



LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL SERVIZIO

Lorenzo Rampazzo

Coordinamento Regionale - Direzione per i Servizi Sociali - Regione Veneto

INTRODUZIONE

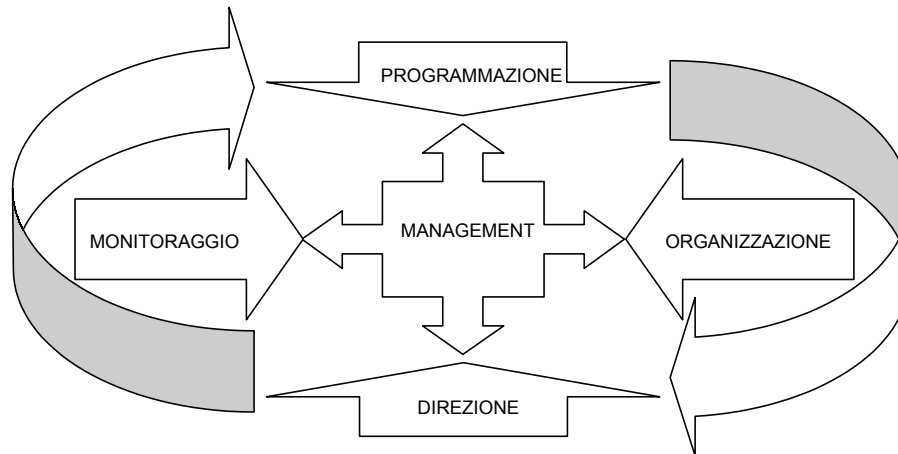
Il management è sia arte che scienza: è l'arte di rendere le persone (colleghi, collaboratori, utenti, familiari, ecc.) più efficaci di quanto sarebbero senza di noi; la scienza sta nel modo in cui lo facciamo. Il management è il processo – che implica aspetti sia tecnici che interpersonali – attraverso cui si specificano e si realizzano gli obiettivi dell'istituzione di riferimento, utilizzando le risorse (ossia persone, professionalità, cultura, ambiente sociale, attrezzature, tecnologie, ecc.) a disposizione o attivabili per il raggiungimento di tali obiettivi. Esso si sviluppa in 4 momenti fondamentali, in un rapporto dinamico e circolare tra di loro: programmazione, organizzazione, direzione e monitoraggio.

Programmazione: il management inizia con la programmazione; un buon management inizia con una buona programmazione. Senza un programma non riusciremo mai a raggiungere i nostri obiettivi; se ci riusciamo sarà per caso e non sarà ripetibile. Innanzitutto, dovremo definire con chiarezza e precisione i nostri obiettivi, o farli definire da chi ci dirige. Dovremo poi individuare il modo migliore per realizzarli: quali risorse abbiamo a disposizione, quali possiamo attivare? Confrontiamo i punti di forza e i punti deboli delle persone e delle altre risorse disponibili o attivabili. Proviamo a prevedere tutte le possibilità ed elaboriamo un piano. Proviamo anche a prevedere la possibilità che le cose non funzionino e elaboriamo un piano anche per questa eventualità. Valutiamo tutti i diversi piani che abbiamo elaborato e sviluppiamo quello che, secondo la nostra opinione più obiettiva, funzionerà meglio e che cosa faremo se non funzionerà.

Organizzazione: una volta che abbiamo un piano dobbiamo renderlo operativo, cioè passare al momento dell'organizzazione delle azioni: c'è tutto quello che serve per iniziare? Noi e le altre persone coinvolte siamo pronti per passare all'azione: siamo addestrati, motivati e abbiamo tutti gli strumenti necessari? I destinatari dell'intervento sono pronti per riceverlo? Verifichiamo che tutti siano consapevoli dell'importanza del loro ruolo, di quello che dovranno

fare, dove e quando. Il management si fonda sull'organizzazione, intesa sia come sistema aperto di strutture e processi, sia come funzione attiva rappresentata dall'insieme delle attività atte a recuperare e a distribuire le risorse necessarie per realizzare un programma.

Fig. 1: Il ciclo del Management



Direzione: definita l'organizzazione delle attività, possiamo passare all'azione. È un po' come dirigere un'orchestra: tutti hanno lo spartito di fronte a loro, tutti sanno qual è la loro parte e quando devono inserirsi. Compito del direttore d'orchestra è quello di segnalare l'avvio e i passaggi della musica. Le persone hanno bisogno di direzione per agire in maniera efficiente ed efficace; devono sapere quali sono gli obiettivi principali da raggiungere, quali compiti specifici devono svolgere e quale contributo al risultato finale ci si aspetta da loro. La funzione di direzione richiede quindi l'abilità di guidare, motivare e supervisionare il lavoro degli altri.

Monitoraggio: ora che le attività sono in corso, compito del manager è quello di accertarsi che tutto proceda secondo programma. Il manager deve essere sempre consapevole di cosa sta succedendo: si tratta di un processo dinamico e interattivo. Certamente emergeranno dei problemi: qualcuno si ammalerà o cambierà sede, qualche materiale o strumento non verrà consegnato in tempo, qualche soggetto coinvolto si ritirerà. Se qualcosa non procede secondo programma sarà necessario intervenire per introdurre gli aggiustamenti necessari, e cioè programmare le modifiche, organizzare le risorse da mettere in campo, dirigere le persone coinvolte perché il nuovo programma venga realizzato e continuare a monitorare l'effetto del cambiamento. Il monitoraggio è una funzione del *management* che, attraverso una raccolta metodica di dati, verifica se le risorse materiali e finanziarie impiegate in un'iniziativa sono sufficienti, il personale impiegato è adeguatamente preparato e qualificato, le attività in atto sono previste nei termini di riferimento e sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati nei piani di lavoro. Il monitoraggio consiste nell'accertamento e nella descrizione puntuale e metodica dell'avanzamento di un progetto e nella segnalazione tempestiva (spesso in tempo reale) di manifeste discrepanze rispetto a quanto prestabilito.

Ne vale la pena? Gestire persone e risorse non è facile; comunque, si può fare con successo e può essere un'esperienza estremamente gratificante. Ricordiamoci che il management, come qualsiasi altra abilità, è qualcosa che si può migliorare con lo studio e la pratica. E non si tratta di un'abilità necessaria soltanto per i dirigenti, i responsabili o i capiprogetto; il management riguarda tutti e tutti possono trarre vantaggi da un approccio manageriale, sia sul lavoro che nella vita privata. Ciò che varia è il contesto in cui si applica, le risorse a disposizione, le persone da gestire, lo scopo e le dimensioni dell'azione da svolgere; tuttavia, quella manageriale è una abilità di base, quasi un prerequisito professionale. Si tratta di una modalità organizzata e programmata di svolgere consapevolmente il nostro ruolo di operatori, applicabile in qualsiasi contesto o livello professionale ci troviamo coinvolti. Proviamo



ora a vedere come si può applicare un approccio manageriale alla programmazione delle attività di un servizio pubblico o del privato sociale nel settore delle dipendenze.

IL PIANO STRATEGICO DEL SERVIZIO

La programmazione delle attività del servizio inizia con la definizione del Piano Strategico. Per pianificazione strategica si intende il processo decisionale attraverso il quale si definiscono le finalità e gli obiettivi dell'organizzazione, il loro impatto sui mezzi da utilizzare e sulle politiche che devono informare l'acquisizione, l'uso e l'allocazione delle risorse. Il piano strategico di un servizio (pubblico o del privato sociale) si articola nelle componenti riportate nella tabella che segue.

