



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga

**IV Conferenza Nazionale sui problemi
connessi alla diffusione delle
sostanze stupefacenti e psicotrope**

“Insieme, per costruire”

Palermo, 5-6-7 Dicembre 2005

PRESENTAZIONE

Nel corso dell'anno che volge ormai al termine, il Dipartimento nazionale per le politiche antidroga si è adoperato con convinzione per celebrare la IV Conferenza Nazionale sulle tossicodipendenze, inteso non solo come un mero adempimento legislativo ma come momento indispensabile di dibattito e confronto di tutti gli attori che intervengono nelle politiche antidroga.

Nonostante le oggettive difficoltà che si sono via via succedute, siamo particolarmente soddisfatti dei lavori preparatori svolti con i Gruppi di lavoro della Consulta nazionale degli esperti, del Comitato scientifico nazionale, gruppi aperti ad ogni contributo, che hanno dibattuto per mesi sui temi indicati dalla Consulta stessa, ed il cui preziosissimo lavoro si sostanzia in questa pubblicazione nella sua forma sintetica, e nell'allegato cd rom nella sua forma completa anche di tutti i riferimenti bibliografici, delle pubblicazioni scientifiche e di tutto il materiale documentale preso in considerazione nel corso dei lavori.

Questo documento va considerato come un documento "aperto" e non definitivo, ma fin da subito, disponibile a suscitare il dibattito ed essere arricchito dalla discussione che si svolgerà nel corso della Conferenza nazionale di Palermo.

Ciò perché riteniamo che sia indispensabile fare in modo che ai professionisti ed agli operatori dell'intervento sulle tossicodipendenze e sui fenomeni di abuso venga data la possibilità di essere elementi fondamentali per le scelte di programmazione sia a livello locale che nazionale nel rispetto del principio costituzionale di sussidiarietà.

Il sistema di offerta dei servizi italiani, pur con tutti i suoi limiti e nodi critici, rappresenta un qualcosa che non trova eguali in altri paesi: per la sua capillarità, per la molteplicità di professionalità che vi si trovano espresse, per la qualità e l'umanità con la quale viene spesso declinata, per le motivazioni forti che permettono ai professionisti ed agli operatori tutti di proseguire la loro opera pur tra tante oggettive difficoltà.

Se, come siamo certi, la Conferenza nazionale sarà piena di contenuti, di posizioni dialetticamente confrontantisi ma che mirino ad una sintesi praticabile e non compromissoria, allora riteniamo che avrà assolto al proprio compito che è quello di indicare problemi e nodi da sciogliere, ma anche possibili soluzioni a chi, istituzionalmente ed ai vari livelli, è deputato ad amministrare, coordinare e legiferare.

Insieme per costruire, dunque, il Modello Italia che possa un domani essere punto di riferimento anche nella nuova Europa.

Andrea Fantoma, Raffaele Lombardo, Mauro Papi, Luciana Saccone

INDICE

PARTE I

ADEGUAMENTO DEI SERVIZI ALLE NUOVE MODALITA' DI CONSUMO

1. **LO SCENARIO ATTUALE** pag. 9
- 1.1 Contro la cultura della “normalizzazione” dell’uso delle droghe
 - 1.2 Il modello “duale” dei servizi del pubblico e del privato sociale accreditato
 - 1.3 La Rete di offerta nazionale: servizi e organici
 - 1.3.1 I Servizi pubblici
 - 1.3.2 Il privato sociale accreditato
 - 1.4 Il sistema dei finanziamenti
 - 1.5 Le tendenze al consumo e all’abuso, la rete del marketing, la lotta al narcotraffico
2. **ASSETTI ORGANIZZATIVI ED ADEGUAMENTO DELLE RISPOSTE AI CAMBIAMENTI** pag. 15
- 2.1 Il Dipartimento delle Dipendenze
 - 2.1.1 Premesse
 - 2.1.2 Introduzione tecnica e indicazioni generali di metodo
 - 2.1.3 Aspetti particolari dei Dipartimenti territoriali
 - 2.1.4 Fabbisogni organizzativi generali e possibili risposte del Dipartimento
 - 2.1.5 Definizione di Dipartimento e specifiche
 - 2.1.6 La progettazione dei Dipartimenti: elementi che condizionano le scelte dipartimentali nelle ASL
 - 2.1.7 Il funzionamento del Dipartimento: architettura strutturale, meccanismi operativi e cultura organizzativa
 - 2.1.8 Obiettivi generali del Dipartimento per le Dipendenze
 - 2.1.9 Organi principali del Dipartimento
 - 2.1.10 L’impianto organizzativo del Dipartimento per le Dipendenze
 - 2.1.11 Collaborazioni con altri Dipartimenti
 - 2.1.12 Le comunità terapeutiche
 - 2.1.13 I Medici di Medicina Generale
 - 2.1.14 Rapporti tra Distretto e Dipartimento
 - 2.1.15 Conclusioni tecniche
 - 2.1.16 Conclusioni
 - 2.2 Criteri per la definizione e la valutazione della qualità degli interventi terapeutici e delle pratiche assistenziali nel campo delle dipendenze: una proposta per l’identificazione di criteri condivisi
 - 2.3 Gestione della cronicità e cronicizzazione
 - 2.4 Le politiche attive del lavoro: le possibili strategie per favorire i processi di inserimento lavorativo
 - 2.4.1 Premessa
 - 2.4.2 Una organizzazione di rete intersistemica
3. **LA VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA' NEGLI INTERVENTI SULLE DIPENDENZE: UNA PROPOSTA PER UN MODELLO CONDIVISO** pag. 41
- 3.1 Premessa
 - 3.2 La logica della valutazione: bisogni informativi, oggetti di valutazione, macroindicatori, modalità e strumenti di misurazione e standard di riferimento
 - 3.2.1 Bisogni informativi
 - 3.2.2 Oggetti di valutazione
 - 3.2.3 Modalità e strumenti di misurazione
 - 3.2.4 Sistema degli indicatori e standard di riferimento
 - 3.2.5 Altre specifiche
 - 3.3 Conclusioni

4.	SCHEDE DI SINTESI SULLE AREE PROBLEMATICHE E POSSIBILI SOLUZIONI ATTESE	pag. 49
5.	RACCOMANDAZIONI	pag. 57
6.	BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	pag. 62
6.1	Bibliografia	
6.2	Riferimenti normativi che disciplinano a livello nazionale, europeo e internazionale gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze:	

PARTE II

CARCERE E DROGA	pag. 75
------------------------	----------------

PARTE III

DOPPIA DIAGNOSI	pag. 81
------------------------	----------------

1. Introduzione
2. Storia, Definizione, Epidemiologia
3. Fattori di rischio ed evoluzione
4. Assessment del paziente in “doppia diagnosi”
5. Evoluzione e integrazione dei servizi
6. Formazione di base e formazione permanente dei professionisti dei Servizi
7. Valutazione dell'efficacia

IV PARTE

PREVENZIONE, COMUNICAZIONE SOCIALE E FORMAZIONE	pag. 89
--------------------------------------------------------	----------------

1. Prevenire gli abusi e le dipendenze patologiche
 - 1.1 Premessa
 - 1.2 I dati epidemiologici sul rischio di droghe ed alcool tra gli adolescenti
 - 1.2.1 L'indagine ESPAD
 - 1.2.2 Tolleranza e percezione del rischio in rapporto alle varie droghe (2000-2004)
 - 1.2.3 L'iniziazione alle droghe. La Cannabis come droga di ingresso ?
 - 1.2.4 L'esperienza del consumo almeno una volta nella vita (2000-2004)
 - 1.2.5 L'età della prima assunzione.e la relazione tra il consumo di sostanze d'abuso legali ed illegali (2000-2004)
 - 1.2.6 Uso di droghe e scolarizzazione (2004)
 - 1.2.7 Il rischio tra gli studenti scolarizzati e non scolarizzati
 - 1.2.8 Famiglia e droghe
 - 1.2.9 Consumo di sostanze tra i militari
 - 1.3 I dati epidemiologici relativi agli adolescenti ed ai giovani adulti già dipendenti da sostanze d'abuso. La domanda di trattamento 2004
 - 1.4 Adolescenti, droghe e giustizia
 - 1.4.1 Adolescenti e servizi della giustizia minorile 2000-2004
 - 1.4.2 Segnalazioni ex art. 75 Dpr 309/ 90 (2000-2004)
 - 1.5 Fattori di rischio e di protezione dalle droghe .Studi internazionali
 - 1.6 Le differenze tra maschi e femmine
 - 1.7 Ciò che possono fare i genitori per proteggere gli adolescenti dal rischio di alcool e droghe
 - 1.8 Il contributo degli educatori e della comunità alla costruzione di fattori protettivi
 - 1.9 Le priorità dell'azione
 - 1.10 Un metodo per la prevenzione degli abusi e delle dipendenze
 - 1.11 La formazione come sostegno della prevenzione
 - 1.12 Prevenzione e comunicazione sociale

PREMESSA

Questo documento della IV Conferenza Nazionale sui problemi connessi alla diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope è da considerare un documento “aperto” e non definitivo ma, fin da subito, disponibile a tutte le discussioni che sarà in grado di stimolare per arrivare ad una versione condivisa e conclusiva dopo essere stata discussa in Conferenza da tutti gli operatori e le organizzazioni interessate.

