



IL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE: INDICAZIONI E LINEE TECNICHE

Giovanni Serpelloni¹⁾, Lorenzo Rampazzo²⁾, Elisabetta Simeoni³⁾, Roberto Pirastu⁴⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze Azienda ULSS 20 Verona
2. Coordinamento Regionale - Direzione per i Servizi Sociali - Regione Veneto
3. UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona
4. Ser.T di Cagliari

PREMESSE

Al perseguimento degli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione nell'area ad elevata integrazione sociosanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive concorrono molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie dell'Azienda U.L.S.S. (distretto, Dipartimento di prevenzione e ospedale), nonché molteplici servizi appartenenti ad altri Enti o Istituzioni pubbliche, del privato-sociale e del volontariato, per cui è necessario individuare una unica entità di coordinamento operativo e metodologico che ne faciliti l'integrazione intra ed extra-aziendale.

La soluzione organizzativa più adeguata per garantire l'integrazione sia a livello intra-aziendale che a livello extra-aziendale nell'area ad elevata integrazione sociosanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive è rappresentata dal Dipartimento per le Dipendenze. Esso infatti rappresenta il nuovo paradigma della cultura della progettazione organizzativa.

Il presente documento fornisce indirizzi e linee tecniche per l'istituzione del Dipartimento per le Dipendenze, al fine di agevolare le attività di riorganizzazione per rendere più efficace la risposta ai bisogni.

CONSIDERAZIONI DI BASE

Con il presente documento si vuole fornire un contributo metodologico per il sistema delle dipendenze introducendo una nuova filosofia che porti nel tempo ad una acquisizione di una cultura organizzativa basata su pochi e chiari criteri di tipo aziendalistico.

I criteri generali in ambito organizzativo, adottati per la stesura di questo documento e la strutturazione del modello dipartimentale sono stati i seguenti:

- Incentivare e premiare soprattutto lo sviluppo di sistemi di lavoro organizzati in maniera tale da essere orientati all'integrazione culturale e alla qualità, intellegibili e quindi verificabili nelle risorse impiegate, nei processi utilizzati, nei risultati prodotti sia come esiti dei trattamenti che come prestazioni erogate.

- Introdurre e rispettare permanentemente la “logica dell’empowerment” e cioè della piena assunzione delle responsabilità delle risorse assegnate e dei risultati da conseguire con forte decentramento dei livelli decisionali.
- Nel definire le forme organizzative e i centri di responsabilità e di costo, attuare quindi il principio della “responsabilità diffusa” con valutazione permanente dei risultati prodotti e dei costi generati, attraverso l’adozione di un sistema di budget (master budget di Dipartimento e singolo budget per U.O.).
- Introdurre sistemi di valutazione esplicita, quali-quantitativa del personale a cui attribuire incarichi di responsabilità, incentivando di conseguenza l’uso di meccanismi premianti ed incentivanti il merito.
- Introdurre ed incentivare modalità operative, organizzative e decisionali in ambito clinico “evidence based” cioè basate sull’utilizzo di criteri e logiche scientifiche con forte orientamento ad adottare sistemi e processi di dimostrata efficacia e non basati sulle sole opinioni.

Sulla base di questi cinque criteri generali si ritiene fondamentale fornire alle aziende ULSS le presenti indicazioni e linee tecniche, che non scendono nel dettaglio ma ne definiscono però i criteri principali e le forme organizzative complessive sulla base delle quali si vuole vengano organizzati i dipartimenti per le dipendenza. Questo al fine di connotare precisamente il sistema delle dipendenze verso forme più moderne, più flessibili e propense al cambiamento anche per il futuro, nella considerazione del fatto che gli scenari delle dipendenze da sostanze psicoattive sono particolarmente variabili con necessità di risposte altrettanto tempestive ed efficaci e che le risorse non sono illimitate.

LE NUOVE TENDENZE ORGANIZZATIVE:

Il concetto di “sistema” preventivo assistenziale

Per migliorare la qualità dei servizi, è necessario sviluppare una nuova cultura di intervento ed a tal fine, si dovranno perseguire attività per ridefinire, aggiornare e diffondere una modalità di intervento preventivo, terapeutico e riabilitativo che sia scientificamente e pragmaticamente orientato, con particolare riguardo alla prevenzione delle patologie correlate ad alta letalità (overdose e malattie diffuse), alla fase del reinserimento sociale ed alla verifica quantitativa dei risultati.

Al fine però di soddisfare le esigenze di continuità assistenziale, non si può più quindi considerare solo la realtà dei Ser.T come unico centro operativo ma bisogna operare promuovendo la logica di "Sistema" preventivo-assistenziale per le tossicodipendenze.

Un sistema cioè formato da varie componenti coordinate ed integrate per creare una continuità assistenziale che passi attraverso il primo e precoce contatto "in strada", l'offerta di programmi a bassa soglia di accesso, l'inserimento in programmi terapeutici ambulatoriali, l'inserimento in programmi residenziali, fino (una volta abbandonato l'uso di droga ed acquisito un sufficiente grado di autonomia personale) all'attivazione di specifici programmi di reinserimento e prevenzione delle ricadute.

Questo sistema ha come base organizzativa la realizzazione dei Dipartimenti.

I livelli di intervento

I principi generali su cui basare la riorganizzazione sono quelli del coordinamento integrato tra vari ambienti che attuano azioni diversificate nel tempo con obiettivi multipli ed in vari ambiti di intervento.



Il fine è quello di avere a disposizione degli ambienti diversi in base alle necessità dell'utenza e alle sue caratteristiche ma soprattutto alle sue potenzialità terapeutiche e quindi ai programmi di intervento attuabili.

In considerazione di quanto sopra esposto, vi è la necessità di strutturare l'operatività a diversi livelli.

I livelli essenziali previsti sono quattro, ognuno dei quali con obiettivi, strategie e modalità operative diversificate ma integrate.

La rete assistenziale per i tossicodipendenti, pertanto, dovrebbe essere così strutturata:

1. Il primo livello (bassa soglia di selezione in entrata)

Il primo livello prevede Centri di prima accoglienza (Drop-in-Center), unità mobili ed interventi in strada al fine di raggiungere la fascia di tossicodipendenti con breve storia tossicomane, utilizzo di nuove sostanze o cronici refrattari ai trattamenti che si sono allontanati dai servizi. Dovrebbero far parte di questo livello anche i medici di medicina generale che risultano essere un punto di notevole importanza sia per il primo contatto che per la terapia farmacologica, la prevenzione e la cura, per esempio, delle patologie correlate alla dipendenza cronica da eroina.

Le funzioni principali di questo livello sono: il primo contatto, il primo soccorso, l'applicazione di tecniche per la riduzione dell'incidenza delle patologie correlate, la distribuzione di materiali sterili, la terapia farmacologica (sostitutiva e non) su programmi a breve termine, l'informazione e la creazione di opportunità per interventi ad alta soglia, l'assistenza sociale, la prevenzione, una prima gestione medica delle patologie internistiche ed il supporto psicologico nel breve-medio termine.

Questo livello, prevede anche l'accoglienza e la selezione dei pazienti ed il loro smistamento nei vari ambienti superiori di intervento.

Inoltre l'attuale spostamento della domanda verso droghe di tipo eccitante (ecstasy, anfetamine, ecc.) con utenza con bassissimo grado di consapevolezza del proprio problema, ha fatto emergere fortemente l'urgenza di riorganizzare questo livello di intervento, contemplando particolari organizzazioni orientate verso questa utenza molto poco incline all'accesso alle strutture sanitarie.

2. Il secondo livello (media soglia)

Il secondo livello riguarda le strutture ambulatoriali che dovrebbero gestire tutti quei pazienti che, contattati dal primo livello e successivamente parzialmente stabilizzati e motivati, possono affrontare percorsi programmati e più impegnativi in termini farmacologici, psicoterapici e socio/riabilitativi.

Le funzioni principali del livello ambulatoriale possono essere: la diagnosi specialistica, gli interventi integrati medici, psico-sociali specialistici con programmi complessi e nel medio-lungo termine, il supporto alle famiglie, la preparazione per l'invio in comunità, i rapporti con le scuole, il carcere ed altri enti ed istituzioni comunitarie ecc..

3. Il terzo livello (alta soglia)

Il terzo livello riguarda le strutture residenziale o semiresidenziali. I programmi sono rivolti a quella fascia di utenti che accettano l'inserimento in tali strutture, sottoponendosi a programmi terapeutici e socioriabilitativi specialistici nel lungo termine.

Le funzioni principali di questo livello possono essere: i programmi terapeutici e socioriabilitativi nel lungo termine ed i training di apprendimento professionale.

Fa parte di questo livello anche la gestione delle eventuali ospedalizzazioni finalizzate al trattamento della dipendenza, prevedendo un collegamento funzionale con il Ser.T.

4. Il quarto livello (alta soglia)

Il quarto livello riguarderebbe appositi settori che dovrebbero curare i programmi di reinserimento sociale e di prevenzione delle ricadute. L'importanza di questo livello è facilmente intuibile.

Le funzioni principali sarebbero quelle di preparare il paziente all'inserimento sociale una volta ultimato il percorso terapeutico e preparare anche l'ambiente sociale che accoglierà il paziente (famiglia, ambiente di lavoro). Nel contempo risulta indispensabile promulgare specifici programmi per ridurre la possibilità di riutilizzo delle sostanze stupefacenti.

Organizzazione del Dipartimento per le Dipendenze

Alcune definizioni generali

Il Dipartimento

Con il termine Dipartimento si deve intendere una particolare forma di organizzazione costituita da unità operative che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità tecnico-funzionale e gestionale.