Tab. 1: Piano Strategico

IL PIANO STRATEGICO	
-	La Vision
-	La Mission
-	Il Sistema dei Valori
-	Gli Obiettivi Strategici
-	I principi etici

La vision esprime le norme, i valori di fondo e un'immagine di insieme di ciò che l'organizzazione vuole essere nel suo complesso. La vision è alla base della definizione della mission e come questa deve essere esplicitata dal vertice dell'organizzazione (top management) per sviluppare coesione tra tutti i membri dell'organizzazione. La mission (o missione) rappresenta invece la ragione fondamentale per cui l'organizzazione esiste, il proposito di base dell'organizzazione, ciò che l'organizzazione sceglie di fare per ottenere riconoscimento, soddisfare i bisogni dei clienti/utenti e realizzare i propri obiettivi.

La prima cosa da fare è quindi comprendere ciò che è previsto che il servizio attui definendone la mission: si tratta di riassumere le funzioni del servizio in una breve affermazione che informa i clienti, sia esterni (utenti, famiglia, popolazione in generale) che interni (operatori, altri servizi). Definire la mission è un'attività complessa che coinvolge ogni livello dell'organizzazione, è un processo interattivo e inclusivo. Essa deve tenere conto sia del target del servizio (i clienti principali, sia interni che esterni), che delle sue competenze principali, per cui è necessario fare ampio riferimento alla normativa vigente e ai provvedimenti regionali applicativi.

Avere una mission chiara e precisa da perseguire aiuta tutti a cooperare e a direzionare al meglio il proprio lavoro; gli obiettivi specifici nella programmazione del servizio saranno le misure a breve termine per realizzare la mission. Se la *mission* è stata ben definita fornirà una visione strategica e una direzione chiara al servizio e non dovrà essere rivista per qualche anno; essa andrà rivista quando non sarà più pertinente o rilevante.

È possibile che il nostro servizio sia inserito in un contesto organizzativo (l'azienda ULSS, il Dipartimento per le dipendenze, il Piano di zona) dove è già stata definita una mission: sarà allora necessario capire qual è la nostra parte per perseguirla e realizzarla e sarà comunque necessario definire la mission del nostro servizio. Proviamo a rispondere a questi quesiti: esiste una mission aziendale (o di dipartimento, o di piano di zona)? Cosa abbiamo dovuto fare per conoscerla? È appropriata? È attuabile? E soprattutto, la condividiamo? Confrontiamoci al riguardo con colleghi interni e esterni all'azienda.

Va esplicitato anche il sistema dei valori e i principi etici che guidano quotidianamente il nostro modo di operare e di interagire con gli utenti, le loro famiglie, la popolazione in generale e i diversi colleghi e collaboratori che interagiscono con noi. La condivisione della vision e del

sistema dei valori da parte di tutti gli operatori del servizio ci consentirà di perseguire con efficacia la nostra mission. Tuttavia, la mission è un'affermazione a livello strategico che per essere resa operativa deve essere articolata in una serie di azioni specifiche. Il piano strategico include la mission e i suoi obiettivi strategici, che andranno ulteriormente specificati in obiettivi (esiti) misurabili. Anche nel caso degli obiettivi strategici, ossia ciò che ci si prefigge di raggiungere per il soddisfacimento di un'area di bisogno, ossia di squilibrio tra esigenze fisiche, psichiche e sociali e disponibilità di risorse per soddisfarle, è necessario fare ampio riferimento alla normativa vigente e ai provvedimenti regionali applicativi.

Tab. 2: Esempio di piano strategico

ELEMENTI	DESCRIZIONE
<i>LA VISION</i>	Insieme per una amministrazione pubblica al servizio della salute del cittadino.
<i>LA MISSION</i>	Fornire consulenza, assistenza e trattamento alle persone, alle famiglie e alla popolazione in generale per superare e prevenire ogni forma di rischio, uso o dipendenza da sostanze psicoattive, patologie correlate o altre situazioni comportamentali in grado di creare dipendenze patologiche e per promuovere uno stile di vita sano e solidale all'interno di un percorso di cittadinanza attiva e responsabile.
<i>IL SISTEMA DEI VALORI</i>	<ul style="list-style-type: none"> - promuovere un ambiente libero da pregiudizi e discriminazioni, che rispetti la diversità. - sostenere un ambiente favorevole alla famiglia. - trattare chiunque con rispetto e cortesia. - ottimizzare le potenzialità di ogni persona. - favorire la fiducia e la solidarietà tra colleghi e servizi e incoraggiare la condivisione di informazioni e risorse. - aderire con entusiasmo all'era dell'informatica. - essere vigili e oculati nell'utilizzo delle risorse pubbliche. - praticare il buon senso. - fornire un servizio di qualità. - adottare un approccio di ascolto, apprendimento e condivisione nei confronti dei nostri interlocutori. - cooperare con tutti gli interlocutori pubblici e privati del Servizio. - essere esempio di integrità e moralità.
<i>I PRINCIPI ETICI / DIRITTI DELLA PERSONA</i>	<ul style="list-style-type: none"> - diritto alla "sicurezza sociale" in una società libera dalle droghe - diritto "all'informazione precoce" sugli effetti delle sostanze - diritto alla "tutela da azioni incentivanti l'uso di droghe" - diritto alle "cure precoci" - diritto ad un "ambiente libero dalle droghe" - diritto alla "valorizzazione delle potenzialità individuali" - diritto a non subire "strategie comunitarie di lotta alla droga penalizzanti l'individuo" - diritto "all'autodeterminazione"
<i>GLI OBIETTIVI STRATEGICI</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Far aumentare la consapevolezza delle persone e degli amministratori relativamente al bisogno di sviluppare politiche intersettoriali e programmi specifici in grado di promuovere la salute e, nel contempo, di agire attivamente contro l'uso incongruo di ogni tipo di sostanza stupefacente e psicoattiva ("Droghe" alcool e tabacco compresi). - Assicurare e rendere disponibile al cittadino, quanto più possibile, un'informazione obiettiva sulle modalità preventive e sui rischi connessi ai particolari stili di vita conseguenti all'uso di droghe o di altre sostanze psicoattive. - Fornire ai cittadini con problemi di droga od a forte rischio un equo e precoce accesso al sistema socio-sanitario, garantendo idonee infrastrutture di prevenzione ed assistenza.



	<ul style="list-style-type: none"> - Eseguire valutazioni costanti sull'impatto delle scelte politiche sulla promozione della salute (con particolare riguardo alle misure assunte per ridurre e contrastare l'uso non terapeutico di sostanze psicoattive), oltre che sulla cura e riabilitazione delle persone che presentino il problema. - Promuovere la formazione e la ricerca di nuove forme di prevenzione, cura e riabilitazione. - Assicurare congrui e permanenti finanziamenti alle iniziative ed ai sistemi specifici per la lotta alla droga ed alle sue conseguenze.
--	--

FUNZIONI E COMPITI DEL SERVIZIO

Definito il piano strategico e il modello organizzativo del Servizio, è necessario esplicitarne le funzioni e i compiti, rifacendosi anche in questo caso alla normativa vigente e ai provvedimenti applicativi regionali, nonché ad eventuali specifiche indicazioni aziendali o del piano di zona. A titolo di esempio, si riportano di seguito le schede riassuntive delle funzioni e dei compiti di un dipartimento per le dipendenze, di un servizio ambulatoriale per tossicodipendenti (Ser.T) e di un servizio residenziale per tossicodipendenti (comunità terapeutica).