Le indicazioni qui contenute, quindi, vogliono essere una base strutturata per la discussione all'interno della Conferenza Nazionale, al fine di arrivare ad un ulteriore modello di riferimento dopo le riflessioni con i vari attori che hanno diversificate necessità: *gli operatori dei Dipartimenti (sia appartenenti alle strutture pubbliche che del privato sociale accreditato), le direzioni delle ASL, gli uffici di programmazione regionale, le amministrazioni centrali, ecc..*

Il documento non ha quindi pretese di essere esaustivo, ma si rivolge agli operatori del settore in modo da focalizzare alcuni dei molteplici aspetti dei temi proposti, su cui basare la discussione, in modo da arrivare ad un secondo documento di sintesi, arricchito però dai vari contributi che saranno raccolti all'interno della Conferenza Nazionale durante il dibattito tecnico e scientifico.

ADEGUAMENTO DEI SERVIZI ALLE NUOVE MODALITA' DI CONSUMO

1. LO SCENARIO ATTUALE

1.1. Contro la cultura della "normalizzazione" dell'uso delle droghe

Uno dei mutamenti significativi che oggi è possibile registrare è rappresentato dalla progressiva tendenza ad utilizzare sostanze psicoattive legali ed illegali sempre più in una luce di "normalizzazione" ed omologazione culturale.

Le tendenze al consumo compulsivo e l'affermarsi di culture della performance e dell'*entertainment* ad ogni costo costituiscono un substrato assai fertile per la riduzione delle soglie di allarme e di vigilanza nei confronti dell'uso di sostanze.

I dati epidemiologici, le esperienze cliniche e le conoscenze sul fenomeno dell'uso e dell'abuso di sostanze (ma anche le nuove *addiction* di cui da tempo si parla) dipingono uno scenario di "normalizzazione", intesa come il farsi strada di una mentalità generalizzata secondo cui diviene ineluttabile *convivere* con il fenomeno, considerandolo sempre più inevitabile in determinate fasce di età e di popolazione e sottovalutando, in tal modo, sia il peso degli interessi del mercato della droga che lucra sulla diffusione dei consumi sia gli effetti che i comportamenti di uso e abuso determinano sulla salute individuale. Inoltre, questa tendenza alla *normalizzazione* rappresenta una pesante ipoteca sui già esigui investimenti (in termini di sostegno alla ricerca, impegno istituzionale e risorse finanziarie) nel settore, rischiando di relegare il lavoro sulle dipendenze a semplice *processo riparativo*.

La percezione e la rappresentazione sociale delle dipendenze, unite all'erosione progressiva dell'impegno politico e culturale che rischia di relegare il dibattito sulla questione delle droghe a semplice contrapposizione di schieramenti, prefigura uno scenario di "anesteszizzazione" assai pericoloso per gli esiti che potrà portare.

In altre parti di questo documento si tracciano le caratteristiche estremamente sofisticate con cui la rete di vendita delle droghe (ma anche l'interesse commerciale in altre forme di *addiction*) sta sviluppando le sue strategie.

Qui può bastare ricordare quanto l'offerta di droga, un tempo di *nicchia*, si sia fatta sempre più ampia e variegata delineando una situazione di mercato illegale del tipo *supermarket* delle droghe, in cui ciascuno può trovare le più diverse varietà di sostanze, lecite ed illecite in relazione alle proprie esigenze e al contesto in cui dovrà avvenire l'assunzione.

Queste modificazioni riflettono lo sviluppo di strategie sofisticate di marketing, che utilizzano ampiamente quei *patterns* sociali e culturali citati in apertura.

Le droghe sembrano sempre più appetibili ad individui adulti, ben inseriti in attività lavorative/produktive. Grande enfasi è posta sul presunto "potere" di certe sostanze di aumentare i livelli di *performance* (nel lavoro, nello studio, nello sport, nelle attività sessuali).

Sensibile a tali mutamenti culturali, il mercato, più che da droghe che inducono lo "sballo", l'intorpidimento intellettuale, il ritiro da una partecipazione attiva alla realtà, è adesso dominato da sostanze stimolanti/eccitanti dotate di caratteristiche farmacologiche tali da produrre effetti percepiti dai consumatori come "elementi di sostegno" dell'io che consentano loro di aver l'illusione di rispondere adeguatamente alle richieste dell'efficientismo, di migliorare le proprie prestazioni fisiche/intellettuali e di vivere soggettivamente – anche attraverso la realizzazione di un'espansione del proprio Sé – la sensazione di poter modulare il mondo secondo le proprie esigenze.

Pur nella complessità di questo tema, per le grandi implicazioni etiche, politiche e professionali che possiede, si intende qui proporre alla riflessione della Conferenza la necessità di investire nuove risorse e nuove energie nel tema delle dipendenze e riaffermare la centralità della salute e del diritto di ogni individuo alla piena realizzazione delle sue potenzialità: un diritto che una società civile deve garantire e promuovere.

1.2. Il modello "duale" dei servizi del pubblico e del privato sociale accreditato

Il quadro normativo attraverso il quale nel nostro Paese si è definito un sistema di servizi per le tossicodipendenze (L. 685/75, DPR 309/90) ha contribuito a stratificare una cultura dell'organizzazione e dei tratta-

menti sanitari e psico-sociali realizzati dai servizi pubblici e del privato sociale, in un modello “duale” (Ser.T./Comunità terapeutica), per una tipologia elettiva di consumatori: gli eroinomani. Nel corso degli anni vi sono stati cambiamenti nel sistema dei servizi che non hanno mai assunto la forma degli interventi strutturali (tranne forse in qualche Regione), ma più che altro risposte alle emergenze determinate dall'evolversi della problematica dell'uso e abuso di sostanze psicoattive lecite ed illecite.

I centri diurni, le unità di strada, i servizi di consulenza, i centri di ascolto sono stati spesso l'esito di una politica del settore sorta per rispondere alle emergenze e alle patologie determinate del consumo di eroina. Pur essendo quello italiano un sistema di servizi unico in Europa, nell'ultimo decennio - accanto ad una drastica caduta di attenzione e “tensione” dei cittadini e delle Istituzioni sul diffondersi del fenomeno droghe (a cui hanno probabilmente contribuito gli operatori del settore con un atteggiamento troppo “disincantato”) – si sono affermate forme nuove di dipendenza da sostanze d'abuso legali ed illegali, rispetto alle quali il modello “duale” non è sufficiente a rispondere adeguatamente in maniera articolata e specialistica.

Ci troviamo di fronte, pertanto, ad una duplice questione:

Lo sviluppo esponenziale della problematica del consumo delle sostanze d'abuso legali ed illegali, trascina, accanto ad un immutato per quanto variegato attecchimento del fenomeno tra i giovani, un invecchiamento della popolazione tossicodipendente da eroina, con un conseguente acutizzarsi delle problematiche sanitarie e sociali che accompagnano il ciclo di vita di questi cittadini, in cui, purtroppo, non è raro trovare condizioni di cronicità. Questi tossicodipendenti sono diventati, nel corso degli anni, poliassuntori e l'eroina è sempre più solo una delle sostanze d'abuso utilizzate. Tra i cittadini che si rivolgono ai servizi pubblici e del privato sociale sono prevalenti quelli che abusano nello stesso tempo di eroina, alcol, psicofarmaci, cocaina, cannabis.