Si connota quindi una organizzazione del sistema per le tossicodipendenze al fine di ottenere una operatività coordinata e contemporaneamente decentrata, promossa e perseguita da varie unità operative con proprie responsabilità, funzioni, competenze professionali.

La tabella successiva riporta le caratteristiche generali del Dipartimento al fine di ottimizzare il livello di efficacia ed efficienza del sistema.

Tab. 1: Caratteristiche e compiti generali del sistema dipartimentale al fine di ottimizzare il livello di efficacia dell'intervento

AMBITI	SPECIFICHE
FUNZIONI DI COORDINAMENTO E DIREZIONE	Raggruppare le unità operative per ottimizzare le funzioni assistenziali, didattiche, di ricerca e ottimizzare l'uso delle risorse e dei processi assistenziali. Definizione e negoziazione del budget con la direzione strategica.
FINALITÀ PREVENTIVA E ASSISTENZIALI	Finalizzato ad assistere (tramite le unità operative) persone che utilizzano sostanze stupefacenti o psicoattive.
FLESSIBILITÀ DELLA ORGANIZZAZIONE	Flessibilità dell'aggregazione organizzativa con possibilità di agevoli modellamenti futuri sulla base della variazione del fenomeno.
METODOLOGIA DEL CONSENSO	Definire ed applicare "linee guida" e processi formali come principale strumenti di coordinamento e "un sistema gestionale comune" per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza.
FORTE INTEGRAZIONE CON IL PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO	Possibilità di integrare unità operative extra aziendali ed appartenenti al privato accreditato nel nucleo decisionale e di programmazione degli interventi, con ruolo consultivo e di compartecipazione operativa.

Il Dipartimento ha quindi come finalità generale quella di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione sociosanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive, tendenti a perseguire un allineamento con gli obiettivi della politica sociosanitaria Regionale ed aziendale.



Le unità organizzative

Si possono distinguere due tipi di unità operative (ed organizzative) all'interno del Dipartimento: quelle appartenenti all'azienda ULSS (Ser.T e sezione alcologia) e quelle non appartenenti (organizzazioni del privato sociale accreditate).

Le prime possono essere organizzate in maniera centralizzata con rapporti di sovra/subordinazione con l'ufficio di coordinamento e direzione del Dipartimento (quindi con un rapporto più strutturato).

Le seconde si rapportano in modo funzionale, salvo richiedere loro, all'atto del contratto il rispetto di particolari accordi in grado di creare rapporti più strutturali e subordinati.

I Ser.T all'interno del Dipartimento per le dipendenze sono unità organizzative con compiti in ambito preventivo, diagnostico, clinico-assistenziale e socioriabilitativo.

Le unità organizzative che costituiscono il Dipartimento per le Dipendenze sono aggregate, quindi al fine di dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. Per tale motivo, esse, adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, bioetico, medico-legale e gestionale attraverso la condivisione di linee guida, processi e metodologie.

Le unità organizzative sulla base della loro attività prevalente nel campo delle tossicodipendenze e della loro dislocazione possono essere ulteriormente distinte tra U.O. di settore (es. Ser.T e Comunità terapeutiche) e non di settore (es. Pronto Soccorso, Reparti ospedalieri, ecc.), e tra U.O. intra ed extra Azienda ULSS.

Le unità organizzative, presuppongono una autonomia tecnico-funzionale e gestionale con riferimento alle attività professionali ed organizzative interne, in accordo con gli indirizzi definiti in sede di Dipartimento per le Dipendenze e del budget assegnato.

Le unità organizzative possono prevedere nel loro interno ulteriori assetti organizzativi in base a specifiche esigenze, e dove sono richieste, particolari competenze e specializzazioni professionali.

Le comunità terapeutiche pubbliche sono da considerarsi unità funzionali del Ser.T. Le comunità terapeutiche private, per essere considerate unità operative del Dipartimento per le Dipendenze, dovranno essere autorizzate al funzionamento, accreditate dalla Regione e contrattualizzate dall'Azienda ULSS.

Le U.O. intra aziendali hanno un proprio budget (obiettivi organizzativi e di innovazione, obiettivi di attività/prestazioni, risorse assegnate) che viene assegnato dal Direttore di Dipartimento e negoziato nel nucleo ristretto del Dipartimento. Tali singoli budget definiscono il budget del Dipartimento che verrà a sua volta negoziato con il Direttore di Dipartimento e con la Direzione Strategica. (vedi avanti).

Obiettivi generali del Dipartimento per le dipendenze

Ferma restando l'autonomia tecnico-funzionale delle unità organizzative che fanno parte del Dipartimento per le Dipendenze, esso, tramite l'ufficio di direzione e coordinamento del Direttore del Dipartimento e il Comitato operativo, persegue l'integrazione delle U.O. a tre livelli: organizzativo, clinico e fisico.

Tutto questo attraverso (nel primo caso) il coordinamento nei comportamenti economici, nel consumo di risorse e (nel terzo caso) la condivisione e messa in comune di ambienti e risorse, riducendo quanto più possibile (con aggregazioni ambientali o telematiche) la distanza tra operatori.

Per quanto riguarda il livello clinico, l'integrazione dovrà avvenire agendo soprattutto sulla cultura organizzativa passando da una obsoleta logica di "proprietà del paziente" ad una che centri la sua attenzione (abbandonando quindi i controlli feudali) su un intervento assistenziale fortemente coordinato e con un approccio multidisciplinare.

L'obiettivo generale è quindi quello di influenzare il comportamento professionale degli operatori, promovendo processi di integrazione clinica ed organizzativa, ma contestualmente assicurando l'autonomia e responsabilizzazione delle singole unità operative.

Per raggiungere questo il Dipartimento nel suo contempo dovrà perseguire il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. Individuare le soluzioni operative per l'ottimizzazione dell'accesso degli utenti alla rete dei servizi sociosanitari pubblici e privati (Ser.T, Reparti ospedalieri, Comunità, Cooperative sociali).
2. Studiare e proporre soluzioni per ottimizzare le procedure con particolare riguardo alla riduzione dei tempi di attesa per l'entrata in trattamento, dei trattamenti impropri e della riduzione del tasso di mancata presa in carico, in collaborazione con le strutture competenti dell'ULSS.
3. Incentivare l'umanizzazione dei rapporti tra le strutture sanitarie i pazienti e le loro famiglie.
4. Attuare il coordinamento delle unità operative interessate, attraverso lo studio e la definizione delle procedure operative concordate e comuni al fine di far convergere esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali.
5. Garantire il raccordo nell'attuazione della programmazione nel settore delle dipendenze tra Aziende ULSS e Privato Sociale, Scuola, Enti Locali, Comunità terapeutiche, Volontariato, ecc., sulla scorta degli indirizzi contenuti nel Piano di zona dei Servizi sociali.
6. Promuovere l'allineamento con gli obiettivi e le indicazioni aziendali e regionali;
7. Coordinare ed integrare le attività di registrazione ed archiviazione centralizzata dei dati e della reportistica.
8. Promuovere le attività di aggiornamento e formazione sulla base delle indicazioni delle diverse unità operative, dei piani strategici aziendali e regionali.
9. Attuare e concorrere al controllo e alla verifica costante della qualità dell'assistenza fornita e dello sviluppo dei programmi comuni concordati con la direzione strategica.

Caratteristiche del Dipartimento per le Dipendenze

Il Dipartimento per le Dipendenze si caratterizza soprattutto per la possibilità di mettere in linea diverse unità organizzative gerarchicamente subordinate (se appartenenti all'azienda ULS) alla direzione del Dipartimento e/o funzionalmente collegate se appartenenti ad Enti diversi e con propria autonomia.

Il Dipartimento per le Dipendenze come tale deve essere ritenuto una forma organizzativa avanzata che ha un forte bisogno di avere bene chiaro il programma di intervento esplicitato in un "progetto di Dipartimento". I meccanismi interni di collaborazione tra le varie unità operative si basano soprattutto sul principio di decentrare i livelli decisionali e promuovere politiche di vero consenso tra i vari responsabili delle unità operative. Tutto questo si esprime nel concordare azioni, metodologie, indicatori di valutazione e momenti di verifica periodica su obiettivi chiari e prefissati, muovendosi quindi in una moderna logica orientata soprattutto al "project management" (gestione di progetto) ed "empowerment" (piena assunzione di responsabilità dei risultati e delle risorse da parte dei responsabili delle unità operative). I responsabili dell'U.O. vengono quindi responsabilizzati mediante il budget sui risultati di attività e sulle risorse messe loro a disposizione.

La tabella successiva mostra in sintesi le principali caratteristiche del Dipartimento per le dipendenze.



La funzione di programmazione degli interventi nel territorio

Al fine di comprendere la finalità principale del Dipartimento per le Dipendenze, i ruoli e le funzioni, è indispensabile chiarire che l'azienda sanitaria, tramite il Dipartimento, programma e realizza interventi sul territorio di competenza. Questa funzione è quindi di piena competenza dell'azienda pubblica che la esercita, ricercando attivamente il consenso, la compartecipazione, e l'adesione di tutte le componenti interessate ed istituzionalmente riconosciute, alle attività da svolgere a favore delle persone tossicodipendenti e delle loro famiglie in un contesto di pari dignità con il privato sociale accreditato.

L'espletamento di questa funzione si concretizza nella preparazione e stesura del "programma di intervento" che, per essere considerato valido dovrà essere coerente con le indicazioni e le priorità regionali e nazionali, riportare il parere sintetico ed esplicito dei componenti del comitato operativo del Dipartimento per le Dipendenze (anche se discordo) ed essere in linea con il piano di zona.

