i nuovi dati d'aggiornamento come prodotto dell'attività corrente ed eliminando quelli non più utili.

Anche in questo caso, si devono considerare i due fattori di rilevanza e di analiticità, per definire le necessità di efficienza e di efficacia della gestione della "base di dati". Infatti, la gestione e la raccolta dei dati non può essere solo un esercizio formale, con il solo obiettivo di gestione della "base di dati", ma deve tenere conto delle modalità di supporto ed alimentazione del flusso informativo della struttura.

La "base di dati", al pari del sistema informativo, deve rientrare nell'insieme delle procedure formalizzate della struttura operativa in quanto occorre definire cosa e come deve essere "ricordato" cioè definire la rilevanza dei dati da raccogliere ed il grado di complessità o di analiticità in funzione dell'importanza che il dato deve possedere.

Al fine dello sviluppo della qualità della struttura, è necessario che ogni operatore acquisisca la consapevolezza che qualunque processo della struttura organizzata, che prevede la generazione di dati rilevanti, non può essere considerato terminato se l'operazione di memorizzazione del dato non è stata eseguita. Questo passaggio rappresenta un punto critico per la qualità della struttura, in quanto i problemi contingenti dell'operatività acquisiscono spesso più importanza delle problematiche di più lungo periodo, come il monitoraggio e la valutazione. Naturalmente, l'operazione di generazione ed archiviazione del dato è influenzata e guidata dalla rilevanza, percepita dall'operatore, che il dato ha nell'esercitare la propria attività. A questo fattore si collega la logica di sviluppo dell'intero sistema che deve fornire informazioni per la regolazione funzionale della struttura organizzata: la regolazione è tanto migliore (più tempestiva, efficace ed efficiente), quanto più vicina a dove l'azione del processo viene svolta. In altri termini, per la funzione di regolazione dell'offerta di intervento, i singoli operatori dovrebbero essere i principali fruitori del sistema informativo.

Nel presente lavoro sono stati presi in esame i significati della dimensione epidemiologica nella pianificazione strategica del servizio, le ragioni della sua importanza ai fini della adeguata collocazione dell'operatività dell'offerta nel suo ciclo di vita e le interazioni con il sistema di monitoraggio e con la "base di dati". In sostanza sono stati esaminati i significati della strategia e le ragioni della sua importanza e della mutua influenza con il sistema di monitoraggio della struttura, verificando come ognuna delle due realtà si avvalga dell'efficienza dell'altra, in una stretta interconnessione. Sono stati considerati gli elementi della filosofia di approccio ai problemi e sono stati accennati alcuni suggerimenti su come agire per ottenere una struttura organizzata orientata all'autoconsapevolezza, progettando il sistema informativo o meglio di monitoraggio e la base di dati sulle specifiche esigenze della struttura di servizio. Durante questa analisi sono emerse le caratteristiche dell'obiettivo di qualità della struttura, orientato ad un miglioramento continuo, piuttosto che ad un salto discontinuo, tenendo presente che l'importanza della consapevolezza del processo che ci porta ad effettuare un cambiamento è pari al cambiamento che si riesce a realizzare.

BIBLIOGRAFIA

F. Mariani (2001), Progetto di sorveglianza epidemiologica per le tossicodipendenze, Osservatorio nazionale per la

verifica dell'andamento del fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali, Ufficio IV, Roma.