La trasformazione del mercato delle sostanze d'abuso lecite ed illecite, con l'affermarsi di un marketing rivolto sempre più verso droghe da prestazione (in grado di rendere “competitiva” la persona agli stimoli della società dei consumi), determina l'affermarsi di nuovi consumatori che attualmente si rivolgono solo in minima parte ai servizi attualmente esistenti, perché non si percepiscono come tossicodipendenti, ed identificano Ser.T. e Comunità terapeutiche come strutture solo per gli eroinomani.

A fronte di questa crescente complessità del fenomeno delle dipendenze, c'è bisogno di un articolato e diversificato sistema di servizi socio-sanitari che, nell'ottica della reciprocità e complementarietà, sia in grado di offrire risposte complessive con la presa in carico dei bisogni e dei problemi che “vecchi” e “nuovi” consumatori presentano. Si può ritenere dannosa, oltre che superata dall'evolversi complesso del fenomeno, una politica socio-sanitaria che rischia di operare per compartimenti stagno. Gli interventi che offrono allo stato i servizi sono – in prevalenza – tra loro scollegati e non consentono di affrontare globalmente la complessità del fenomeno ed il cambiamento di “pelle” che caratterizza i nuovi consumi. E' da perseguire una risposta del sistema dei servizi in grado di rispondere alla differente intensità e diversità dei bisogni che la persona presenta nel suo ciclo di vita da dipendente da sostanze d'abuso.

Nell'accordo Stato-Regioni per la “Riorganizzazione del sistema d'assistenza ai tossicodipendenti”, approvato con provvedimento del 21 gennaio 1999, nella parte dei principi ispiratori viene evidenziato che: *“Al centro dell'interesse dei servizi deve esserci la “persona”, quale soggetto portatore di un bisogno, indipendentemente da un'effettiva richiesta di “intervento terapeutico” – ancor meno della possibilità di effettuare un trattamento “drug free” – e della possibilità a recarsi presso la sede del servizio. L'obiettivo è quello di tutelare la salute del soggetto – globalmente intesa – un compito che comprende una lista di possibili obiettivi specifici, da quello più ambizioso e non sempre immediatamente conseguibile – di una completa riabilitazione a quello più limitato, ma non per questo da trascurare, dell'induzione di uno “stile di vita” meno rischioso.*

L'ottica con cui questo provvedimento ha indicato i contenuti e le modalità organizzative di riforma dei servizi d'assistenza per le persone che usano e abusano di tutte le sostanze psicoattive, legali e illegali, è la presa in carico della persona, con il suo fardello di problematiche sociali e sanitarie. Ciò che ne consegue è l'esigenza di una nuova organizzazione dei servizi che privilegi l'integrazione socio-sanitaria tra soggetti pubblici (Ser.T., Comuni, Prefetture, scuole di ogni ordine e grado) e il privato sociale accreditato, nell'ambito del Dipartimento delle dipendenze. *“Dovendo fronteggiare fenomeni complessi a eziologia multifattoriale, la soluzione del Dipartimento che mette a sistema servizi medici, psicologici, sociali ed educativi, è la soluzione di gran lunga migliore”.* Bisogna pensare il Dipartimento in una forma aperta, i cui confini programmatici e di indirizzo non possono essere racchiusi nella sola Azienda sanitaria.

Il modello dipartimentale sembra essere ancora oggi in grado di competere con l'evolversi e il mutarsi dei consumi, perché organizzativamente più articolato, dinamico, plastico nel definire le diverse opportunità di servizio da offrire a tutti i cittadini coinvolti in una dipendenza, che spesso sono *estranei* al circuito dei servizi attuali.

Sono in realtà poche le Regioni che hanno inteso recepire gli atti d'intesa del 1999 sulla riforma del siste-

ma e sull'accreditamento, questo ha contribuito non poco ad "invecchiare" i servizi attualmente esistenti.

La riforma del titolo V° della Costituzione ha introdotto alcune criticità nel rapporto Stato-Regioni che rischiano di rappresentare un elemento di rallentamento dei processi di *ri-adequamento* del sistema dei servizi all'evolversi delle dipendenze. Non si può prescindere da una cooperazione e concertazione tra Stato-Regioni che assicuri una ripresa d'interesse per le politiche di contrasto e di cura dalle dipendenze da sostanze d'abuso. Non è rinviabile, ad esempio, un lavoro più organico in conferenza Stato-Regioni che faciliti da un lato il pieno recepimento a distanza di sei anni dei provvedimenti del 1999 in tutte le Regioni, dall'altro una rimodulazione più articolata ed approfondita dei Livelli Essenziali di Assistenza per le dipendenze, che siano applicabili in ogni Regione.

La scelta compiuta dallo Stato centrale d'istituire il Dipartimento nazionale per le politiche antidroga, inteso come struttura di coordinamento, potrebbe essere trasferita come modello anche nelle Regioni, in cui attualmente le politiche di programmazione sulle dipendenze fanno riferimento agli assessorati alla sanità e/o ai servizi sociali. Si potrebbe creare una struttura organizzativa di coordinamento a cui affidare compiti di programmazione, controllo e valutazione dei risultati conseguiti dai dipartimenti delle Aziende sanitarie, che, quindi, darebbe maggiore certezza delle scelte e degli investimenti che i decisori politici andrebbero a realizzare in questo settore. Bisogna, altresì, sottolineare che questa opportunità andrebbe a definire un quadro omogeneo su tutto il territorio nazionale: a livello centrale, nelle Regioni, nelle ASL, con indubbi vantaggi negli indirizzi, nella programmazione, negli investimenti per la realizzazione di un rinnovato sistema di servizi socio-sanitari.

Tale opzione sarebbe una scelta politica importante: nel momento in cui il fenomeno subisce trasformazioni così complesse, segnalerebbe un rinnovato interesse ad intervenire nella lotta alla droga e non considerare *residuali* gli interventi pubblici in questa materia.

Per i motivi sopra esposti risulta non più rinviabile un confronto ed un lavoro serrato tra Stato e Regioni, che prescindendo dal quadro politico delle compagini di governo, possa realizzare accordi che definiscano in maniera univoca interventi nel settore delle dipendenze coerenti ed omogenei su tutto il territorio nazionale.

1.3. La rete di offerta nazionale: servizi e organici

1.3.1. I Servizi pubblici

Al 31 dicembre 2004 sono risultati attivi 542 servizi pubblici per le tossicodipendenze e risultano presi in carico dai 507 Sert rilevati 162.230 soggetti tossicodipendenti. Le informazioni relative al personale sono state rilevate sul 91,9% dei Servizi, dimostrano che il personale complessivamente assegnato è pari a 7.003 unità: il 73,6% svolge il proprio servizio esclusivamente in tale settore; il 15,2% presta attività anche in altri settori; l'11,2% ha, infine, un rapporto a convenzione con il Servizio.

Nel tempo, in termini assoluti, l'ammontare del personale totale addetto al settore aumenta fino al 1997, si stabilizza successivamente intorno alle 6.700 unità, per raggiungere le attuali 7.000 unità. Si evidenzia un non completamento degli organici ed un turn-over degli operatori che penalizzano l'attività dei servizi.

Per quanto riguarda la composizione dell'organico complessivo dei Sert nell'anno 2004 secondo la qualifica si rileva che il 48,5% del personale totale è rappresentato da operatori socio-sanitari (infermieri, assistenti sanitari, assistenti sociali, educatori), i medici costituiscono il 23,3% del totale e gli psicologi il 17,2%; il restante 11% include personale amministrativo o di altra qualifica.

1.3.2. Il privato sociale accreditato

Secondo quanto rilevato dal Ministero dell'Interno dai dati trasmessi dalle 1.230 strutture socio-riabilitative (788 strutture residenziali, 224 semi-residenziali e 218 ambulatoriali), i soggetti in trattamento risultano distribuiti per il 67% nelle strutture residenziali, per l'11% nelle semi-residenziali e per l'22% presso le ambulatoriali.