Nell'esercizio della funzione di programmazione degli interventi, l'azienda ULSS determinerà anche le risorse necessarie, sulla base dei bisogni individuati in sede dipartimentale. A questo fine potrà decidere di utilizzare anche strutture extra-aziendali opportunamente accreditate dalla Regione ed autorizzate al funzionamento, sulla base delle effettive esigenze rilevate, precisamente definite e non soddisfabili con risorse intra-aziendali. L'esercizio della funzione di programmazione non può comunque essere lesiva o restrittiva delle autonomie delle singole unità operative extra aziendali, che hanno comunque il dovere di coordinarsi e concertare metodologie, prestazioni offerte ed interventi sul territorio nel momento in cui vengono inserite nel Dipartimento.

Tab. 2: Caratteristiche organizzative principali del Dipartimento per le Dipendenze

CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE DEL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE	
DIREZIONE	Coordinatore di progetto attività trasversali con competenze organizzative, direzione dell'U.O. mediante sistema di budget
ATTIVITÀ PRINCIPALI DELLA DIREZIONE	Promuovere e controllare l'applicazione delle Linee Guida e la coerenza di processi di Qualità
TIPO DI LEADERSHIP	Partecipata e delegante (bassa guida, alta relazione)
SER.T	Unità operative autonome (responsabilità diretta di risultato con piena gestione delle risorse necessarie a tal fine) assegnati dalla Direzione del Dipartimento
BUDGET DEL DIPARTIMENTO	Assegnato dalla Direzione strategica e negoziato dal Direttore di Dipartimento
BUDGET DELLE UNITÀ OPERATIVE INTERNE	Assegnato dalla Direzione del Dipartimento e negoziato in sede dipartimentale tra Direttore di Dipartimento e responsabile dell'U.O.
RISORSE UMANE	Dipendente dal responsabile delle U.O. con possibilità di mobilità all'interno del Dipartimento in base ai carichi delle varie U.O. valutati dalla Direzione del Dipartimento
PRINCIPALI MODALITÀ DI COORDINAMENTO TRA LE U.O. DIPARTIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • supervisione diretta • adattamento reciproco • standardizzazione dei processi e delle conoscenze

	<ul style="list-style-type: none"> • lavoro per piani e programmi • assegnazione di ruoli di coordinamento per gruppi di lavoro trasversali
PRINCIPIO DI RESPONSABILITÀ APPLICATO	Diffusa, a ciascuna unità operativa

L'impianto organizzativo del Dipartimento per le Dipendenze

La specificità e la complessità del settore impone che tale Dipartimento abbia una propria identità e propria autonomia e non sia inserito con ruolo subalterno nel Dipartimento di salute mentale o in altri dipartimenti territoriali.

Il "sistema tossicodipendenze" deve coinvolgere una serie di "organismi" che devono trovare la giusta collocazione all'interno del Dipartimento. Componenti principali di tale sistema sono: i Ser.T presenti nel territorio di competenza della ULSS, le comunità terapeutiche, i reparti ospedalieri di malattie infettive e di medicina, le unità di emergenza, i medici di medicina generale, i servizi di psichiatria, il servizio sociale del comune, l'ufficio educazione alla salute ed altre istituzioni socio sanitarie eventualmente presenti coinvolte nella cura dei tossicodipendenti.

Sarà indispensabile prevedere in ambienti operativi a parte, coordinamenti con le associazioni del volontariato, la scuola, la prefettura, il CSSA ed il tribunale, il carcere, i carabinieri, la polizia di stato, la guardia di finanza.

La figura 1 riporta in schema le possibili relazioni tra le varie unità operative ed organizzazioni distinguendo tre livelli di coordinamento in base alle funzioni prevalenti (e conseguenti ruoli e responsabilità) in ambito preventivo, curativo e riabilitativo.

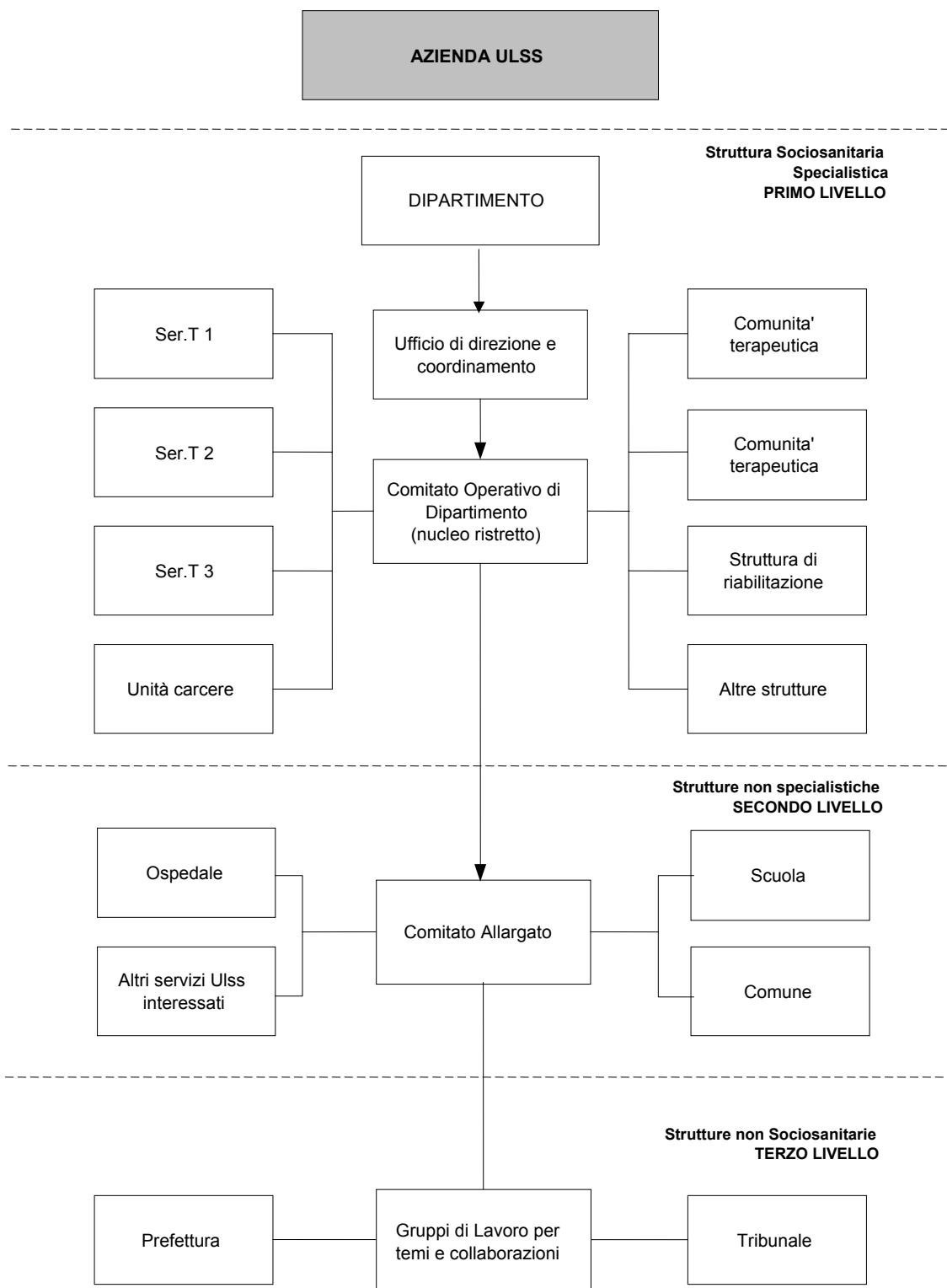
Nella tabella 3 vengono riportate le componenti del Dipartimento ed i loro principali ruoli e funzioni. Appare chiaro che un ruolo centrale in termini di proposizione e promozione appartiene al "comitato operativo" che si avvale poi del "comitato allargato di Dipartimento" con un rapporto periodico e permanente, per la creazione delle politiche di consenso e la verifica dei propri orientamenti.

Tra le diverse unità operative (es. Ser.T, reparti ospedalieri, ecc.) o con le diverse organizzazioni extradipartimentali (es. forze dell'ordine) si rende necessario a volte istituire dei gruppi operativi finalizzati al coordinamento e collegamento, in via temporanea o permanente, su specifiche problematiche. Questi gruppi hanno un valore funzionale e sono molto importanti soprattutto per la possibilità di affrontare in maniera interdisciplinare specifici aspetti e temi arrivando alla stesura di linee guida e protocolli di intesa. I gruppi quindi elaborano proposte e protocolli di intesa per temi specifici da proporre al Comitato Operativo di Dipartimento sulla base delle priorità identificate, promuovono e attuano iniziative concrete.

Le unità operative, i coordinamenti esterni ed i gruppi di lavoro per temi vengono riportati in sintesi nella tabella successiva. Com'è facilmente osservabile appare chiaro che esistono delle strutture che vengono poste all'esterno del Dipartimento in quanto hanno funzioni istituzionali e compiti derivanti estremamente diverse e non confondibili con le organizzazioni sociosanitarie quali ad esempio le organizzazioni deputate al controllo e alla repressione in ambito di ordine pubblico e criminalità.