Tab. 3: Funzioni e compiti del Dipartimento per le Dipendenze

FUNZIONI E COMPITI DEL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE	
DEFINIZIONE	Dipartimento funzionale per le tossicodipendenze e le alcoldipendenze.
FINALITÀ	sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione sociosanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive, tendenti a perseguire gli obiettivi della politica sociosanitaria Regionale ed aziendale attraverso il coordinamento di tutte le unità operative del pubblico e del privato sociale accreditato che si occupano direttamente o indirettamente di dipendenze.
COMPITI	<ul style="list-style-type: none"> - Attuare il coordinamento delle unità operative interessate. - Coordinare ed integrare le attività di registrazione ed archiviazione centralizzata dei dati. - Promuovere l'allineamento con le indicazioni aziendali e regionali. - Concorrere al controllo e alla verifica della qualità dell'assistenza. - Studiare e proporre soluzioni per ottimizzare le procedure. - Incentivare l'umanizzazione dei rapporti tra le strutture sanitarie i pazienti e le loro famiglie. - Promuovere le attività di aggiornamento e formazione. - 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.

Tab. 4: Funzioni e Compiti del servizio ambulatoriale

FUNZIONI E COMPITI DEL SERVIZIO AMBULATORIALE PER TOSSICODIPENDENTI (SER.T)	
DEFINIZIONE	Servizio ambulatoriale terapeutico-riabilitativo per persone tossicodipendenti e alcolodipendenti.
FINALITÀ	Accoglienza, trattamento terapeutico-riabilitativo e reinserimento socio-lavorativo di persone tossicodipendenti e alcolodipendenti: Il servizio assicura la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura e alla riabilitazione dall'uso di sostanze, nonché la prevenzione e la cura delle patologie correlate, anche in collaborazione con altri servizi specialistici. Le prestazioni sono erogate in forma individuale o a piccoli gruppi nelle sedi operative, o, se necessario, a domicilio. Le prestazioni di prevenzione possono essere erogate anche mediante mezzi mobili.
UTENZA	persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, anche sottoposte a trattamenti farmacologici sostitutivi.
COMPITI	<ul style="list-style-type: none"> a. garantire pronta accoglienza, diagnosi e presa in carico del paziente; b. predisporre, per ogni singolo utente, un programma terapeutico-riabilitativo con valutazione diagnostica multidisciplinare iniziale e monitoraggio periodico delle variazioni dello stato di salute, in relazione ai risultati degli interventi effettuati, in termini di uso di sostanze, qualità della vita, abilità e capacità psico-sociali, comparsa delle principali patologie correlate; c. effettuare terapie farmacologiche specifiche, sostitutive e non, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico; d. svolgere attività di psicodiagnosi, di "counseling", di sostegno psicologico, di psicoterapia; e. svolgere attività di prevenzione, screening/counseling e cura delle patologie correlate all'uso di sostanze, anche in collaborazione con altri servizi specialistici; f. svolgere attività di orientamento e di sostegno in ambito sociale ed educativo; g. svolgere specifiche e strutturate attività per la prevenzione delle principali cause di morte e di inabilità (malattie infettive, overdose etc.); h. attivare specifici programmi destinati alle donne, anche in collaborazione con altri servizi specialistici, prevedendo, in particolare, interventi relativi a gravidanza, prostituzione, episodi di violenza; i. rilevare, sulla base delle indicazioni stabilite a livello nazionale e regionale, i dati statistici ed epidemiologici relativi alle attività e al territorio di competenza; j. svolgere attività di riabilitazione e di prevenzione delle ricadute. <p>Il servizio attua inoltre per le persone in carico i seguenti interventi relativi alle infezioni da HIV e alle altre patologie correlate alla tossicodipendenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. individuazione dei comportamenti a rischio; b. informazione ed educazione sanitaria; c. visite mediche e interventi diagnostici e terapeutici, in collaborazione con strutture specialistiche; d. test di laboratorio per l'HIV, previo consenso, e counseling; e. collaborazione e integrazione degli interventi con altre strutture specialistiche; <p>Il servizio collabora anche alle attività di prevenzione primaria coordinandosi, tramite il Dipartimento, con i servizi aziendali ed extra-aziendali competenti.</p>



Tab. 5: Funzioni e Compiti del servizio residenziale

FUNZIONI E COMPITI DEL SERVIZIO RESIDENZIALE PER TOSSICODIPENDENTI	
DEFINIZIONE	Servizio residenziale terapeutico-riabilitativo per persone tossicodipendenti e alcolodipendenti (comunità terapeutica).
FINALITÀ	Accoglienza, trattamento terapeutico-riabilitativo e reinserimento socio-lavorativo di persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, anche sottoposte a trattamenti farmacologici sostitutivi.
UTENZA	persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, anche sottoposte a trattamenti farmacologici sostitutivi.
CAPACITÀ RICETTIVA	Le attività sono organizzate per moduli di massimo 30 utenti.
PRESTAZIONI	<ul style="list-style-type: none"> a) Gestione dell'attività educativa orientata alla vita comunitaria ed all'attività lavorativa. b) Gestione specialistica della psicoterapia con personale abilitato. c) Gestione degli aspetti medici (condizioni di base e specialistiche⁴, es. malattie diffuse). d) Gestione specialistica delle problematiche psicopatologiche con personale abilitato e) Gestione attività terapeutiche-riabilitative di pre-reinserimento socio lavorativo (anche in collaborazione con enti esterni) con specifico gruppo operativo dedicato. f) Gestione specialistica (con accreditamento specifico) della comorbidità psichiatrica (anche con trattamento farmacologico) che traggono vantaggio dal trattamento residenziale con personale abilitato.
CATEGORIE DI MANAGEMENT DELL'UTENZA	<p>CLASSE A: persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, anche in presenza di patologia psichiatrica compensata e gestibile, che non abbisognano di management intensivo e specialistico;</p> <p>CLASSE B: persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, con presenza di patologia psichica, che abbisognano di management intensivo ma non specialistico;</p> <p>CLASSE C: persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, con presenza di patologia psichica, che abbisognano di management intensivo e specialistico;</p> <p>CLASSE D: persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, con presenza di patologia psichica, che abbisognano di management intensivo e specialistico, anche di natura psichiatrica.</p>
PROGRAMMA	<p>Il programma esplicita:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) I principi ispiratori e la metodologia degli interventi, la definizione delle fasi e dei tempi complessivi di svolgimento, le modalità di relazione con i familiari, la descrizione degli interventi (di tipo medico, psicologico, educativo, lavorativo, sociale), le modalità di utilizzo del personale e delle attrezzature, le misure intraprese ai fini della tutela della salute degli utenti. b) La tipologia delle persone alle quali si indirizza l' intervento, con particolare riguardo a quelle con caratteristiche specifiche (es.: minori, soggetti sottoposti a misure alternative alla carcerazione, ecc.), precisando altresì il numero dei posti per essi disponibili. c) Le modalità di valutazione e verifica degli interventi.
REGOLAMENTO INTERNO	<p>Il regolamento interno descrive:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) i diritti e gli obblighi che l' utente assume con l'accettazione del programma di assistenza; b) le regole di vita comunitaria, con particolare riguardo alle norme comportamentali degli operatori e degli utenti e al loro eventuale utilizzo nelle attività quotidiane (cucina, pulizia, lavanderia, ecc.).