Sono 17.143 i soggetti che sono stati inviati nel 2004 presso le strutture socio-riabilitative del privato sociale (residenziali, semi-residenziali o di prima accoglienza) per un intervento terapeutico e di reinserimento sociale. Rispetto al quadriennio precedente, la quota di soggetti trattati presso strutture socio-riabilitative tende a diminuire, passando dal 13% circa del 2001 al 12% registrato negli anni successivi, per attestarsi all'attuale 10% circa.

Dal 2001 si assiste ad un progressivo incremento della quota di soggetti presenti nelle strutture residenziali a scapito, prevalentemente, di quelli in trattamento presso le strutture ambulatoriali del privato sociale; nel 2004 tale tendenza sembra ridimensionarsi.

1.4 Il sistema dei finanziamenti

I finanziamenti del sistema dei servizi per le tossicodipendenze in Italia sono articolati in tre differenti livelli:

- a) spesa sanitaria;
- b) spesa sociale;
- c) fondi strutturali comunitari.

Sono tre canali di finanziamento che si riferiscono ad un quadro normativo definitosi nel corso degli anni, che ha reso alcuni servizi di assistenza e cura per le tossicodipendenze – pubblici e privati - come integranti dell'offerta del Servizio Sanitario Nazionale, a cui si aggiungono opportunità di progettazione nell'ambito di fondi distinti per aree d'intervento (prevenzione, ricerca, formazione professionale, inserimento lavorativo).

Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare, le risorse pubbliche investite risentono dell'idea della tossicodipendenza come di un fenomeno a rilevanza sociale.

Le risorse economiche impegnate dallo Stato hanno risentito di questo tipo di concezione della dipendenza da sostanze d'abuso, considerata più un problema sociale generale che una questione inerente anche le cure per una patologia di generale rilevanza più che un problema inerente alla cura (una patologia a rilevanza psico-fisica), con implicazioni nella sfera sociale ed educativa della persona.

Questo ha reso debole (insufficiente) dal punto di vista strutturale la spesa sanitaria per gestire questa patologia, la cui complessità di assistenza, cura e riabilitazione necessita d'interventi specialistici e diversificati nell'arco di un tempo medio-lungo

Negli anni più recenti il quadro legislativo in materia di politiche sociali ha definito livelli di competenza degli Enti locali (da sostenere con finanziamenti appositi) nel settore delle dipendenze da sostanze d'abuso lecite ed illecite, rientranti nell'ambito del sistema dei servizi e degli interventi sociali da realizzare con i Piani di Zona (Legge n. 328/200) o nei distretti socio-sanitari (livello di concertazione locale).

La tossicodipendenza, inoltre, essendo classificata come condizione di svantaggio sociale della persona, rientra negli obiettivi comunitari, oltre che per la strategia europea delle dipendenze, anche in termini di inclusione sociale e lavorativa attraverso la programmazione nazionale (Programma Operativo Nazionale), regionale (Programma Operativo Regionale), ed iniziative comunitarie con azioni specifiche che vanno dalla formazione professionale, all'occupazione, all'imprenditoria.

Per il futuro bisognerà tenere conto della nuova politica comunitaria in riferimento alle iniziative previste per la lotta all'esclusione sociale contenute nell'agenda 2007-2013.

1.5. Le tendenze al consumo e all'abuso, la rete del marketing, la lotta al narcotraffico

Nel corso del 2004 sono stati presi in carico dai 507 Servizi pubblici per le tossicodipendenze rilevati (su 542 attivi) 162.230 soggetti tossicodipendenti. I nuovi utenti rappresentano il 21,1%. Dall'analisi del fenomeno si evidenzia che la tossicodipendenza è una patologia prevalentemente maschile e l'influenza del fattore sesso è variabile geograficamente: il rapporto M/F è generalmente inferiore al dato nazionale nelle regioni del nord-centro, mentre assume valori elevati al sud.

Nel corso del 2004, del totale dei soggetti presi in carico dai Servizi, il 10,7% (pari a 17.418 soggetti) è stato trattato presso strutture riabilitative. Inoltre, i Servizi hanno offerto prestazioni socio-sanitarie, oltre ai soggetti in carico, su tutto il territorio nazionale, a 27.816 persone in carico presso un altro Servizio (pazienti "appoggiati").

L'analisi dell'utenza per classi di età indica che i soggetti presi in carico nel 2004 hanno più frequentemente tra i 25 e i 39 anni di età (62,6%). Nel tempo si osserva un evidente e progressivo invecchiamento dei pazienti afferenti ai Servizi: la percentuale di pazienti di età 20-24 è diminuita e quella relativa alla fascia di età più avanzata (>39 anni) è regolarmente aumentata così da risultare nel 2004 la seconda più elevata. Rispetto all'uso primario di sostanze, il 73,3% degli utenti in carico nel 2004 ha assunto primariamente eroina, mentre l'uso primario di cannabinoidi e di cocaina ha riguardato, rispettivamente, il 10,7% e l'11,2% dei soggetti trattati.

Analizzando il trend della distribuzione percentuale degli utenti per sostanza, si nota una diminuzione del ricorso all'eroina e un aumento, a partire dal 1995, del consumo di cocaina.

Sono inoltre presenti differenze territoriali per quanto attiene alla sostanza d'abuso primaria. Per quanto riguarda l'uso secondario, nel 2004 le sostanze più frequentemente assunte dai soggetti in carico ai Servizi sono state i cannabinoidi, la cocaina, l'alcol, le benzodiazepine e l'ecstasy.

Nel periodo osservato si nota una riduzione nell'uso secondario di benzodiazepine, un incremento nel consumo di cocaina, una stabilizzazione dell'uso di alcol (negli ultimi tre anni).

La lettura epidemiologica evidenzia elementi di stabilità e di cambiamento nel consumo, in sintesi:

- Cambiamenti non solo nelle sostanze (da eroina verso cocaina, alcol e stimolanti), ma nei contesti (cul-

turali, lavorativi, di socializzazione);

- E' evidente lo sviluppo di un consumo che interessa soggetti che non si sentono in condizione di dipendenza, a prescindere dalla pericolosità a breve e lungo termine del comportamento additivo;
- Si evidenzia una trasversalità di tipo culturale, per lo stato sociale e la condizione lavorativa nei consumatori di sostanze, così come un abbassamento di età di primo utilizzo;
- L'analisi dei soggetti consumatori in trattamento presso i Ser.T. evidenzia da un parte un invecchiamento dell'utenza con necessità di cura prolungate e dall'altro l'aumento di soggetti giovani con nuove e differenziate esigenze di accoglienza e trattamento;
- La poliassunzione appare la modalità di consumo più utilizzata;
- Permane una quota maggioritaria (complessivamente tra gli utenti) e consistente nei nuovi utenti, di persone in cura per problemi per uso di eroina. L'eroina rappresenta la sostanza primaria di abuso nel 75% dei soggetti in trattamento e la cocaina il 12% (il 29,5% come sostanza secondaria). Tra i nuovi utenti i consumatori di eroina sono il 53%, e quelli di cocaina il 16,5%, con percentuali oltre il 20 –25% nelle aree metropolitane.

Le tendenze in atto nel consumo e nell'abuso di sostanze d'abuso legali ed illegali pone, in forte evidenza, l'evoluzione del mercato della droga, di come la stessa viene venduta con strategie e tecnologie globalizzate da "grande distribuzione". La sua organizzazione appare più evoluta della stessa "grande distribuzione" avendo mutuato alcune caratteristiche e concetti fondamentali dalla "Rete delle reti" cioè, da Internet. Il nuovo mercato, quindi, non è semplicemente l'evoluzione del vecchio ma qualcosa di più vasto che, ad esempio, è in grado di contenere in modo compatibile e interattivo modi operativi arcaici congiuntamente ad altri avanzati.

Non sembra esistere, infatti, un vero e proprio controllo del mercato e della rete di vendita in senso stretto, univoco, piramidale e verticistico. Esiste, piuttosto, una standardizzazione di protocolli di comunicazione, di regole di interazione, di modulazione di flussi di scambio, di costruzione di dorsali di traffico, e di definizione di punti di accesso ad un sistema molto aperto cui è possibile agganciarsi in modo individuale o organizzato diventando di volta in volta clienti ma anche componenti della rete stessa a diverso livello. Ciò che importa, quindi, è favorire lo scambio rapido di idee, merci, individui, organizzazioni e soldi permettendo ad un numero più ampio di interlocutori di accedere alla rete in modo dinamico per "fare impresa".