Fig. 1: L'impianto organizzativo del "sistema" delle tossicodipendenze con una organizzazione dipartimentale



Tab. 3: Componenti del Dipartimento funzionale per le Dipendenze

COMPONENTI DEL DIPARTIMENTO	PRINCIPALI RUOLI E FUNZIONI
DIRETTORE	<ul style="list-style-type: none"> • Negozia il budget per tutto il Dipartimento con la Direzione strategica • Definisce il budget per le U.O. del Dipartimento • Promuove, attiva e verifica l'attuazione delle linee guida e dei protocolli d'intesa tra le unità operative • Agevola le attività di integrazione culturale tecnica ed operativa tra pubblico e privato sociale accreditato • Si coordina con la Direzione strategica • Promuove il controllo e miglioramento
COMITATO OPERATIVO (Nucleo Ristretto)	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica i problemi e propone le priorità e le possibili soluzioni • Elabora e propone gli indirizzi e le linee guida al Direttore di Dipartimento • Discute e formula proposte di programmazione • Si coordina con la Direzione del Dipartimento
COMITATO ALLARGATO DI DIPARTIMENTO (Nucleo di consenso)	<ul style="list-style-type: none"> • Discute gli orientamenti proposti dal comitato operativo, propone variazioni o innovazioni, condivide le priorità e le linee guida, evidenzia nuove problematiche • Si coordina con il comitato operativo e si rapporta con la direzione del Dipartimento
UNITÀ OPERATIVE: - Intra Azienda ULSS (specialistiche e non) - Extra Azienda ULSS (specialistiche)	<ul style="list-style-type: none"> • Forniscono diagnosi e assistenza socio sanitaria e/o socioassistenziale, specialistica multidisciplinare (in via prevalente o secondaria) • Partecipano ai comitati di Dipartimento • Realizza gli obiettivi di budget
GRUPPI DI LAVORO E COLLABORAZIONI	Elaborano proposte e protocolli di intesa per temi specifici da proporre al Comitato operativo sulla base delle priorità identificate, promuovono e attuano iniziative concrete.

Tab. 4: Le unità organizzative, i Coordinamenti esterni del Dipartimento delle Tossicodipendenze

UNITÀ ORGANIZZATIVE	COORDINAMENTI ESTERNI
Ser.T	Prefettura
Servizi di alcologia	Forze dell'ordine
Unità Carcere	Tribunale – Ufficio di Sorveglianza
Comunità terapeutiche	Tribunale – Centro Servizio Sociale Adulti
Medici di medicina generale	Tribunale – Centro Servizio Sociale Minori
Reparti ospedalieri (medicina, malattie infettive)	Carcere
Servizi di Emergenza	Organizzazioni degli Imprenditori
Servizi di Psichiatria	Sindacati e Cooperative



Consultori Familiari	Ufficio Collocamento e patronati
Servizio di Medicina Legale	Associazioni del Volontariato
Servizio Educazione alla Salute	Comune.
Comune, Scuola	Scuola

I GRUPPI DI LAVORO

I gruppi di lavoro rappresentano il vero motore del Dipartimento. Tanto più essi saranno attivi e produttivi e tanto più il risultato sul cliente sarà positivo. È ormai assodato che le organizzazioni trovano la loro reale efficacia se le politiche interne vengono orientate più che al perseguimento di paradigmi “industriali” (il cui obiettivo era raggiungere l’efficacia attraverso una forte attenzione all’efficienza e con marcata specializzazione delle unità operative) o “burocratico” il cui obiettivo era assicurare rigidamente la conformità alle regole interne e il rispetto delle gerarchie, all’introduzione di un paradigma che sposta l’attenzione della “struttura” ai “comportamenti professionali della persona”. Una nuova visione quindi basata sulla flessibilità organizzativa, sul riconoscimento (reale e non solo dichiarato) della centralità del paziente e del fabbisogno di coordinamento sia a livello organizzativo-comportamentale ma soprattutto clinico-culturale. Lo strumento organizzativo utile a raggiungere questi obiettivi e che traduce in concreto l’attuazione di questo paradigma sono proprio i gruppi di lavoro, che possono essere *permanenti* (team working) o *temporanei* (task force) in base al problema da affrontare e presidiare (se a termine o persistente).

La loro istituzione e formalizzazione all’interno del Dipartimento sarà molto importante anche al fine di perseguire quelle politiche di interpretazione fra gli operatori del pubblico e del privato sociale accreditato.

Tab. 5: Principali gruppi di lavoro

GRUPPI DI LAVORO PER TEMI
Prevenzione primaria
Standardizzazione processi diagnostici
Gestione terapie farmacologiche
Gestione della gravidanza, madre e bambino
Gestione minori
Prevenzione patologie correlate
Terapia HIV/AIDS, Epatiti
Detossificazioni rapide
Inserimenti Lavorativi
Valutazione e verifica dei risultati
Formazione manageriale e organizzativa

Responsabilità e funzioni

Direttore di Dipartimento

Le funzioni di coordinamento e direzione del Dipartimento verranno affidate ad un Direttore di Dipartimento delle dipendenze. Il Direttore dovrà agire ricercando l'accordo dei responsabili dei Ser.T, delle Comunità e delle altre unità operative, in armonia con le altre strutture interessate non sociosanitarie e assicurando l'allineamento con gli obiettivi aziendali e regionali.

Il Direttore del Dipartimento sarà scelto dal Direttore Generale tra i responsabili dei Ser.T o delle comunità accreditate che appartengono al comitato operativo Dipartimento. Al ruolo di Direttore del Dipartimento potranno essere nominati (coerentemente con il livello dirigenziale che ricoprono nell'unità operativa di appartenenza) dirigenti con documentate e verificate qualifiche e riconoscimenti nel campo dell'organizzazione, dell'assistenza, della formazione, della pubblicazione sugli argomenti specifici, e nel campo del coordinamento di gruppi e progetti di ricerca/intervento affidati formalmente da enti ed organizzazioni istituzionali.

L'incarico di Direttore di Dipartimento dovrà essere sottoposto a verifiche e riconferme sulla base dei risultati raggiunti relativamente agli obiettivi concordati.

Il ruolo del Direttore di Dipartimento si configura anche come coordinatore dei progetti del Fondo Regionale Lotta alla droga.

Il Dipartimento, si coordinerà, mediante modelli operativi definiti da linee guida e da protocolli concordati ed adottati da tutte le unità operative individuate come facenti parte del Dipartimento stesso, riunite nel comitato organo di Dipartimento.

Le linee guida e i protocolli operativi assunti dal Dipartimento dovranno essere redatte sulla base di criteri, standard ed evidenze scientifiche di efficacia.

Il Direttore di Dipartimento potrà avere a disposizione un "ufficio di direzione e coordinamento" dotato di un proprio staff dedicato, di un budget economico per le funzioni di coordinamento, riconosciuto alla Unità Operativa di appartenenza del Direttore. Tale ufficio opererà a supporto del direttore, potrà avere sede presso l'unità operativa sede del Direttore.

Le principali attività del Direttore del Dipartimento sono riportate nella tabella 6 successiva.

Comitato Operativo (nucleo ristretto esecutivo)

Il Comitato Operativo ristretto è formato dai responsabili dei Ser.T, delle comunità terapeutiche accreditate e tutti gli altri "organismi" che in via prevalente si occupano di tossicodipendenza formalmente accreditate dalla Regione. Questo Comitato, considerate le componenti, ha una valenza intra ed extra aziendale. Il Comitato Operativo è il vero organo di programmazione interna e coordinamento del Dipartimento per le Dipendenze, e gli compete la predisposizione del "progetto generale di intervento". Questo organo dovrà garantire pluralità, trasparenza e pari dignità tra le varie unità operative consentendo di incentivare l'applicazione del moderno modello aziendale a "responsabilità diffusa e coordinata" evitando concentrazione di potere deresponsabilizzanti e demotivanti le singole unità operative.

Le singole unità operative dovranno conservare l'autonomia nei progetti di ricerca, mentre per quelli di intervento che riguardino prestazioni "trasversali" sull'utenza anche delle altre unità operative, dovranno essere coordinati all'interno del comitato.

Il Comitato identifica le priorità e le possibili soluzioni, elabora e sottopone le proposte di linee guida al comitato allargato di Dipartimento. Svolge attività operative in ambito di pianificazione operativa e preparazione dei documenti di base tecnico-scientifici per la preparazione delle linee guida.



Comitato allargato di Dipartimento

Il Dipartimento per le Dipendenze avrà un Comitato Allargato di Dipartimento, presieduto dal coordinatore, a cui parteciperanno tutti i responsabili delle unità operative impegnate anche in maniera non prevalente nelle attività di prevenzione cura e riabilitazione ai tossicodipendenti. Il comitato allargato è il vero organo di creazione di consenso e opererà secondo criteri in sintonia con le strategie aziendali e regionali e si riunirà almeno due volte all'anno.

Responsabili delle Unità Operative

Ai **Responsabili dei Ser.T** saranno affidati compiti di direzione e controllo dell'assetto organizzativo complessivo del Servizio e le responsabilità relative alle risorse assegnate, previste a suo tempo per i compiti di cui al decreto del Ministero della Sanità, ferme restando quindi le loro responsabilità dirette in ambito organizzativo e di risultato economico.

Il responsabile del Ser.T, avrà un proprio centro di responsabilità e di costo, mantenendo autonomia di gestione delle risorse assegnate e quella tecnico-funzionale sulla base del budget negoziato con il Direttore di Dipartimento (vedi tab. 6).