IL MODELLO ORGANIZZATIVO

Anche nel caso della definizione del modello organizzativo è necessario fare ampio riferimento alla normativa vigente e ai provvedimenti regionali applicativi, con particolare riferimento al documento relativo alle indicazioni e alle linee tecniche per l'istituzione del Dipartimento per le Dipendenze¹. L'organizzazione del Servizio sarà quindi finalizzata alla realizzazione di un Sistema Integrato di servizi per le dipendenze formato da soggetti pubblici e privati accreditati in un ottica di pari dignità, con compiti, responsabilità complementari e fortemente coordinati e integrati per garantire globalità e continuità assistenziale con riferimento alla complessità sociale, alle diverse dinamiche che in essa si esprimono anche in termini di rischio comportamentale e sociale.

La modalità organizzativa impiegata sarà di tipo funzionale, con flessibilità organizzativa e possibilità di agevoli modellamenti futuri sulla base della variazione dei bisogni di intervento, fondata su un modello dirigenziale di tipo democratico, con una leadership partecipata e delegante (a bassa guida operativa e ad alta relazione interpersonale), finalizzata al consenso informato di tutto il personale e al coinvolgimento diretto dei responsabili delle unità operative nelle decisioni e nella programmazione delle attività, nel rispetto dell'autonomia tecnico-funzionale e gestionale delle singole unità operative.

L'attenzione sarà quindi allo sviluppo di sistemi di lavoro orientati all'integrazione culturale e alla qualità, trasparenti e verificabili in termini di risorse impiegate, processi utilizzati e risultati prodotti, secondo una "logica dell'empowerment", della piena assunzione delle responsabilità delle risorse assegnate e dei risultati da conseguire con forte decentramento dei livelli decisionali, basata sul principio della "responsabilità diffusa" con valutazione permanente dei risultati prodotti e dei costi generati e sulla centralità della persona (cliente-utente-paziente).

Queste caratteristiche del modello organizzativo andranno esplicitate chiaramente, andando anche a definire nel dettaglio il sistema organizzativo (che si articola nelle componenti illustrate nella tabella che segue), nonché i processi operativi e gli strumenti operativi (di cui si riportano alcuni esempi nelle tabelle che seguono) che supportano il modello organizzativo del servizio.

Tab. 6: Il sistema organizzativo

SISTEMA ORGANIZZATIVO	
STRUTTURA DI BASE:	
<input type="checkbox"/>	divisione gerarchica e funzionale del personale
<input type="checkbox"/>	divisione degli spazi e delle risorse tecnologiche
<input type="checkbox"/>	divisione delle risorse economiche
MECCANISMI OPERATIVI:	
<input type="checkbox"/>	criteri attraverso i quali vengono assunte le decisioni
<input type="checkbox"/>	criteri di valutazione e controllo delle attività
<input type="checkbox"/>	metodologie di lavoro "ufficiali"
<input type="checkbox"/>	criteri di utilizzo delle risorse
PROCESSI SOCIALI:	
<input type="checkbox"/>	sistema dei valori che orienta le attività degli operatori
<input type="checkbox"/>	prassi e comportamenti in atto nel servizio
<input type="checkbox"/>	compensazioni/carenze di organico, strutture, beni e servizi
<input type="checkbox"/>	stile di leadership

¹ D.G.R. 22 giugno 1999, n. 2217

**Tab. 7: Processi e Strumenti Operativi**

PROCESSI OPERATIVI	STRUMENTI OPERATIVI
<ul style="list-style-type: none"> - Conferenza di servizio - Riunioni d'équipe - Riunioni sul caso - Riunioni sul progetto - Briefing 	<ul style="list-style-type: none"> • Piano strategico • Programma annuale • Obiettivi mensili • Flow-chart: <ul style="list-style-type: none"> -Procedure -Progetti • Schede di attività e di progetto • Promemoria/Report in progress

Una volta definito il modello organizzativo, è necessario verificare se l'organizzazione la persegue: se l'organizzazione non persegue la mission, sarà necessario modificare l'organizzazione in modo tale che sia compatibile con la mission. Una volta definita l'organizzazione idonea al perseguimento della mission, sarà necessario pubblicizzarla sia all'interno del servizio che all'esterno: il modo più semplice di farlo è di rappresentarla tramite un organigramma, ossia uno schema o rappresentazione grafico-descrittiva della struttura aziendale, dei rapporti gerarchici e degli aspetti organizzativamente rilevanti delle funzioni, delle attività e delle loro reciproche relazioni.

Gli organigrammi servono a rappresentare, sia ai componenti del servizio, che ai clienti sia interni che esterni, la struttura organizzativa del servizio. In genere, si ritiene che tale struttura organizzativa rappresenti la struttura del potere all'interno del servizio; di solito, riflette soltanto la struttura delle responsabilità, in quanto il potere reale all'interno del servizio segue spesso linee di comunicazione, piuttosto che linee organizzative. Talvolta, gli organigrammi sono confusivi: di solito, ciò non è intenzionale, ma riflette la confusione della struttura organizzativa. Se le relazioni funzionali tra i diversi componenti del servizio sono poco definite o cambiano frequentemente, è praticamente impossibile rappresentarle graficamente. In genere, gli organigrammi sono descrittivi piuttosto che propositivi. Tuttavia, gli organigrammi possono anche essere utilizzati come strumenti di gestione per perseguire gli obiettivi del servizio, rappresentando la struttura organizzativa da promuovere e realizzare, piuttosto che meramente riprodurre quella attuale.

Di seguito vengono riportati due esempi di organigramma, il primo di una struttura complessa quale il Dipartimento per le dipendenze, il secondo di una struttura più semplice, una unità operativa di cura e riabilitazione. Per un approfondimento della costruzione e dell'utilizzo degli organigrammi si rimanda alla sezione specifica contenuta nel presente manuale.

LA PROGRAMMAZIONE OPERATIVA

Definito il piano strategico da perseguire per un certo periodo di tempo, esplicitati funzioni e compiti del servizio e definito il modello organizzativo da adottare, è necessario passare alla programmazione operativa delle attività del servizio. Le tappe fondamentali nel processo di programmazione operativa sono l'analisi dei bisogni presenti nella comunità locale o nel gruppo di riferimento e la coerente scelta degli obiettivi da porre a base dell'azione. Si tratta di una fase molto importante del processo di programmazione: la conoscenza approfondita dei problemi a cui dare risposta è infatti condizione essenziale per fissare dei buoni obiettivi e la formulazione chiara e analitica degli obiettivi è premessa indispensabile alla individuazione di azioni efficaci.