La rete di vendita è, inoltre, "Fault-tolerant". In termini informatici ciò descrive un sistema progettato in modo che, nel momento in cui un componente non è in grado di funzionare, ne subentra un altro di backup o una procedura tale da rimpiazzarlo senza che ci sia una perdita di servizio.

Un mercato costruito in modo così plastico diventa particolarmente dinamico ed ha la necessità di creare volumi di traffico sempre in crescita per generare rapidamente nuova domanda: più che al tossicomane in senso stretto, quindi, è interessato al consumatore in senso ampio.

Con ragionevole certezza possiamo, pertanto, individuare un futuro prossimo (che in alcune zone del nostro Paese è già una realtà) in cui:

- le droghe sono prodotti che si vendono indirettamente o direttamente assieme ad altri prodotti (generalmente leciti) partecipando ad un "format esteso" che condiziona determinati consumi in determinate situazioni
- ciò che si venderà, più che la sostanza in sé, sarà ciò che questa è in grado di rappresentare all'interno di un determinato format (sballo, prestazione, alterazione, socializzazione, trend culturale) aprendo, tra l'altro, una contiguità tra sostanza lecita o illecita che già oggi è evidente;
- attorno a quadri di consumo classici e stabili ne nasceranno altri "di tendenza" con una rapidità molto maggiore rispetto a quella cui siamo abituati;
- i prodotti saranno sempre più vari, di buona qualità (rispetto all'uso che ne deve essere fatto !) e di prezzo contenuto;
- la distribuzione seguirà sempre più canali differenziati;
- aumenterà il rispetto per la privacy del cliente: già, oggi, vendita e consumo (generalmente) sono diventati meno visibili;
- chi usa droga ed anche chi la vende al consumatore finale non sarà più necessariamente (o evidentemente) vicino alla devianza, all'emarginazione, alla criminalità;
- alcuni Paesi che stanno entrando o sono appena entrati in Europa e nei quali sono presenti modelli di consumo tipici dei nostri anni '80 verranno gradualmente, ma rapidamente adeguati alla tendenza generale; probabilmente "new & old economy" della droga continueranno a convivere ed a contaminarsi tra loro.

Il *gap* attualmente esistente tra il sistema di intervento ed il mercato della droga rimanda alla necessità di definire alcuni punti di arrivo "obbligati" per il nostro sistema di intervento, che dovrà essere rimodulato in

modo da:

1. essere presente per intervenire in modo esperto al manifestarsi di situazioni critiche inerenti il consumo e l'abuso di sostanze;
2. essere flessibile per adattarsi alle diverse esigenze di potenziali utenti molto diversi tra loro favorendo l'accesso;
3. garantire un'offerta variegata di programmi ed operare in modo che questi siano conosciuti anche per la loro efficacia investendo maggiormente sulla qualità dei processi terapeutici educativi e riabilitativi (e sui risultati) piuttosto che sulla quantità delle prestazioni;
4. essere compatibile con le esigenze del territorio;
5. garantire una grande riservatezza;
6. avere costi sostenibili per la collettività.

I sei punti di arrivo descritti sono, tuttavia, raggiungibili solo con uno sforzo culturale, formativo, organizzativo, operativo, normativo e finanziario, opportunamente strutturato, in quanto prevedono la costruzione di un sistema di intervento di nuova generazione. La cosa sarà realizzabile con tempi e investimenti accettabili se verranno tenuti presenti alcuni elementi:

1. molte competenze, strutture, culture operative e materiali necessari per realizzare una nuova architettura di sistema sono già presenti: il problema riguarda solo come utilizzarli al meglio;
2. il nostro attuale sistema di intervento è tra i più avanzati nel mondo in quanto non solo ha un livello qualitativo più che discreto, ma è anche diffuso territorialmente ed accessibile;
3. il nostro sistema di intervento appare essere poco conosciuto e la sua immagine sembra essere poco curata a livello di comunicazione;
4. la riorganizzazione del "sistema Stato" verso una maggior autonomia Regionale ha indebolito i meccanismi di connessione centro-periferia: contemporaneamente e paradossalmente anche i livelli di governo locale del sistema sembrano indebolirsi anziché rafforzarsi.

Per adeguare l'attuale sistema di intervento ai nuovi consumi è richiesto un profondo cambiamento culturale nell'approccio alla questione. E' importante comprendere che si tratta di un processo complesso perché deve coinvolgere contemporaneamente diversi interlocutori a diversi livelli. Pertanto deve essere supportato anche da un sistema programmatico, regolatorio e di gestione delle reti di intervento efficace e partecipato. Esistono una serie di azioni che debbono essere attivate per realizzare il cambiamento, ma sono realisticamente affrontabili con investimenti compatibili con l'attuale stato delle finanze del nostro Paese. L'esperienza intrinseca già in possesso del sistema italiano può essere di grande supporto alla elaborazione di strategie di cui, in questo momento, siamo carenti. L'apertura del nostro sistema ad altri sistemi sanitari e sociali dei Paesi dell'Unione Europea e l'interazione con essi è vista come un arricchimento a favore dei cittadini. La proposta di realizzazione di un sistema di intervento europeo contribuisce a dare un respiro più ampio al necessario cambiamento strutturando un corretto dimensionamento prospettico all'azione.

Nello scenario mondiale del traffico illecito di sostanze stupefacenti, l'Italia si conferma quale area geografica di transito e di consumo di ogni genere di droga, ma, anche, base per le organizzazioni criminali italiane e straniere.

Tali tendenze emergono dalle analisi svolte sui dati relativi del 2004 e confermate anche nel primo semestre dell'anno in corso. Tutti i Paesi dell'Unione Europea, e quindi anche l'Italia, hanno impostato una mirata strategia per contrastare l'offerta di stupefacenti proveniente dai tradizionali Paesi di produzione, sviluppata sia sul piano delle "investigazioni nazionali" che attraverso forme di assistenza diretta. La connotazione quasi esclusivamente internazionale del traffico illecito di droghe ha richiesto un'intensificazione dei rapporti con gli Organismi, le Agenzie ed i partner esteri.

Le attività per la prevenzione e la repressione del traffico illecito di sostanze stupefacenti sono attuate in Italia dalle unità operative della Polizia di Stato, dell'Arma dei Carabinieri e della Guardia di Finanza, con il concorso delle unità territoriali della Agenzia delle Dogane.

La Direzione Centrale del Ministero di Grazia e Giustizia per i Servizi Antidroga (D.C.SA.), organismo interforze inquadrato nel Dipartimento della Pubblica Sicurezza, dà attuazione ai compiti "in materia di coordinamento e di pianificazione delle Forze di Polizia e di alta direzione dei servizi di polizia per la prevenzione e repressione del traffico illecito di sostanze stupefacenti e psicotrope".

Certamente prevenzione e repressione sono i rovesci della stessa medaglia ed una corretta "azione anti-droga" ormai non può più prescindere dall'attuare un'azione mirata anche sul fronte della riduzione della domanda e del recupero dell'assuntore di sostanze stupefacenti; questa è la nuova frontiera a cui si tende e che consiste nel coordinamento fra l'azione delle Forze di Polizia e le strutture della prevenzione, terapia e recupero, sia pubbliche che private.

In particolare, l'Ufficio Programmazione e Coordinamento Generale della D.C.S.A. ha curato iniziative e si

è fatto promotore di progetti ispirati alla crescita della cultura della prevenzione negli operatori delle Forze di Polizia che non hanno trascurato di considerare, per una più corretta analisi del fenomeno delle tossicodipendenze, le più recenti tendenze del consumo.

2. ASSETTI ORGANIZZATIVI E ADEGUAMENTO DELLE RISPOSTE AI CAMBIAMENTI

2.1 Il Dipartimento delle Dipendenze

2.1.1 Premesse

I diversi orientamenti organizzativi e programmatici delle singole Regioni e Province Autonome e la necessità di una base comune

Gli approcci all'organizzazione dei Servizi della PA e del PSA nei sistemi sociosanitari Regionali sono molto diversificati e non esiste ad oggi un modello unico ma oggi più che mai è necessario raggiungere un accordo di massima almeno su un modello generale su cui orientare i sistemi Regionali.