Tab. 6: Principali attività del Direttore di Dipartimento

AMBITI	PRINCIPALI ATTIVITÀ
DIREZIONE E COORDINAMENTO <ul style="list-style-type: none"> • Supervisiona le U.O. • Definisce linee guida e standard 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Negozia il budget per tutto il Dipartimento con la Direzione strategica ▪ Definisce il budget per le U.O. del Dipartimento ▪ Si rapporta e si coordina con la Direzione strategica ▪ È responsabile delle attività trasversali quali la prevenzione primaria, l'assistenza in carcere e gli altri interventi ▪ Propone alla direzione strategica la valutazione dei dirigenti responsabili dell'U.O. ▪ Si coordina con il comitato operativo
ORGANIZZAZIONE <ul style="list-style-type: none"> • Organizza e coordina i gruppi di lavoro trasversali 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizza le U.O. del Dipartimento ▪ Promuove attività per l'integrazione degli operatori delle strutture pubbliche e private ▪ Garantisce e presiede lo svolgimento delle riunioni di comitato di Dipartimento ▪ Gestisce e distribuisce le risorse umane tra le U.O. del Dipartimento in base ai bisogni rilevati
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Predisporre il "progetto generale di intervento" del Dipartimento ▪ Predisporre per la Direzione strategica il piano di zona alla tossicodipendenza ▪ Attua una valutazione delle performance delle varie U.O. ▪ Cura l'attività di reporting ▪ Propone e verifica la rispondenza alle procedure e ai processi del Dipartimento da parte delle singole U.O. ▪ Attua correttivi al fine del raggiungimento degli obiettivi di budget (attività e costi) concordati con la direzione strategica
FORMAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attiva e predispone attività di formazione per gli operatori del Dipartimento in ambito tecnico-scientifico e organizzativo-manageriale. ▪ Promuove la cultura del Total Quality Management ▪ Garantisce adeguata formazione sulle norme di sicurezza professionale
RAPPORTI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ È subordinato alla direzione strategica ▪ È sovraordinato ai responsabili delle U.O. ▪ Garantisce la continuità dei rapporti operativi con gli enti esterni (prefettura, scuola, enti locali, ecc.)

Tab. 7: Principali attività del responsabile dell'U.O.

AMBITI	PRINCIPALI ATTIVITÀ
DIREZIONE E COORDINAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Negozia il budget della propria U.O. con il Direttore di Dipartimento ▪ Dirige gli operatori delle U.O. ▪ Applica le linee guida degli standard del Dipartimento ▪ Valuta i propri operatori ▪ È responsabile del risultato economico della propria U.O. (attività e costi)
ORGANIZZAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizza gli operatori e i gruppi di lavoro interni alle U.O. ▪ Promuove l'integrazione multidisciplinare ▪ Garantisce la diffusione delle informazioni derivanti dal Dipartimento agli operatori dell'U.O. ▪ Affida funzioni e compiti agli operatori ▪ Garantisce la partecipazione dei propri operatori a gruppi trasversali
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propone il proprio budget al Direttore di Dipartimento ▪ Assicura e controlla il raggiungimento dei propri obiettivi di budget (attività e costi) ▪ Pone in essere eventuali correttivi e/o rinegozia con il direttore del Dipartimento gli obiettivi ▪ Programma e controlla le attività dell'U.O. coerente con le indicazioni dipartimentali ed aziendali
FORMAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantisce la partecipazione alle attività di formazione del Dipartimento dei propri operatori ▪ Provvede alla formazione sulle norme di sicurezza professionale ▪ Rileva i bisogni formativi e li propone al Dipartimento ▪ Collabora all'attività di formazione del Dipartimento
RAPPORTI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ È subordinato al direttore di Dipartimento ▪ È sovraordinato agli operatori dell'U.O. che dirige ▪ Garantisce la continuità dei rapporti con il Dipartimento

Tab. 8: I principali problemi da presidiare e su cui sviluppare le linee guida

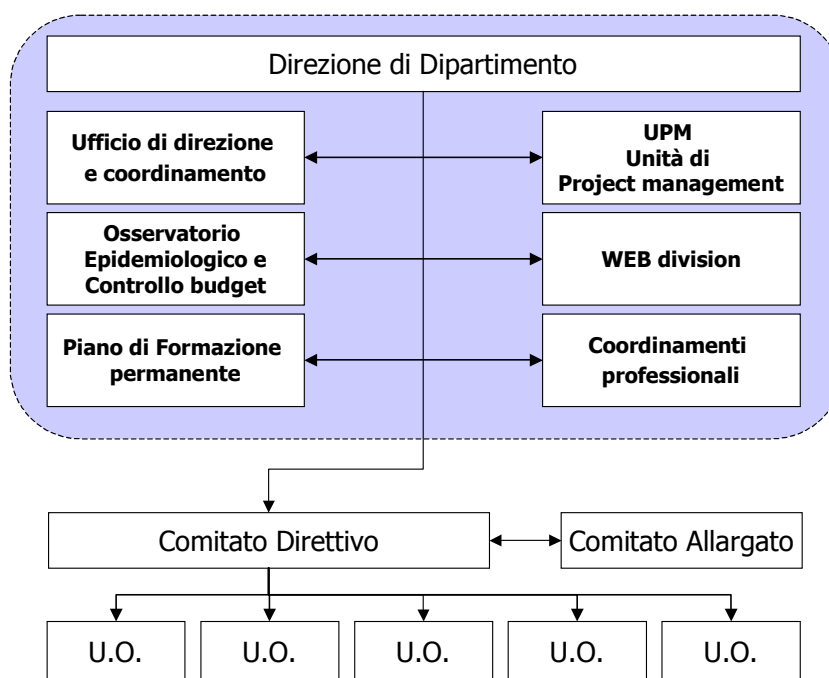
PRINCIPALI PROBLEMI	
1	Processo di accoglienza
2	Gestione urgenza
3	Processi diagnostici
4	Processi terapeutici e riabilitativi
5	Processi di prevenzione e logiche correlate
6	Valutazione a controllo: <ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni erogate • Esiti raggiunti (grado di salute aggiunta e di patologia evitata) • Costi



Lo staff di direzione

Al fine di rendere la direzione del Dipartimento veramente efficace ed in grado di governare il sistema, risulta utile prevedere uno staff di supporto alla direzione e al comitato direttivo in grado di presidiare le aree più importanti per un corretto e fluente funzionamento del Dipartimento nel suo complesso. Per poter avere una organizzazione in grado di affrontare agevolmente le situazioni, occorre dividere i compiti identificando precise aree di operatività e conseguentemente definire le responsabilità (chi fa che cosa). Il modello successivo è stato individuato sulla base delle reali necessità operative individuate durante l'esercizio di attività dipartimentali presso la ULSS 20 di Verona. La figura successiva riporta le aree di operatività che dovrebbero essere attivate con specifici compiti. Le professionalità necessarie per attivare le varie aree operative dovrebbero essere ricercate all'interno delle stesse U.O. del Dipartimento con affidamenti di incarichi formali e il compito di relazionare al comitato direttivo al fine di condividere e diffondere le informazioni e le modalità operative comuni.

Fig. 2: staff di direzione



La tabella successiva riporta in sintesi i principali compiti delle varie aree operative di staff.

Tab. 9: Area operative di staff e principali compiti

N.	AREA OPERATIVA	PRINCIPALI COMPITI
1	Ufficio di direzione e coordinamento	<p>Amministrativo, supporto tecnico preparazione delibere e convenzioni. Coordinamento rapporti con l'esterno. Comunicazione interna (garantire la circolazione delle informazioni). Supporto tecnico al comitato direttivo. Reportistica STD. Scadenziario. Coordinamento generale delle aree di operatività sottostanti.</p>
2	Osservatorio epidemiologico e Controllo di Gestione	<p>Mantenimento data base del Dipartimento sui soggetti assistiti (valutazione dei bisogni). Valutazione dei bisogni e della domanda. Monitoraggio malattie diffuse. Delta system tra U.O. (analisi degli scostamenti produttivi). Valutazione permanente dei risultati (in termini di impatto sociale ed epidemiologico del fenomeno). Controllo costante del budget assegnato (realizzazione obiettivi e utilizzo programmato delle risorse - controllo dell'offerta). Allineamento dei principali processi assistenziali tra le U.O.. Valutazione dell'output (prestazioni erogate): volumi, densità su paziente, Qualità. Valutazione dell'outcome (esiti dei trattamenti) sulle presone in carico. Controllo del recupero della Mobilità da parte delle U.O.</p>
3	Piano di Formazione ed Aggiornamento permanente	<p>Allineamento delle conoscenze tra le U.O.. Gestione piano di formazione interno annuale (principali temi: TQM, protocolli e processi assistenziali, aggiornamento sulle dipendenze – diagnosi, terapie, prevenzione incidenti professionali, conoscenze di base – informatica, organizzazione, ecc., patologie correlate - malattie infettive, psichiatriche, reinserimento...).</p> <p>Preparazione e realizzazione corsi di formazione annuali per personale esterno (educatori, insegnanti, ecc..).</p>
4	WEB Division	<p>Mantenimento sistema informativo e reti internet tra le U.O. del Dipartimento. Coordinamento protocolli e STD di comunicazione tra U.O.. Coordinamento con il settore informatico aziendale.</p>
5	UPM - Unità di Project management	<p>Coordinamento e supervisione generale delle attività di progetto delle singole U.O. (con autonomia tecnico funzionale). Allineamento delle metodologie di PM nella fase di proposta, gestione e rendicontazione. Standardizzazione della reportistica e della valutazione dei risultati. Controllo di qualità delle attività di progetto.</p>
6	Coordinamenti professionali: <i>Infermieristico</i> <i>Medico internistico/infettivo logico</i> <i>Psichiatrico</i> <i>Psicologico</i> <i>Ass. sociale</i> <i>Educativo</i> <i>Amministrativo</i>	<p>Approfondimento e formazione specialistica Coordinamento operativo trasversale a tutte le unità operative (rilevamento problemi specifici e segnalazione al comitato direttivo) Allineamento delle conoscenze e dei processi assistenziali Allineamento delle metodologie del lavoro in equipe multidisciplinare</p>



COLLABORAZIONI CON ALTRI DIPARTIMENTI

Il Dipartimento delle dipendenze dovrà prevedere di instaurare forti collaborazioni con altri dipartimenti ed in particolare con il Dipartimento di neuropsichiatria infantile e il settore materno infantile e il Dipartimento di psichiatria. Risulta chiara l'importanza di attuare politiche di coordinamento con questi diversi settori sia per i programmi di prevenzione e di supporto precoce alla famiglia che di migliore gestione della comorbilità psichiatrica sempre più presente ed associata all'uso di sostanze.