I bisogni di un gruppo speciale di riferimento, qual è il caso degli utenti di un Ser.T o di una comunità terapeutica, rappresentano un sottoinsieme fortemente interagente con l'insieme dei bisogni presenti nella comunità locale; tale analisi deve perciò collocarsi nel più ampio quadro del sistema dei problemi della comunità locale considerata; l'analisi dei bisogni dovrà anche

Fig. 2: Esempio di Organigramma: il Dipartimento per le Dipendenze

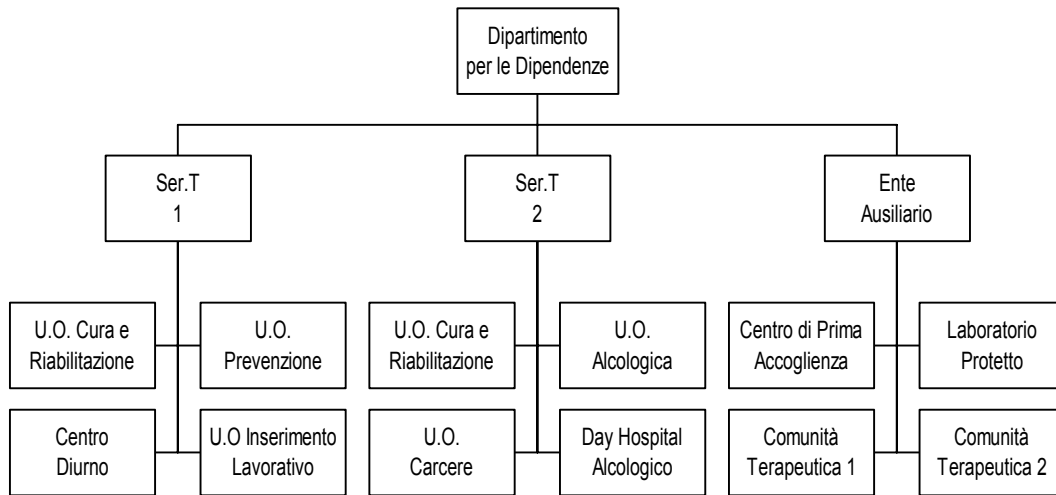
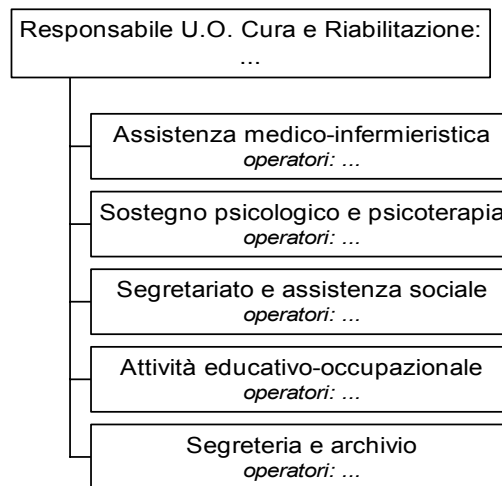


Fig. 3: Esempio di Organigramma di Unità Operativa





essere dinamica, in considerazione del fatto che i bisogni si differenziano sensibilmente tra loro, non sono riconducibili a variabili o dimensioni semplici e inoltre evolvono nel tempo.

Fondamentali nell'analisi dei bisogni sono gli *stakeholder*, ossia tutti coloro che, a qualunque titolo, hanno qualcosa a che fare con un'attività oggetto di intervento (utenti, familiari, politici e amministratori pubblici, privato sociale di settore, organizzazioni di volontariato e di categoria, popolazione in generale: dall'inglese *Holder of a stake* = detentore di una posta in gioco). Possono essere individui, gruppi o organizzazioni; i beneficiari, p.es., sono uno specifico gruppo di stakeholder. In italiano potrebbe essere tradotto con "Detentori di interessi" o, in altri termini, clienti diretti e indiretti, interni ed esterni, del servizio.

Sulla base dell'analisi dei bisogni andranno individuate le strategie più adatte per realizzare gli obiettivi strategici e allocare le risorse necessarie. La strategia è la soluzione o l'insieme di attività tra loro coordinate che possono essere applicate a un dato problema o ad un gruppo di problemi, al fine di risolverlo, dove per problema si intende un evento, una condizione o una situazione non soddisfacente per cui si ritiene esistano soluzioni alternative. Un obiettivo strategico può essere raggiunto attraverso l'attivazione concomitante o alternativa di strategie di intervento diverse; l'individuazione di un'ampia gamma di possibili strategie applicabili ad un obiettivo strategico va fatta con il massimo di creatività e progettualità. Particolarmente utile può risultare al riguardo lo strumento del "brainstorming": la finalità è quella di pervenire ad un elenco il più completo possibile di tutte le potenziali azioni che possono portare un qualche contributo al perseguimento dell'obiettivo strategico. La fase successiva consisterà nell'analisi delle singole strategie individuate al fine di scegliere quella o quelle più idonee al perseguimento dell'obiettivo e compatibili con la disponibilità e/o attivabilità di risorse con la ragionevole possibilità di superare ostacoli.

Le componenti fondamentali di una strategia sono:

- il bisogno o problema al quale è orientata e i risultati attesi;
- il tipo di azione o di azioni da intraprendere;
- i destinatari delle attività (tipologia e dimensioni);
- le risorse implicate.

Tab.8: Schema per la programmazione operativa

FASI	DESCRIZIONE
ANALISI DEL PROBLEMA	Qual è il problema? Per chi è un problema? Perché è un problema? Quali sono le sue caratteristiche? Quante persone manifestano il problema? Quanti nuovi casi si presentano e con quale frequenza (prevalenza/incidenza)? Qual è la causa del problema? Come lo si può risolvere? Qual è la soluzione più adeguata? Quale sarà lo sviluppo del problema se non si interviene? Quale sono gli obiettivi dell'intervento? Su quali dati basiamo le nostre opinioni?
I RISULTATI ATTESI	Descriviamo i risultati attesi, esprimendoli in termini di cambiamento di atteggiamenti, comportamenti, livello di conoscenze, di abilità.
AMBITO DI INTERVENTO	Promozione della qualità della vita, prevenzione dell'emarginazione e del disadattamento sociale, aggancio della popolazione a rischio o che usa sostanze, trattamento, inserimento sociale e/o lavorativo, ecc.
STRATEGIE DI INTERVENTO	Unità di strada, campagna informativa, formazione di operatori grezzi (figure del territorio), progetti di prevenzione in ambienti aggregativi (caserma, scuola, famiglie,...), inserimento in cooperative, rapporti con imprese, inserimento in percorsi scolastici, inserimento in percorsi formazione-lavoro, trattamento psico-sociale residenziale, trattamento farmacologico residenziale, trattamento integrato residenziale, trattamento psico-sociale non residenziale, trattamento farmacologico non residenziale, trattamento integrato non residenziale, ecc.
DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	Descriviamo in modo analitico l'intervento indicando: <ul style="list-style-type: none"> o le fasi in cui si articola; o le attività previste da ciascuna fase; o la durata delle singole fasi; o la durata complessiva dell'intervento;

	<ul style="list-style-type: none"> ○ le modalità di contatto dell'utenza; ○ i criteri e metodi di valutazione, specificando in particolare le modalità di raccolta delle informazioni, i tempi di raccolta, gli strumenti ed indicatori di valutazione previsti.
<i>I DESTINATARI DELL'INTERVENTO</i>	Qual è la popolazione a cui si rivolge l'intervento? Sesso; Età; Caratteristiche identificative (studenti, giovani di gruppi informali, giovani di gruppi formali, nuclei familiari, ex-tossico/alcolodipendenti con problemi lavorativi, tossico/alcolodipendenti con figli minorenni, altro: specificare); Numero previsto di destinatari dell'intervento; Area territoriale in cui verrà realizzato l'intervento. Perché questo specifico gruppo-bersaglio? Come prevediamo di contattare e motivare il gruppo-bersaglio? Come assicurarsi che le persone contattate aderiscano all'intervento?
<i>LE RISORSE</i>	Risorse umane: personale interno e personale esterno; N° operatori - Totale ore mensili/annuali dedicate, distinti per figura professionale risorse materiali: materiale informativo cartaceo, attrezzatura informatica, videocamera, pulmino, farmaci, siringhe, scambia-siringhe, altro (specificare).
<i>I COSTI</i>	Costo complessivo e costo per l'anno di riferimento, ripartiti per campo d'intervento ed unità di costo: personale interno coinvolto nel progetto, personale esterno coinvolto nel progetto, beni immobili (acquisto, affitto, restauro), beni mobili, materiali, beni di consumo (telefono, carta, trasferte,...), altro (specificare).