2.1.2. Introduzione tecnica e indicazioni generali di metodo

Nel corso degli anni gli interventi nel campo delle tossicodipendenze si sono sempre più specializzati e, conseguentemente, si sono generate unità operative diversificate sia in ambito aziendale che extra aziendale, generando gradi di complessità sempre più elevati, coinvolgendo realtà e unità operative diversificate sia in ambito aziendale che extra aziendale, venendosi a generare gradi di complessità sempre più elevati sia in ambito clinico che organizzativo.

Proprio la frammentazione delle competenze e degli ambienti di erogazione ed assistenza ha creato un forte fabbisogno di coordinamento ed integrazione tra le varie unità organizzative e i professionisti del settore.

Al perseguimento degli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione, nell'area ad elevata integrazione sociosanitaria delle dipendenze, concorrono molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture specialistiche dell'ASL (Dipartimento delle dipendenze, Dipartimento di salute mentale ecc.) e dedicate alle cure primarie (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.

Sempre di più si ha la consapevolezza che il processo assistenziale rivolto ai tossicodipendenti comporta tempi molto lunghi, sia spesso frammentato nel tempo, nei luoghi di cura e nei metodi (per la natura stessa della patologia) e risulti in un complesso di attività tra loro correlate. Da tutto questo scaturisce, in modo sempre più evidente, un forte bisogno di coordinamento che si esplica a due livelli:

intra-aziendale ed extra-aziendale considerando anche l'importante ruolo svolto nella cura delle persone tossicodipendenti da parte del privato sociale accreditato, ma anche di molte altre realtà istituzionali non appartenenti al settore sociosanitario (es. Prefettura, Centro Servizio Sociale per Adulti, ecc.).

Il fabbisogno di coordinamento è indotto, in primo luogo, dalla necessità di assicurare la continuità assistenziale (continuum of care) in questi difficili e lunghi percorsi assistenziali, responsabilizzando e coinvolgendo su questo principio tutte le unità operative attive sul territorio di competenza e che a vario titolo e in tempi diversi entrano in contatto con il paziente.

Adottare strutture dipartimentali, in linea di principio, significa dare corpo organizzativo agli intenti di coordinamento e di razionalizzazione dell'uso delle risorse, passando soprattutto attraverso l'accorpamento e l'allineamento delle unità organizzative che rispondono a specializzazioni complementari o strettamente interrelate, arrivando ad una condivisione delle risorse umane, dei professionisti, e del loro know-how professionale.

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 è rappresentata dall'attivazione del Dipartimento per le Dipendenze. Esso infatti può rappresentare il nuovo modello della cultura della progettazione organizzativa, purché venga attivato mediante un processo di cambiamento organizzativo partecipato e non semplicemente come conseguenza dell'emanazione di leggi o regolamenti.

2.1.3. Aspetti particolari dei Dipartimenti territoriali

La maggior parte della letteratura tecnica disponibile nell'ambito dei Dipartimenti è stata sviluppata per i

Dipartimenti ospedalieri ma la realtà territoriale presenta delle diversità e delle specifiche che rendono peculiari gli assetti organizzativi di questi dipartimenti. I Dipartimenti territoriali (delle dipendenze, di salute mentale, di prevenzione ecc.) presentano alcuni aspetti particolari, di cui è necessario tenere conto nel corso della progettazione e che possono essere così riassunte:

- 1) necessità di una forte integrazione con i distretti e di definizione dei ruoli e dei poteri
- 2) le U.O. sul territorio presentano spesso discontinuità di spazi con maggior difficoltà logistiche nella condivisione delle risorse tecnologiche
- 3) minor tendenza alla standardizzazione "spontanea" delle prassi e delle modalità organizzative interne delle singole U.O. (alta eterogeneità).
- 4) assenza di un "contenitore" organizzativo generale strutturato e già regolamentato (ospedale)
- 5) forte interdipendenza con la medicina generale (molti interlocutori) e specialistica ambulatoriale
- 6) tematiche trattate con alte valenze sociali con introduzione di complessità aggiuntive nel management del paziente, necessità di integrazione con i Comuni.
- 7) forte impatto sociale e politico delle attività svolte, con risonanze e possibili conseguenze sull'autonomia decisionale.
- 8) in particolare per il Dipartimento delle dipendenze, considerata la rilevante presenza di comorbilità psichiatrica nelle persone tossicodipendenti, vi è infine una forte necessità di integrazione con il Dipartimento di salute mentale

Sulla base di queste principali caratteristiche che diversificano i Dipartimenti territoriali da quelli ospedalieri, si potranno sviluppare assetti organizzativi più orientati all'integrazione delle U.O. ma anche dei vari Dipartimenti esistenti.

2.1.4. Fabbisogni organizzativi generali e possibili risposte del Dipartimento

I principali fabbisogni organizzativi generali, ad oggi individuati, sono molto diversificati e le risposte attivabili dal Dipartimento si sono dimostrate numerose e particolarmente efficaci. In linea di principio qualsiasi forma organizzativa che preveda la condivisione di prassi, metodologie e regole organizzative, in un contesto collaborativo e mentalmente aperto al cambiamento può produrre effetti positivi sul funzionamento e sul rendimento di tale organizzazione. La necessità di strutturare in una organizzazione più definita e meno spontaneistica l'offerta istituzionale nel campo della prevenzione e della cura delle dipendenze deriva dal fatto che solo sistemi altamente formalizzati e studiati possono essere esplicitati e condivisi in un contesto aziendale così complesso come quello delle dipendenze. Lo studio e la progettazione dei Dipartimenti passa, quindi, attraverso l'individuazione dei fabbisogni organizzativi generali e la condivisione, in via preordinata, delle possibili risposte attivabili, che saranno la traccia su cui sviluppare la progettazione organizzativa.

La successiva tabella riporta in sintesi un elenco di questi fabbisogni e delle possibili risposte organizzative.

	<i>Fabbisogno</i>	Risposta attivabile
1	Integrazione e coordinamento	Condividere politiche di sviluppo, processi di cura e di gestione dei fattori produttivi tra più unità operative che hanno affinità o complementarietà di funzionamento, finalizzato al miglioramento dei risultati, della qualità e al contenimento dei costi.
2	Flessibilità	Promuovere il cambiamento organizzativo al fine di gestire risorse in comune con disponibilità e atteggiamento collaborativo e responsabile, tra diverse unità operative. Condividere alcune risorse particolarmente scarse ed evitare duplicazioni di comodo di fattori produttivi. Introdurre modelli professionali più orientati al compito che al ruolo.
3	Snellimento organizzativo	Razionalizzare l'utilizzo delle risorse anche mediante una organizzazione più semplice e snella che rimuova procedure, prassi e assetti generali, basati più sulla "protezione" delle autonomie e dei poteri delle singole unità operative che sul razionale utilizzo delle risorse e su processi condivisi e ottimizzati nei risultati ottenibili e nei costi generati.
4	Recupero della centralità del paziente	Invertire la logica del "paziente di proprietà dell'unità operativa" a favore di una visione dipartimentale dove ogni unità fornisce un apporto integrato e continuativo (all'interno di una "catena produttiva" di diagnosi e cura che trova continuità in tutte le U.O. confluenti nel

		dipartimento) per la soluzione del problema di salute del cliente/paziente. Rileggere in maniera olistica il problema di salute del paziente che deve trovare soluzione nel concorso di tutte le unità operative assicurando la continuità terapeutica oltre che nello spazio anche nel tempo e soprattutto nelle metodologie di intervento e valutazione dei risultati.
5	Presentazione della specializzazione e della differenziazione	Mantenimento e sviluppo dei livelli di specializzazione ad oggi prodotti dai diversi approcci (ambulatoriali/farmacologici, semiresidenziali, residenziali) che devono considerarsi complementari e non alternativi, anche attraverso la creazione di gruppi operativi di studio e ricerca, permanenti, multidisciplinari che elaborino linee di indirizzo, protocolli e buone prassi da condividere ed utilizzare nel dipartimento.
6	Salvaguardia della specializzazione e della differenziazione	Mantenimento e sviluppo dei livelli di specializzazione ad oggi prodotti dai diversi approcci (ambulatoriali/farmacologici, semiresidenziali, residenziali) che devono considerarsi complementari e non alternativi, anche attraverso la creazione di gruppi operativi di studio e ricerca, permanenti, multidisciplinari che elaborino linee di indirizzo, protocolli e buone prassi da condividere ed utilizzare nel dipartimento.