Queste collaborazioni dovranno però prevedere il mantenimento dell'autonomia tecnico funzionale, organizzativa e di budget del Dipartimento delle dipendenze in modo da rendere la struttura più direttamente responsabilizzata e autonoma nella programmazione ma soprattutto nella gestione dei programmi di intervento. La specificità delle problematiche da affrontare nel campo della tossicodipendenza e la particolarità delle varie classi di clienti fa sì che per un efficace intervento debba essere prevista e mantenuta una specifica organizzazione non commista a quella per la psichiatria e le problematiche materno infantili. Una grande risorsa per il supporto alle famiglie potrebbe derivare anche da un diretto coinvolgimento dei consultori familiari che dovrebbero essere riorientati verso la gestione di questo tipo di problematiche. Il loro utilizzo odierno infatti appare generalmente sottodimensionato rispetto alle risorse stanziare.

Altre importanti collaborazioni interaziendali potranno essere attivate relativamente ai reparti di malattie infettive.

ALTRE SPECIFICHE

Unità di detossificazione rapida

Ogni Dipartimento è opportuno che abbia nel suo interno una struttura adibita ai trattamenti per la detossificazione rapida da oppiacei (eroina e/o metadone). Tali strutture dovranno garantire la sicurezza, l'efficacia delle cure e la loro gratuità. Da varie esperienze si è potuto osservare come tali attività possano essere fatte sia in ambiente ospedaliero ma anche in ambiente protetto opportunamente attrezzato e controllato presso le comunità terapeutiche. Alcune esperienze hanno anche dimostrato una buona efficacia, sicurezza e gestibilità in regime domiciliare, con un contesto familiare idoneo, supportato con operatori professionali e soprattutto con un successivo programma di inserimento in comunità terapeutica.

Carcere

Partendo dal presupposto che il carcere non può essere ritenuto un ambiente di cura del problema della tossicodipendenza e che le politiche fino ad oggi perseguite non hanno portato a risultati soddisfacenti sia dal punto di vista socioriabilitativo della persona che dal punto di vista dell'incongruo sovraffollamento dell'ambiente carcerario (anche in conseguenza alle problematiche relative all'immigrazione clandestina), vi è l'impellente necessità di riorganizzare fortemente le attività di assistenza alle persone tossicodipendenti in carcere.

Con il passaggio della medicina penitenziaria nelle competenze delle aziende sanitarie, l'assistenza ai tossicodipendenti reclusi dovrebbe trovare una più efficiente soluzione agli importanti problemi tuttora esistenti. Pertanto si auspica che questo possa avvenire in tempi brevi.

Le politiche di intervento in questa ambiente dovrebbero essere tese ad incentivare le persone recluse affinché intraprendano percorsi riabilitativi ad alta soglia, attraverso l'affidamento in prova ai servizi sociali, ai Ser.T ed alle Comunità. Contemporaneamente non vanno dimenticate le gravi patologie correlate alla tossicodipendenza che devono trovare in ambito carcerario un momento per una migliore e più tempestiva definizione diagnostica e terapeutica.

Un efficace soluzione potrà essere raggiunta se si attueranno scelte organizzative tendenti alla realizzazione di unità operative specifiche per i tossicodipendenti all'interno delle strutture

carcerarie dotate di autonomia tecnica e gestionale e fortemente integrate nel Dipartimento delle Dipendenze.

Unità funzionali interne ai Ser.T

Al fine di rendere più omogenea l'offerta assistenziale sul territorio Regionale e coerente con le priorità di intervento individuate dalla Regione, i Ser.T potranno essere organizzati nel loro interno in unità funzionali anche sulla base di particolari bisogni locali. Le unità funzionali potranno essere attivate sulla base dell'esistenza di effettivi bisogni che richiedino attività rilevanti a favore di un alto numero di pazienti, connotino reali responsabilità con derivanti specifici incarichi dirigenziali di posizione e non facciano riferimento a sole attività legate a progetti a termine. Le Unità funzionali (U.F.) la cui istituzione è considerata prioritaria sono: U.F. per le attività di prevenzione primaria, U.F. per il contatto precoce dei tossicodipendenti anche tramite unità mobili, U.F. per prevenzione e la cura delle patologie correlate, U.F. per il reinserimento sociale e la prevenzione della ricaduta, l'U.F. di alcologia e l'U.F. per la valutazione dei trattamenti con attività di ricerca e sviluppo progettuale.

Per questa ultima unità e per quella di prevenzione primaria è ragionevole e consigliata l'attivazione in sede dipartimentale con valenza quindi di servizio e coordinamento trasversale per tutte le unità organizzative, relativamente anche alle tecniche di project management, alle metodologie di contabilizzazione finanziaria e valutazione dei risultati.

LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE

Componenti fondamentali del Dipartimento sono le comunità terapeutiche, le quali (se accreditate a livello regionale) devono essere considerate unità operative a tutti gli effetti ed inserite nel comitato operativo. Le comunità terapeutiche svolgono un ruolo ed un'importante funzione nel percorso terapeutico-riabilitativo della persona tossicodipendente e devono essere viste come organizzazioni complementari e non alternative o addirittura in opposizione ai Ser.T. Tutto questo alla luce delle nuove tendenze nazionali che sempre più, con gradualità, si orientano a modelli impostati a superare ed abbandonare il concetto di "ente ausiliario" per arrivare a quello di "ente autonomo fortemente coordinato" con le strutture pubbliche, con le quali si dovranno condividere (in una visione di sistema), principalmente: obiettivi, metodi di valutazione, criteri di selezione per l'accesso alle varie forme di trattamento, modalità di invio e orientamento ai vari trattamenti.

Risulta evidente però che per tale nuovo orientamento le comunità terapeutiche avranno come vincolante criterio di accreditamento, il fatto di accettare la condivisione (in un sistema dipartimentale) dei criteri sopra esposti e di concertare la loro programmazione con il Dipartimento.

È auspicabile quindi che in futuro si attivino trasformazioni al fine di acconsentire anche l'accesso diretto ai servizi offerti dal privato sociale accreditato "no profit" delle persone tossicodipendenti, alle varie forme di trattamento e all'introduzione della logica budgettaria.

Introdurre il budget anche per le comunità terapeutiche vuol dire predefinire obiettivi organizzativi, attività prestazioni (volume e qualità) e risorse dedicate, con un rapporto tra comunità e Dipartimento paritetico a quello dei Ser.T.

La Regione auspica l'attivazione di forme sperimentali in questo senso ma a tal fine le aziende ULSS interessate dovranno concordare appositi programmi con le strutture regionali competenti.

In questa ottica sperimentale vi è però anche la necessità di studiare ed applicare sistemi i quali garantiscano che i criteri utilizzati per l'ammissione degli utenti ai trattamenti, per la permanenza o per la dimissione siano uguali anche per i servizi pubblici.

Inoltre dovranno essere studiate e messe in opera specifiche procedure finalizzate ad evitare il possibile fenomeno dell'"inserimento improprio" adottando formali processi e protocolli



diagnostici e di valutazione dell'outcome standard, concordati in sede dipartimentale. È ovvio che per l'introduzione di sistemi così orientati è necessaria estrema cautela e tempi compatibili con la formazione di nuovi modelli culturali e competenze ad oggi non esistenti. Ciò non toglie che si debba iniziare un percorso che troverà sicuramente forte sviluppo negli anni a venire. La naturale conseguenza potrebbe essere quella di arrivare ad un sistema dove diverse realtà offrono prestazioni ed opportunità in maniera coordinata e vengano opzionate dal cliente e selezionate sulla base, dei processi utilizzati, delle garanzie tecnoscientifiche presenti e dei risultati ottenuti.

In questa logica bisogna essere consapevoli che le organizzazioni del privato sociale accreditato (no profit) dovranno acquisire "in proprio" (anche se in maniera coordinata) le funzioni assistenziali sulla singola persona di: riconoscimento e definizione del bisogno, possibilità di generare la spesa, responsabilità diretta del caso, definizione degli obiettivi e del programma terapeutico-riabilitativo in autonomia.

A questo proposito il Dipartimento per dipendenze può essere la sede adatta dove iniziare a studiare e sperimentare tali nuovi orientamenti e per questo si ritiene indispensabile, per le aziende ULSS che intendano sperimentare tali iniziative, un vincolante e forte coordinamento con le strutture regionali competenti.

Infine risulta utile ribadire che i sistemi di valutazione necessari per controllare queste trasformazioni e i risultati prodotti dovranno essere applicati in forma uguale sia sui Ser.T che sulle comunità attraverso il Dipartimento.

I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Una componente importantissima a tutt'oggi pochissimo coinvolta, è quella dei medici di medicina generale (MG). A questo proposito è stato sottolineata più volte l'opportunità di coinvolgere questi professionisti sin dall'inizio dei programmi terapeutici, instaurando un rapporto dinamico con reciproci scambi di informazioni e consegne. Essi, ad oggi, svolgono un ruolo marginale nella gestione del tossicodipendente. Considerando che praticamente, salvo eccezioni, un medico di MG è in grado di seguire in modo ottimale 4-5 tossicodipendenti, la loro valorizzazione e l'utilizzo delle potenzialità di questi medici e delle proficue relazioni che si possono instaurare con il Dipartimento, fa sì che essi debbano entrare a tutti gli effetti come componente. Non va dimenticato che il medico di medicina generale è medico della persona e molto spesso della famiglia, ed è in grado di cogliere aspetti e condurre interventi nel quotidiano che nessun servizio specialistico può attuare.