In questa fase vanno riprese e specificate le scelte effettuate in sede della pianificazione strategica: l'obiettivo strategico va scomposto in obiettivi specifici; la strategia deve essere articolata in attività elementari da ordinare in sequenza e nel tempo. Ciascun obiettivo strategico andrà articolato in una serie di obiettivi specifici, che corrispondono ad una articolazione dell'obiettivo strategico in categorie analitiche che si possono ricondurre a singole azioni. Gli obiettivi specifici sostengono gli obiettivi strategici. Gli obiettivi specifici sono sempre espressi in termini comportamentali. Le attività elementari devono essere analitiche, concrete e fattibili, coerenti con le strategie di cui sono una articolazione, compatibili con le risorse disponibili e i tempi previsti per il raggiungimento degli obiettivi specifici e, soprattutto, atte a perseguire i singoli obiettivi specifici. Di seguito vengono riportati due esempi di obiettivi specifici, il primo in ambito clinico-ambulatoriale e il secondo in ambito di comunità locale.

Tab.9: Esempio di Obiettivi Specifici in ambito Clinico-Ambulatoriale

OBIETTIVI
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> incrementare il contatto precoce degli utenti con il servizio; <input type="checkbox"/> evitare l'abbandono dei trattamenti; <input type="checkbox"/> reinserire precocemente in trattamento in caso di recidiva; <input type="checkbox"/> eseguire valutazioni multidimensionali e relativi follow-up; <input type="checkbox"/> pianificare l'intervento in équipe; <input type="checkbox"/> prevenire l'insorgenza di patologie correlate (HIV, HBC, HCV, TBC, MTS, overdose, patologie psichiatriche); <input type="checkbox"/> curare le patologie correlate; <input type="checkbox"/> incentivare l'inserimento e il mantenimento di attività lavorativa e di condizione abitativa dignitosa; <input type="checkbox"/> incentivare l'abbandono di attività criminale e/o prostituzione; <input type="checkbox"/> incentivare la stabilità familiare; <input type="checkbox"/> ridurre la possibilità di carcerazione e aumentare la commutazione di pena verso misure alternative alla detenzione; <input type="checkbox"/> incentivare il grado di autonomia, consapevolezza e lo sviluppo psicologico positivo; <input type="checkbox"/> prevenire le recidive; <input type="checkbox"/> provvedere all'espletamento delle pratiche generate dai rapporti con enti e istituzioni varie;



Tab.10: Esempio di Obiettivi Specifici in ambito di comunità

OBIETTIVI
<p>In sede di predisposizione dei Piani di Zona da parte dell'ULSS e di comuni, il Servizio contribuisce a promuovere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> iniziative di informazione e di educazione; <input type="checkbox"/> il coinvolgimento della scuola e di altre amministrazioni pubbliche; <input type="checkbox"/> il coinvolgimento delle famiglie, del volontariato, dell'associazionismo sociale; <input type="checkbox"/> la presenza di operatori e volontari nelle sedi di aggregazione giovanile; <input type="checkbox"/> la programmazione e valutazione partecipata dell'efficacia dei programmi per la prevenzione e il contrasto delle dipendenze; <input type="checkbox"/> iniziative facilitanti l'occupazione lavorativa; <input type="checkbox"/> iniziative di accoglienza e di accompagnamento di persone con problemi di dipendenza; <input type="checkbox"/> la collaborazione con l'amministrazione penitenziaria per facilitare il reinserimento sociale di persone con problemi di dipendenza.

Per esprimere in maniera concreta l'analisi dei bisogni è necessario ricorrere a indicatori di vario tipo, ossia di espressioni empiriche (concretamente osservabili) di una variabile o di un aspetto di una variabile del modello di riferimento. Gli indicatori sono prevalentemente espressi in forma quantitativa, ma possono anche presentarsi in forma descrittiva quando gli aspetti qualitativi sono prevalenti. Possono anche essere organizzati in serie territoriali e temporali, favorendo così confronti utili a fini analitici e/o decisionali. Per la costruzione di indicatori quantitativi sarà necessario far ricorso all'ampia gamma di metodi e tecniche della statistica.

Il criterio da seguire per la scelta del sistema di indicatori da utilizzare in concreto deve essere quello della strumentalità informativa rispetto alle decisioni da assumere. L'elaborazione di sistemi molto analitici e sofisticati spesso non corrisponde alle reali esigenze informative di chi deve poi effettuare le scelte, i quali finiscono per impiegare criteri decisionali a basso contenuto informativo-statistico. In altri termini, gli indicatori devono essere degli "informatori", cioè "energie" che spingono i soggetti di governo a decidere in un certo modo.

Di seguito vengono riportati a titolo di esempio una serie di indicatori di verifica, distinti tra indicatori di output (prodotto) e di outcome (risultato), riformulati sulla base degli indicatori fissati per i progetti del Fondo lotta alla droga².

Tab.11: Esempi di indicatori di verifica

OBIETTIVO	INDICATORE DI OUTPUT (PRODOTTO)	INDICATORE DI OUTCOME (RISULTATO)
Prevenzione dei comportamenti a rischio (durante il tempo libero, nella scuola, nel mondo del lavoro)	n. soggetti coinvolti/n. popolazione target	livelli di conoscenza e atteggiamento su sostanze e comportamenti a rischio
Interventi di pronta accoglienza	n. contatti n. casi presi in carico	n. casi presi in carico/n. utenti Servizio n. casi presi in carico/n. casi contatti in strada
Presa in carico di persone tossico/alcolodipendenti	n. persone prese in carico n. giornate di assistenza	qualità della vita delle persone prese in carico

² Per un approfondimento si veda la D.G.R. 3 agosto 1999, n. 2896, Gestione della quota assegnata alla Regione Veneto del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari statali 1997-8-9)

Trattamenti terapeutico- riabilitativi	n. casi presi in carico n. giornate di assistenza	grado di compensazione dei casi trattati
Contenimento delle patologie correlate all'uso di droghe	n. casi presi in carico	incidenza delle patologie correlate livello di conoscenza e percezione del rischio livello di abilità preventiva
Reinserimento lavorativo di tossicodipendenti	n. utenti presi in carico n. giornate di assistenza	n. utenti collocati al lavoro tasso di ritenuta sul lavoro a sei mesi
Prevenzione delle ricadute	n. casi presi in carico	incidenza delle ricadute livello di conoscenza e percezione del rischio livello di abilità preventiva

Individuate e classificate le attività elementari da svolgere per raggiungere gli obiettivi specifici, è necessario passare al loro ordinamento logico-temporale: utile al riguardo potrà essere l'utilizzo del diagramma di Gantt, una tecnica che consente di rappresentare la sequenza temporalizzata delle attività e di prevedere il tempo necessario alla loro realizzazione. Di seguito riportiamo un esempio di applicazione del diagramma di Gantt per rappresentare temporalmente il planner delle attività del servizio.