2.1.5. Definizione di Dipartimento e specifiche

Con il termine Dipartimento si deve intendere una particolare forma di organizzazione costituita da unità operative omogenee, affini o complementari (e quindi tra loro interdipendenti) che perseguono comuni finalità, adottando regole condivise di comportamento professionale (assistenziali, didattiche, di ricerca, etiche, medico-legali ed economiche).

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 chiare, esplicite e formali.

Le due finalità principali della creazione di un dipartimento sono quelle, in primis, di dare risposte ai fabbisogni di integrazione clinica e culturale e secondariamente (contemporaneamente) di dare risposta ai fabbisogni di integrazione gestionale ed organizzativa nell'utilizzo delle risorse.

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.
Finalità preventiva e assistenziali	Finalizzato ad assistere (tramite le unità operative) persone che utilizzano sostanze stupefacenti o psicoattive ma anche a creare interventi per la prevenzione di tali patologie.
Flessibilità della organizzazione	Flessibilità dell'aggregazione organizzativa con possibilità di agevoli modellamenti futuri sulla base della variazione del fenomeno. Disponibilità al cambiamento.
Metodologia del consenso	Definire, concordare 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.

Nell'ambito delle U.O. di II° livello del servizio sanitario pubblico, le U.O.S. sono rappresentate in generale da singole unità ambulatoriali differenziate rispetto alla tipologia di utenza che afferisce all'U.O. di II° livello. Nel settore del privato sociale accreditato, le U.O.S. sono individuate dal regime di assistenza erogata (ambulatoriale, prima accoglienza, semiresidenziale, residenziale, reinserimento) secondo la tipologia di utenza assistita.

A titolo esemplificativo nel prospetto di seguito riportato, in corrispondenza delle principali tipologie di clienti/pazienti/utenti che esprimono un bisogno socio-sanitario, vengono indicate le rispettive unità di offerta standard che caratterizzano in generale i Dipartimenti delle Dipendenze.

Tabella: prospetto indicativo delle principali unità di offerta standard

	PRINCIPALI UNITA' DI OFFERTA STANDARD	PRINCIPALI GRUPPI DI DOMANDA
1	Tossicodipendenze (Assistenza ambulatoriale)	Tossicodipendenti
2	Alcologia (Assistenza ambulatoriale)	Alcolodipendenti
3	Gambling (Assistenza ambulatoriale)	Giocatori d'azzardo patologici
4	Tabagismo (Assistenza ambulatoriale)	Tabagisti
5	Patologie digitali (Assistenza ambulatoriale)	Pazienti con patologie da tecnologia digitale
6	Prefettura (segnalazioni - Assistenza ambulatoriale)	Utenti da Prefettura
7	Patenti (Assistenza ambulatoriale)	Utenti da Commissione Patenti
8	Carcere	Tossicodipendenti in carcere
9	Unità mobili / Drop in (Interventi di strada)	Tossicodipendenti in strada
10	Internistica / infettivologica (Assistenza ambulatoriale)	Pazienti HIV positivi
11	Familiari / Educatori (Assistenza ambulatoriale)	Familiari o educatori
12	Prevenzione	Soggetti a rischio: a scuola, in ambiente lavorativo, in ambiente esterno
13	Pronta accoglienza (Comunità)	Tossicodipendenti o Alcolodipendenti in PA, ecc
14	Semiresidenziale (Comunità)	Tossicodipendenti o Alcolodipendenti in CSR, ecc
15	Residenziale (Comunità)	Tossicodipendenti o Alcolodipendenti in CR, ecc
16	Reinserimento (Comunità)	Tossicodipendenti o Alcolodipendenti in R, ecc
17	Altro	Altri clienti/pazienti/utenti

Una possibile U.O. standard potrebbe essere definita anche per i disturbi comportamentali alimentari in base alle indicazioni Regionali/Provinciali

2.1.7. Il funzionamento del Dipartimento: architettura strutturale, meccanismi operativi e cultura organizzativa

Il funzionamento di un Dipartimento e il suo "assetto organizzativo" si basa fondamentalmente sulla definizione ed esplicitazione formale di tre importanti e differenti componenti: la struttura organizzativa, i meccanismi operativi e la cultura organizzativa.

Costituenti dell'Assetto organizzativo	Specifiche
1 Struttura organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> • Organigramma (livelli gerarchici, U.O., responsabilità, risorse umane dedicate) • Funzionigramma • Centri di costo • Centri di responsabilità
2 Meccanismi operativi (strumenti gestionali)	<ul style="list-style-type: none"> • Il regolamento di dipartimento • La programmazione, il budgeting e il controllo • L'organizzazione per gruppi di progetto/lavoro dedicati allo studio di specifici problemi e processi organizzativi/produttivi • La gestione del personale • La gestione per progetti
3 Cultura organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> • Valori • Atteggiamenti • Conoscenze scientifiche • Esperienze

Dall'assetto finale dipenderanno direttamente l'efficienza, la flessibilità delle attività produttive e le possibilità di raggiungere gli obiettivi prefissati. Una regola importante da sottolineare è che non è possibile pensare di intervenire unicamente sulla struttura organizzativa (modello di dipartimento) senza adeguare i meccanismi operativi (strumenti gestionali) e la cultura organizzativa (valori, atteggiamenti e conoscenze)



Relativamente ai meccanismi operativi sopra elencati vale la pena di ricordare i seguenti aspetti:

Il regolamento di Dipartimento:

rappresenta le regole formali di funzionamento, conosciute e seguite dalle varie unità operative. Definisce i principi generali e le logiche di funzionamento del modello organizzativo senza arrivare a codificare i comportamenti professionali al fine di non irrigidire in maniera "prescrittiva" le modalità di funzionamento. Prende in considerazione tutti gli aspetti salienti del funzionamento ed esplicita chiaramente la struttura organizzativa. Il regolamento consente di definire ed individuare precisamente una serie di variabili riportate in sintesi nello schema successivo.

Profilo tipo dei contenuti fondamentali del regolamento di Dipartimento	
1	Definizione di Dipartimento
2	Finalità in ambito gestionale/organizzativo e tecnico scientifico
3	Valori generali di riferimento
4	Modello organizzativo generale adottato
5	Finalità
6	Attività e funzioni del Dipartimento e delle singole U.O.
7	Organi del Dipartimento (composizione e ruoli): <ul style="list-style-type: none"> • comitato di Dipartimento • consiglio di Dipartimento • gruppo di coordinamento/lavoro/studio e ricerca
8	Unità Operative
9	Il sistema decisionale (chi decide, quali sono gli organi e le diverse responsabilità affidate): <ul style="list-style-type: none"> • ruolo del direttore • ruolo dei responsabili delle U.O. complesse • ruolo dei responsabili delle U.O. semplici e riferimento gerarchico (direttore o resp. U.O.)
10	Risorse del dipartimento
11	Le modalità di attribuzione e gestione delle risorse
12	Il sistema di programmazione e controllo (regole e budgeting)
13	Il sistema informativo previsto: struttura di base, debiti informativi (contenuti, creditori, timing), reporting.
14	Le relazioni del dipartimento: <ul style="list-style-type: none"> • interne tra U.O. • tra differenti dipartimenti • con la direzione generale • con i distretti • con gli organi aziendali di staff • relazioni con istituzioni extra-aziendali (es. prefettura, enti locali, scuola, magistratura)
15	I sistemi di coinvolgimento attivo degli operatori e dei dirigenti previsti per la consultazione
16	Le modalità di gestione della comunicazione interna ed esterna

La programmazione, il budgeting e il controllo:

Questo meccanismo operativo rappresenta il tessuto di base del Dipartimento e il collegamento ed integrazione con l'azienda. Il budget definisce ed esplicita le responsabilità economiche (di risultato e di spesa) che insieme alle responsabilità organizzative completano la definizione degli assetti di responsabilità di risultato e di spesa. Il Dipartimento (nella forma strutturale e nella figura del direttore) è l'organo deputato alla negoziazione del budget con la direzione strategica per tutte le unità operative. Concorda e fissa obiettivi anche con i distretti e/o la direzione strategica, che diventeranno poi anche gli obiettivi delle singole unità operative. Nel dipartimento strutturale vi sono quindi 2 livelli di responsabilità economiche. Il primo livello è quello delle U.O. che rispondono al dipartimento, il secondo livello è quello del dipartimento che risponde alla direzione generale del raggiungimento dei risultati economici complessivi.