NUOVE NECESSITÀ

Considerata l'evoluzione del fenomeno tossicodipendenza all'interno del Dipartimento per le Dipendenze dovranno essere promosse attività (anche tramite Unità funzionali specifiche) che enfatizzano la Prevenzione Primaria dell'uso di sostanze stupefacenti e la riduzione della domanda con il compito di definire e sviluppare dei protocolli di intervento che avviino programmi operativi a livello di comunità locale in questo settore. Tali protocolli di intervento prevedono tra l'altro:

- valutazione precoce di fattori determinanti lo stato di vulnerabilità alla dipendenza da sostanze con supporto specifico alle famiglie;
- iniziative di sensibilizzazione e animazione per la promozione della salute con il concorso attivo dei giovani attuate anche in forma autogestita, intese comunque quale parte di un programma più articolato di interventi;
- iniziative di informazione e di sensibilizzazione rivolte alle famiglie concernenti le problematiche dell'adolescenza, le difficoltà educative, i fattori di rischio e di protezione

dal disagio, il miglioramento della comunicazione intergenerazionale, la trasmissione di valori positivi alla crescita, all'autoresponsabilizzazione e alla emancipazione;

- iniziative di sensibilizzazione alla promozione della salute rivolte agli insegnanti di ogni ordine e grado;
- campagne di informazione sui rischi connessi all'uso di droghe ed in particolare alle droghe ricreative nei luoghi di aggregazione quali le discoteche, gli stadi con il coinvolgimento degli opinion leaders (disk jockey, animatori, leaders di tifosi, calciatori);
- interventi di contatto con gruppi di adolescenti a rischio sulla strada;
- iniziative di sensibilizzazione rivolte alla comunità locale con la costituzione di operatori informali di quartiere.

All'interno di ogni Dipartimento verrà altresì istituita una "unità funzionale" di alcologia, con compiti di prevenzione, diagnosi, trattamento dei problemi alcol correlati e delle alcol dipendenze.

La necessità di integrare fortemente le attività alcologiche con quelle relative all'assunzione di sostanze nasce soprattutto oltre a problemi di ordine organizzativo e di ottimizzazione dell'uso delle risorse, dal fatto che moltissimi giovani stanno utilizzando grandi quantità di alcol contemporaneamente all'assunzione di sostanze anfetaminiche o simili. Sempre più inoltre l'alcol rappresenta la sostanza psicoattiva di "iniziazione" e di entrata nel mondo delle droghe illegali dei giovanissimi. Per questi motivi vi è la necessità di coordinare fortemente le politiche e gli interventi riguardanti le sostanze d'abuso legali (alcol, psicofarmaci, tabacco) e illegali (varie forme di droghe) con una specifica unità funzionale.

IL BUDGET: SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Al fine di chiarire il significato del termine "budget", va sinteticamente ricordato che esso deve essere inteso come uno strumento di programmazione e controllo utile e necessario per il governo delle unità organizzative.

Il budget contiene una serie di obiettivi da raggiungere attraverso attività specifiche, e la definizione delle risorse disponibili per tali attività.

Non è quindi una "somma a disposizione" o un "tetto da superare", ma uno strumento negoziato di responsabilità economica e non solo finanziaria, che definisce precisamente le cose da fare, le risorse a disposizione e i tempi di esecuzione.

L'azienda ULSS dovrà prevedere per il Dipartimento un specifico budget (master budget di Dipartimento). La negoziazione del budget da parte del direttore di Dipartimento dovrà avvenire direttamente con la direzione strategica dell'azienda.

Il Direttore di Dipartimento a sua volta avrà il compito di definire e negoziare i singoli budget per le varie unità operative (budget U.O.).

Al fine di governare il sistema e di razionalizzare gli impegni di spesa e quindi le risorse assegnate, sarà indispensabile mettere a punto un sistema di valutazione e controllo in grado di rendere visibili e comprensibili le prestazioni erogate (output) gli effetti prodotti (outcome) a fronte delle risorse impegnate (input) in modo da poter realmente comprendere "in progress" il raggiungimento degli obiettivi assegnati sia in ordine economico che finanziario.

A tal fine sarà indispensabile che ciascun Ser.T rilevi le prestazioni erogate con sistemi di registrazione in grado di imputare per ogni singolo paziente le prestazioni erogate dal singolo operatore secondo lo standard MFP.

Molta attenzione dovrà essere posta affinché le modalità di raccolta e verifica delle prestazioni, siano standardizzate tra le singole unità operative omogenee per compiti e funzioni.



Tab. 10: I dieci criteri di qualità del Dipartimento

CRITERI		INDICATORE	STANDARD MINIMO
1	<i>Attività del comitato operativo</i>	- Frequenza di riunioni - Verbale/sintesi riunione	- Una riunione al mese - presenza
2	<i>Buon grado di consenso fra i partecipanti al comitato operativo</i>	Soddisfazione su: - Modalità di coordinamento - Attività generale del Dipartimento	Parere positivo: - >70% - >80%
3	<i>Presenza di linea guida e processi formalizzati</i>	Documentazione esistente e formule con rappresentazioni standard	Linea guida su: - Processi diagnostici - Terapia sostitutiva Processi di: - Accoglienza - Entrata in terapia
4	<i>Leadership partecipata, con empowerment</i>	Grado di decentramento della responsabilità e delle decisioni	Presenza di autonomia tecnico organizzativa dell'U.O.
5	<i>Presenza di una lettura epidemiologica dei bisogni e della domanda</i>	Report epidemiologico su bisogni stimati e domanda espressa	1 report a sei mesi su STD del Ministero della Sanità
6	<i>Presenza di un sistema di budget con valutazione delle prestazioni erogate e costi generati</i>	- Scheda di budget	Presenza e utilizzo
		- Sistema registrazione prestazioni con report - Report analisi costi	Presenza e utilizzo Ogni 6 mesi
7	<i>Formazione permanente su aspetti: Tecnico scientifico Organizzativi-manageriali Sicurezza professionale</i>	Numero di incontri di formazione: - Tecnico scientifici - Organizzativi - Sicurezza	- 1 incontro mensile - 1 incontro bimensile - 1 incontro semestrale
8	<i>Presenza attività strutturata di reporting sull'attività e costi (risultato economico)</i>	Report specifici	1 annuale
9	<i>Adozione della piattaforma multifunzionale MFP e il collegamento in rete internet (Dronet/Evelink)</i>	- MFP installato e funzionante in tutte le U.O. - Collegamenti attivi	Presenza
10	<i>Presenza di "Sistemi di Valutazione" dei trattamenti "outcome"</i>	- Report periodici individuali - Report periodici di gruppo	1 report a 6 mesi

Tab. 11: I cinque requisiti minimi organizzativi per la definizione del Dipartimento delle Dipendenze

REQUISITI MINIMI	
1	Presenza della struttura organizzativa di base (direzione, comitato operativo, comitato allargato)
2	Presenza di un programma delle attività o piano di zona area tossicodipendenza
3	Presenza nel comitato operativo del privato sociale accreditato, contrattualizzato dall'ULSS e residente nel territorio
4	Presenza di un budget di Dipartimento
5	Allineamento e coerenza con le indicazioni regionali in materia

RAPPORTI TRA DISTRETTO E DIPARTIMENTO

Vi sono diversi modelli di relazione che si possono instaurare con il distretto e questo dipende dall'assetto organizzativo che ha scelto l'azienda e dal tipo di distribuzione del potere anche all'interno del distretto stesso. Il modello di distretto che si è dimostrato più efficiente e con un buon grado di fattibilità è quello a dipartimenti forti e orientati quindi in senso strutturale, dove il distretto ha come funzione principale quella di rappresentare e governare la domanda, leggere il bisogno e valutare la relativa offerta, controllando contestualmente la soddisfazione di questi bisogni. Il distretto ha anche un ruolo di produzione propria su alcune attività di sanità generale e di relazione con i medici di medicina generale, ma non gestisce le risorse dei dipartimenti.

I vari dipartimenti quindi sono attivati per aspetti specifici (prevenzione, dipendenze, salute mentale, ecc.) ed hanno responsabilità sui fattori produttivi, gestiscono le risorse e producono direttamente l'offerta connotandosi quindi prevalentemente come dipartimenti strutturali operanti su tutto l'ambito aziendale. Il distretto in questa logica è un "cliente interno" del Dipartimento di cui ne controlla anche, per area territoriale, l'offerta nel suo volume relativo alla domanda e nella sua qualità. Il Dipartimento quindi gestisce direttamente le risorse e i fattori produttivi e negozia il budget con la direzione strategica, producendo e governando l'offerta tramite proprie unità operative.

I dipartimenti così definiti sono orientati anche al coordinamento tecnico scientifico al fine di allineare le conoscenze e i processi assistenziali su tutto il territorio aziendale.