Per concludere questa sezione, riportiamo una scheda che propone una serie di azioni specifiche da prendere in considerazione in sede di programmazione operativa delle attività del servizio, elaborata riformulando le indicazioni contenute nel provvedimento regionale di applicazione delle politiche regionali per una società libera dalle droghe³.

Tab.12: Il Planner delle attività

AREA DI INTERVENTO	ATTIVITÀ	PLANNER											
		gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic

³ D.G.R. 26 ottobre 2001, Applicazione della D.G.R. n. 3701 del 24 novembre 2000, Approvazione del documento per la III Conferenza nazionale sulle tossicodipendenze di Genova (28-30 novembre 2000)



Tab.13: Proposte di Azioni Specifiche in linea con le Politiche Regionali

AREA DI INTERVENTO	AZIONI SPECIFICHE
<p><i>PREVENZIONE PRIMARIA</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Attivazione di programmi specifici per allievi delle Scuole elementari e medie inferiori mediante linee guida e specifici materiali per gli insegnanti. <input type="checkbox"/> Potenziamento dei CIC con forte riorientamento sulla prevenzione delle tossicodipendenze. <input type="checkbox"/> Campagna informativa per giovani e studenti. <input type="checkbox"/> Coinvolgimento delle associazioni sportive "di base", le palestre e gli opinion leader, con campagne informative specifiche e corsi di formazione per allenatori e preparatori atletici sui danni da sostanze dopanti. <input type="checkbox"/> Predisposizione e diffusione di materiali specifici per le parrocchie da coinvolgere tramite le curie vescovili. <input type="checkbox"/> Diffusione nelle autoscuole del programma (già disponibile) per prevenire la guida in stato di ebbrezza. <input type="checkbox"/> Predisposizione e diffusione di materiali specifici per le Aziende da coinvolgere tramite le associazioni Industriali e le organizzazioni sindacali. <input type="checkbox"/> Recepimento formale delle politiche regionali (es. dichiarazione etica) con delibere comunali e aziendali. <input type="checkbox"/> Campagna informativa murale e negli ambienti di frequentazione giovanile con la collaborazione delle amministrazioni comunali. <input type="checkbox"/> Predisposizione di specifici programmi informativi da diffondere tra le tifoserie degli stadi. <input type="checkbox"/> Siglare appositi protocolli di intesa locali con i locali di divertimento giovanile (es. discoteche) per migliorare le condizioni di sicurezza e la qualità ambientale e per la diffusione di materiali informativi e spot musicali. <input type="checkbox"/> Coinvolgimento delle farmacie nelle campagne di prevenzione con distribuzione di materiali informativi. <input type="checkbox"/> Coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nelle campagne di prevenzione con distribuzione di materiali informativi. <input type="checkbox"/> Attivazione di programmi per l'identificazione precoce degli individui vulnerabili all'addiction.
<p><i>CURA E PREVENZIONE SECONDARIA</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Incentivare l'attivazione di Centri di pronta Accoglienza. <input type="checkbox"/> Attivare l'utilizzo di Unità Mobili per il contatto precoce sul territorio dei tossicodipendenti non ancora in cura. <input type="checkbox"/> Individuare interventi specifici per la prevenzione delle ricadute. <input type="checkbox"/> Mettere a punto linee guida per la standardizzazione dei principali processi assistenziali al fine di rendere equanime ed omogenee le offerte terapeutiche. <input type="checkbox"/> attivare specifici training per l'acquisizione di abilità preventive per la prevenzione delle infezioni e il primo soccorso dell'overdose. <input type="checkbox"/> Consolidare la rete alcologia locale con un maggior coinvolgimento delle associazioni del volontariato.
<p><i>RIABILITAZIONE E REINSERIMENTO SOCIO-LAVORATIVO</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Incentivare programmi che prevedano un reinserimento socio-lavorativo concreto e reale mediante specifici programmi di formazione lavorativa. <input type="checkbox"/> Incentivare l'attivazione di attività formative di Telelavoro. <input type="checkbox"/> Attivare progetti per la realizzazione di cooperative sociali autofinanziate per il reinserimento lavorativo degli ex-tossicodipendenti.

<p><i>FORMAZIONE</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rinforzare la professionalizzazione degli operatori delle dipendenze mediante la partecipazione al Piano di Formazione Regionale (PFT). <input type="checkbox"/> Attivare momenti di formazione per il volontariato e il supporto delle nuove iniziative. <input type="checkbox"/> Implementare le attività congressuali e i convegni con partecipazione allargata.
<p><i>ORGANIZZAZIONE</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Potenziamento dei Dipartimenti per le dipendenze enfatizzando la “pari dignità” tra privato sociale accreditato e pubblico. <input type="checkbox"/> Attivazione di specifiche Unità Operative autonome per l'assistenza ai tossicodipendenti interne alle carceri. <input type="checkbox"/> Partecipazione al nuovo sistema di accreditamento e di qualità per i Ser.T e le Comunità terapeutiche. <input type="checkbox"/> Attivazione di un sistema permanente per la registrazione e valutazione delle prestazioni erogate (sia in ambito preventivo che assistenziale) mediante piattaforma MFP e comparazione con Delta System (Dronet).
<p><i>INNOVAZIONE</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Collegamento alla rete unificata per le dipendenze. <input type="checkbox"/> Mantenimento ed aggiornamento del Sito web regionale (Dronet). <input type="checkbox"/> Adozione della piattaforma multifunzionale regionale (MFP). <input type="checkbox"/> Adesione al progetto regionale per la stima della prevalenza e dell'incidenza (bisogni) di assuntori delle diverse sostanze.

IL PROGRAMMA DEL SERVIZIO

Una volta completato il processo di programmazione delle attività del servizio, che avrà coinvolto tutti gli operatori per un periodo di alcune settimane, sarà necessario tradurlo in un documento unitario di lavoro, che fornirà una guida fondamentale per gli operatori nella programmazione delle loro attività specifiche, nonché una presentazione dettagliata del servizio verso i diversi interlocutori esterni. A tal fine, si propone uno schema che può guidarci nella stesura del Programma del servizio.

La programmazione delle attività del servizio richiede la predisposizione e la divulgazione di documenti scritti di vario tipo. Si ritiene pertanto opportuno concludere questa sezione con qualche suggerimento utile per scrivere report e relazioni.