Fig. 3: Struttura organizzativa del Distretto a Dipartimenti forti

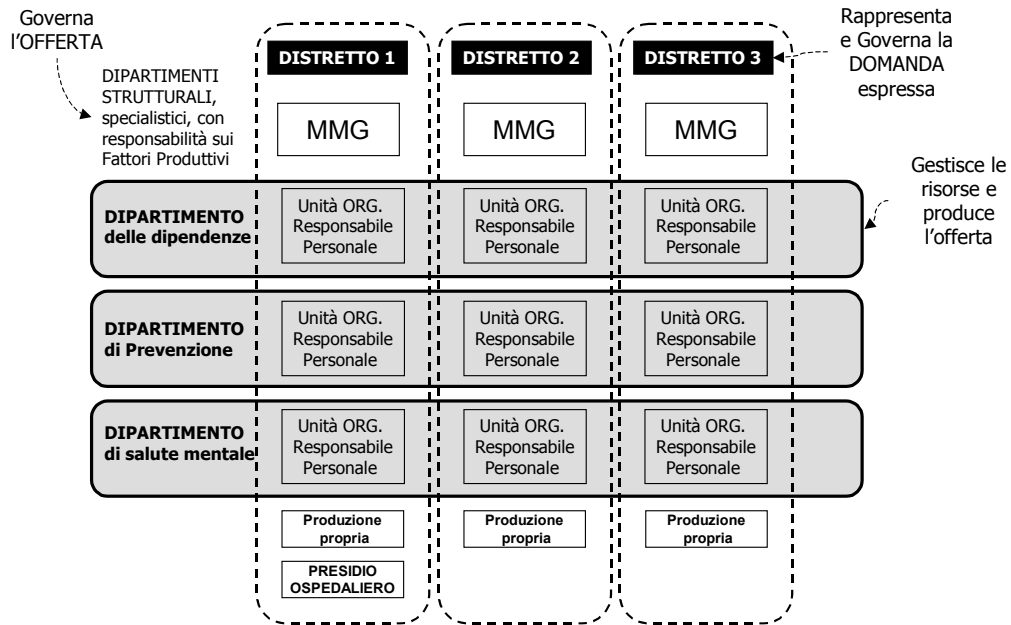
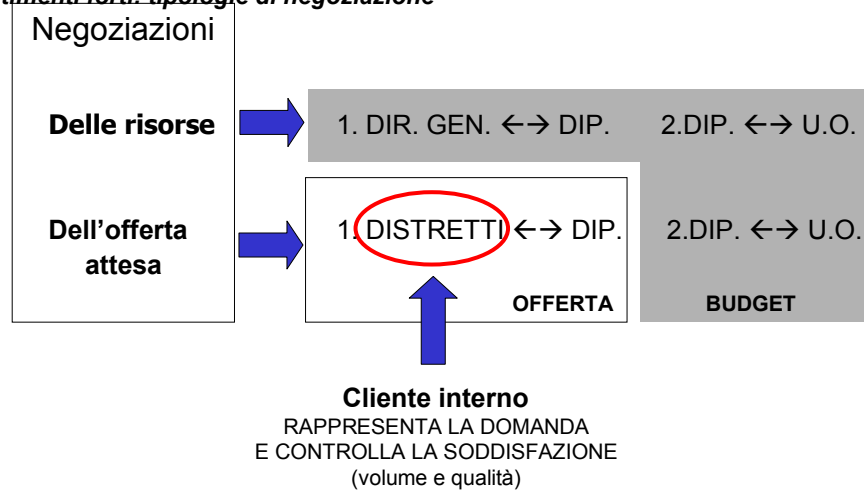
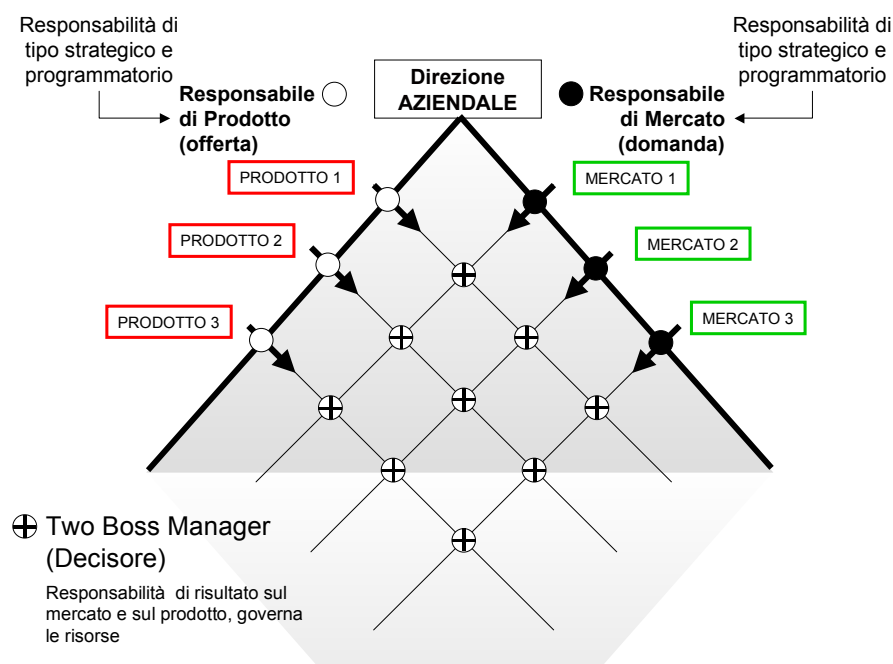


Fig. 4: Dipartimenti forti: tipologie di negoziazione



Un modello più complesso di rapporto tra distretto e Dipartimento è quello Matriciale di cui la figura 4 ne dà una rappresentazione schematica. Questo modello prevede che vi sia un responsabile di “prodotto” e cioè dell’offerta (nel nostro caso il direttore di Dipartimento), un responsabile di “mercato” e cioè della domanda (nel nostro caso il responsabile di distretto), ambedue con responsabilità di tipo strategico programmatico. Esiste poi il cosiddetto “Two Boss Manager” che è un decisore con responsabilità di risultato sul mercato e sul prodotto, con facoltà di governo sulle risorse.

Fig. 5: Modello matriciale



CONCLUSIONI

L’organizzazione dipartimentale può agevolare l’integrazione delle varie unità operative, creando una risposta migliore e più coerente ai bisogni del territorio. Va tuttavia considerato che le organizzazioni socio-sanitarie non acquisiscono la loro efficacia, per il solo fatto di diventare efficienti, e che l’enfasi in campo organizzativo per creare un vero “sistema” di efficace risposta ai bisogni derivanti dalla tossicodipendenza, è da porre senz’altro sulle modalità organizzative delle varie U.O., ma attiva soprattutto sul “team working” e cioè sulle persone che lavorano e relazionano all’interno di esse. La motivazione professionale, la correttezza delle relazioni e la compartecipazione ultima nei processi decisionali sono i fattori più importanti per creare un buon “clima” di lavoro e rendere le organizzazioni efficaci e nel contempo efficienti.



BIBLIOGRAFIA

- Cantarelli C., Casat G., Cavallo M., Cocchi T., Elefanti M., Formentoni A., Lega F., Maggioni S., Sassi M., Malarico E., Zucco F., Il percorso del paziente, EGEA, 1999
- Cochrane A.L., Efficienza ed efficacia, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Corradini A. I modelli organizzativi per le aziende U.L.S.: tradizione ed innovazione, Mecosan n.20, 17-33, 1997
- Costa G., Nacamulli R.C.D., Manuale di organizzazione aziendale, UTET
- EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drug users, EMCDDA, dicembre 2000
- Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, 1998
- Gaia E., Poncini D., Il Dipartimento ospedaliero, Edizioni Minerva Medica, 1996
- Galbraith J., La progettazione organizzativa: un'analisi dal punto di vista del trattamento delle informazioni, Problemi di gestione, vol.9, 1975
- Galbraith J., Organization design, Addison-Wesley, Reading, 1997
- Gartner Group, Rapporto sui principali tools per interventi di Business Process Reengineering, 1998-99
- Grandori A., L'organizzazione delle attività economiche, Il Mulino, 1995
- Grilli R., Penna A.e Liberati A., Migliorare la pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
- Guzzanti E. et AL, Aree funzionali omogenee e dipartimenti, Federazione Medica, 4-8, novembre 1994
- Hammer M., Champy J., Ripensare l'azienda, Sperling&Kupfer, 1993
- Hammer M., Ripromettiamo il lavoro: automatizzare non basta, bisogna rivoluzionare, Harvard Espansione, 1990
- Hronec S.M., Segni vitali: come utilizzare gli indicatori di qualità, tempo e costo per tracciare il futuro della vostra azienda, Franco Angeli, 1995
- Jefferson T., Deminichelli V., Mugford M., La valutazione economica degli interventi sanitari, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- Marchiali R., Rognoni G., Cause Effetti in medicina, Il Pensiero Scientifico Editore, 1994
- Meneguzzo M., Dall'azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie: una prima valutazione dell'efficacia dei network sanitari, Mecasan, n°19 1996
- Mintzberg H., Le strutture organizzative, Il Mulino, 1985
- Montironi M., Genova M., Riorganizzare i servizi pubblici, Sviluppo & Organizzazione, n.167, 1998
- Mooney G., Problemi chiave dell'economia sanitaria, a cura di Garattini L., Il Pensiero Scientifico Editore, 1996
- Normann Richard, La gestione strategica dei servizi, ETASLIBRI, 1984
- Oggioni E., Le organizzazioni professionali a network, Sviluppo & Organizzazione, n°.140, 1993
- ONU, World Drug report 2000, United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 2000
- Perrone V., Le strutture organizzative d'impresa, EGEA, 1990
- Rachele U., Perrone V., Modelli per la gestione del cambiamento organizzativo, Economia & Management
- Ruffini R., Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, Mecosan n°18, 1996
- Rugiadini A., Organizzazione d'impresa, Giuffrè, 1979
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995
- Temali D., Maj M., Capatano F., Giordano G., Saccà C. ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, Masson, 1996
- Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999