Tab. 14: Schema per la Stesura del Programma di Servizio

SCHEMA PER LA STESURA DEL PROGRAMMA DI SERVIZIO
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Il Piano strategico: <ul style="list-style-type: none"> – La Vision; – La Mission; – Il Sistema dei Valori e i Principi etici; – Gli Obiettivi Strategici; – Le Strategie; – Gli Obiettivi specifici e gli Indicatori di Verifica. <input type="checkbox"/> Analisi del contesto: <ul style="list-style-type: none"> – L'evoluzione locale del fenomeno; – I bisogni emergenti; – Analisi socio-demografica degli utenti del servizio; – La normativa di riferimento. <input type="checkbox"/> Le funzioni e i compiti specifici del servizio, articolati per settori omogenei: <ul style="list-style-type: none"> – Prevenzione (primaria e secondaria); – Trattamento (cura e riabilitazione; residenziale, diurno e ambulatoriale); – Reinserimento socio-lavorativo; – Ricerca e sperimentazione; – Formazione e aggiornamento; – Promozione e marketing sociale. <input type="checkbox"/> L'organizzazione del Servizio per unità operative e competenze relative (organigramma). <input type="checkbox"/> La modalità organizzativa individuata, specificando le componenti del sistema organizzativo, nonché i processi e gli strumenti operativi adottati. <input type="checkbox"/> Le collaborazioni con altri servizi interni ed esterni all'organizzazione, in atto e/o necessarie per l'espletamento delle funzioni del servizio, distinte per livello intra-aziendale, locale, provinciale, regionale, ecc. <input type="checkbox"/> Analisi delle attività e dei progetti in corso, specificando: <ul style="list-style-type: none"> – ambito di intervento; – obiettivi specifici; – attività previste; – destinatari; – data di avvio (previsto ed effettivo); – durata; – provvedimenti e impegni di spesa; – costo totale e speso ad oggi; – stato di avanzamento. <input type="checkbox"/> Le risorse del servizio, distinguendo tra: <ul style="list-style-type: none"> – personale; – locali; – materiali e attrezzature. <input type="checkbox"/> Analisi del budget del servizio, in termini economici e di risorse umane e strumentali a disposizione, distinto per fattori produttivi (personale, beni, servizi, ecc.) e per ambito di intervento (prevenzione, diagnosi e cura, inserimento in comunità terapeutica, ecc.), confrontando il consuntivo precedente, il preventivo dell'anno in corso e l'ultimo aggiornamento, specificandone la data. <input type="checkbox"/> Il Planner delle attività del servizio per l'anno in corso e relativo stato di avanzamento.

Tab. 15: Suggerimenti utili per scrivere report e relazioni

SUGGERIMENTI UTILI
<ul style="list-style-type: none"> - Scrivere aiuta a chiarire le proprie idee: non sappiamo veramente cosa pensiamo finché non lo mettiamo "nero su bianco". - Scrivere regolarmente aiuta a migliorare, e anche a velocizzare, le proprie abilità di scrittura: come in tanti altri casi, l'esercizio aiuta a migliorare le prestazioni. - Le scadenze possono essere utili: possono darci l'energia e la concentrazione necessarie per scrivere. Tuttavia, pianifichiamo per tempo il lavoro: fissiamo un programma di lavoro, tenendo conto sia degli imprevisti che del tempo necessario per rivedere il rapporto. Il risultato sarà migliore se viene finito per tempo, lo si lascia da parte per qualche giorno e, quindi, lo si rivede per la versione finale. - Limitiamo la lunghezza del report: migliora lo stile, elimina le ripetizioni e aumenta l'enfasi e l'impatto del nostro lavoro. - Facciamo revisionare il nostro lavoro da qualche collega esperto: ricordiamo il contributo fondamentale che può derivare dalle osservazioni critiche. - Utilizziamo citazioni per dare autorevolezza alle nostre argomentazioni, ma soltanto se disponibili, chiaramente attinenti ed esemplificative del tema trattato. Evitiamo invece le citazioni troppo lunghe e articolate, in quanto possono interrompere e confondere il flusso del nostro discorso. - Inseriamo qualche nota di colore o umoristica: aiuterà rendere il nostro lavoro più piacevole da leggere. - Lasciamo la prima stesura da parte per qualche giorno: la soluzione di molti problemi diventa spesso ovvia se li si mette temporaneamente tra parentesi. - Alcune fasi dello scrivere possono essere inefficaci e confusionarie: accettare l'imperfezione della prima stesura è talvolta una libertà fondamentale per ottenere un buon risultato. - Scrivere conta: riflette la nostra personalità e il nostro stile, evidenzia il nostro standard professionale e conta come qualsiasi altro risultato professionale.

BIBLIOGRAFIA

- Kahn A.J. (1974), *Teoria e pratica della pianificazione sociale*, Padova, Fondazione Zancan
- Accordo Stato-Regione 21 gennaio 1999 – Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti
- Accordo Stato-Regioni 5 agosto 1999 – Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso
- Ackoff Russell L. (1993), *La programmazione aziendale: principi, metodi, tecniche, obiettivi*, Milano, FrancoAngeli
- Cascioli S. (2000), *La gestione manageriale della sanità. Gli strumenti a supporto del processo di programmazione, organizzazione, realizzazione e controllo*, Milano, FrancoAngeli
- D.P.C.M. 10 settembre 1999 - Atto di indirizzo e coordinamento recante criteri generali per la valutazione e il finanziamento di progetti, ai sensi dell'art. 27 del D.P.R. 309/90, come sostituito dall'art. 1, c. 2 della L. 45/99
- Fox W.M. (1981), *Manuale del dirigente. Sistemi, metodi e tecniche di programmazione, organizzazione e controllo aziendale*, Milano, FrancoAngeli
- Kahn A.J. (1974), *Teoria e pratica della pianificazione sociale*, Padova, Fondazione Zancan
- Keenan K. (1997), *Pianificare*, Legnano (MI), Edicart
- Keenan K. (1997), *Pianificare*, Legnano (MI), Edicart
- Legge 30 marzo 2001, n. 125 – Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati
- Uris A. (1995), *101 tra le più grandi idee di management*, Milano, FrancoAngeli
- Uris A. (1995), *101 tra le più grandi idee di management*, Milano, FrancoAngeli
- Venanzoni G. (1989), *La programmazione dei servizi sanitari*, Milano, FrancoAngeli
- Zanetti M. e coll. (1996), *Il medico e il management*, Genova
- Zanetti M. e coll. (1996), *Il medico e il management*, Genova
- I provvedimenti regionali più significativi:**
- D.G.R. 28 gennaio 1997, n. 246, Criteri e modalità per l'iscrizione delle comunità Terapeutiche per tossicodipendenti all'Albo di cui all'art. 8 della L.R. 3.02.1996 n. 5
- D.G.R. 27 ottobre 1998, n. 3877, Dichiarazione etica della Regione Veneto contro l'uso non terapeutico di sostanze



stupefacenti e psicoattive: principi, obiettivi strategici ed indicazioni di programmazione.

D.G.R. 22 giugno 1999, n. 2217, Dipartimento per le Dipendenze: indicazioni e linee tecniche per l'istituzione

D.G.R. 3 agosto 1999, n. 2896, Gestione della quota assegnata alla Regione Veneto del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari statali 1997-8-9)

D.G.R. 11 aprile 2000, n. 1588, Linee guida per la prevenzione e il trattamento dell'overdose da eroina e degli effetti acuti dell'ecstasy

D.G.R. 24 novembre 2000, n. 3701, Approvazione del documento per la III Conferenza nazionale sulle tossicodipendenze di Genova (28-30 novembre 2000)

D.G.R. 26 ottobre 2001, Applicazione della D.G.R. n. 3701 del 24 novembre 2000

Provvedimenti regionali in preparazione:

Modello di gestione del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari statali 2000-2002)

Revisione della L.R. 42/82 all'interno del Testo Organico per le politiche sociali

Sezione tossicodipendenze all'interno del Piano sociale regionale

Sistema di accreditamento dei servizi (pubblici e privati) per le dipendenze