Al fine di chiarire il significato del termine "budget", va sinteticamente ricordato che esso deve essere inteso come un documento formale che rappresenta lo strumento di programmazione e controllo aziendale, utile e necessario per la programmazione e il controllo delle attività, dei costi generati e il governo delle unità organizzative.

Il budget contiene una serie di obiettivi da raggiungere di tipo prestazionale ma anche di tipo organizzativo, di miglioramento della qualità e di innovazione. Gli obiettivi saranno correlati ad attività specifiche con una precisa definizione delle risorse messe a disposizione per svolgere tali attività e raggiungere gli obiettivi.

Il budget quindi non deve essere considerato semplicisticamente una "somma di denaro a disposizione" o un "tetto di spesa da non superare", ma uno strumento negoziato di responsabilizzazione economica e non solo finanziaria, che definisce precisamente le cose da fare (risultati attesi), le risorse a disposizione, i tempi di esecuzione e i criteri di qualità con cui si dovrebbero realizzare tali obiettivi.

L'azienda dovrà prevedere per il Dipartimento un specifico budget (master budget di Dipartimento) nel caso scelga l'assetto organizzativo strutturale, o singoli budget per le unità operative, nel caso si orienti sull'assetto funzionale. Nel primo caso la negoziazione del budget avverrà da parte del direttore di Dipartimento 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 di U.O.) appartenenti al dipartimento. Nel secondo caso invece, la negoziazione avverrà tra singoli responsabili delle unità organizzative e la direzione strategica.

Risulta evidente però che questa negoziazione dovrà essere preceduta da una programmazione congiunta delle attività e delle linee di intervento all'interno del comitato di dipartimento, dove si fisseranno anche i criteri generali per l'utilizzo e l'allocatione delle risorse e dove verrà definito il "piano di intervento" del dipartimento. Il budget diventa quindi il meccanismo operativo dato al direttore di dipartimento attraverso il quale realizzare la programmazione predefinita e concertata tra tutte le unità operative della Pubblica amministrazione e del Privato Sociale Accreditato, definita sulla base dei bisogni del territorio, delle reali capacità produttive e delle indicazioni strategiche Aziendali e Regionali.

Al fine di governare il sistema, di razionalizzare gli impegni di spesa e le risorse assegnate, sarà quindi indispensabile mettere a punto un sistema di programmazione e controllo in grado di poter realmente prima di tutto prevedere e programmare le attività da svolgere e, in esercizio, comprendere tempestivamente ed "in progress" il raggiungimento degli obiettivi assegnati sia in ordine economico che finanziario, in modo tale da poter eventualmente attivare in tempo utile, opportuni interventi correttivi. Il sistema di budget quindi deve prevedere la possibilità di cogliere velocemente eventuali variazioni anomale sul programma definito non agendo quindi "a consuntivo", ma in modo più ravvicinato possibile agli eventi economico-finanziari già durante le loro definizione.

L'organizzazione per gruppi di progettollavoro dedicati allo studio di specifici problemi e processi organizzativi/produuttivi:

I gruppi di lavoro rappresentano il vero motore del Dipartimento: tanto più essi saranno attivi e produttivi e tanto più il risultato sul cliente/paziente sarà positivo. È ormai assodato che le organizzazioni tro-

vano 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 “burocratici” 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. Gli strumenti organizzativi utili a raggiungere questi obiettivi e che traducono 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 integrazione fra gli operatori del pubblico e del privato sociale accreditato.

L’attivazione di questi gruppi assume particolare rilevanza soprattutto se trasversali tra le diverse unità operative in quanto questo rafforza l’attenzione verso l’integrazione clinica e verso gli altri aspetti organizzativi e gestionali tipici.

A questi gruppi viene affidata la responsabilità di studiare e proporre le soluzioni migliori dal punto di vista professionale, organizzativo e dei costi rispetto a specifici problemi. L’attivazione di questi gruppi ha un duplice vantaggio: il primo è quello di stimolare una maggior integrazione operativa, il secondo quello di consolidare una cultura di dipartimento favorendo “l’omogeneizzazione” tra professionisti

Gruppi di lavoro per temi (esempi)
Standardizzazione processi diagnostici
Gestione terapie farmacologiche
Gestione della gravidanza, madre e bambino
Gestione minori
Prevenzione patologie correlate
Terapia HIV/AIDS, Epatiti
Gestione dei casi con comorbidità psichiatrica
Detossificazioni rapide
Inserimenti Lavorativi
Valutazione e verifica dei risultati
Formazione manageriale e organizzativa
Gruppo scuola
Gruppo prefettura
Gruppo magistratura e alternativa al carcere
Altro

appartenenti a diverse linee specialistiche.

Molto utile risulta il ruolo di questi gruppi, dove si tratti di definire e gestire interventi sul paziente tossicodipendente con patologia psichiatrica con la collaborazione di altri Dipartimenti (es. con il Dipartimento di salute mentale), per la definizione della responsabilità di gestione primaria del caso (ruolo di case manager) andando a chiarire “chi farà cosa” e con che ruolo (primario di gestione clinica – “case manager” o secondario di consulenza).

La gestione del personale:

Questo aspetto è molto complesso e particolarmente rilevante, se si pensa ad una gestione di livello dipartimentale. L'argomento meriterebbe una trattazione molto più approfondita, ma in questa sede ci preme solo ricordare che la definizione dei percorsi di carriera, gli incentivi, l'addestramento, la formazione, sono tutti aspetti che meritano una attenta valutazione a livello dipartimentale con possibilità di creare sistemi, condizioni molto più vantaggiose in termini gestionali e di risultato. La gestione del personale dell'azienda sanitaria appartenente al comparto (infermieristico, amministrativo, tecnico e socio-educativo) potrebbe trarre vantaggio se centralizzata a livello dipartimentale attraverso degli specifici coordinamenti professionali dipartimentali (come previsto peraltro dal CNL), per quanto riguarda soprattutto gli aspetti di condivisione ed allineamento delle conoscenze, delle modalità operative e di gestione di eventuali carenze impreviste di personale presso qualche singola U.O. Risulta chiaro che comunque le singole U.O. avrebbero la gestione dell'operatività quotidiana di questi professionisti. Per contro, la gestione dei singoli dirigenti medici o psicologi (per motivi di opportunità professionale e di relazione con i responsabili delle singole unità operative) risulta migliore se lasciata in carico diretto ai responsabili.

La gestione per progetti:

Molte delle attività del Dipartimento delle dipendenze possono e devono trovare una miglior gestione, sia in fase di programmazione che di attuazione. Utilizzare tecniche di project management si è dimostrato vincente ed estremamente utile nel contesto territoriale e multidisciplinare in cui solitamente si opera. La gestione per progetti permette una maggior definizione degli obiettivi, delle attività per raggiungerli, con una contemporanea chiarezza sui livelli di responsabilità, sui tempi e sulla qualità attesa. Le attività che possono beneficiare di questa tecnica sono sia quelle in ambito preventivo/assistenziale che quelle in ambito organizzativo. Lo strumento gestionale in questo ambito è la costituzione di un assetto organizzativo che preveda delle unità di project management e lo sviluppo di una cultura professionale orientata in questo modo.

2.1.8 Obiettivi generali del Dipartimento per le Dipendenze

Il Dipartimento per le Dipendenze persegue l'integrazione delle U.O. a tre livelli: organizzativo/gestionale, clinico e fisico.

Il primo livello dovrebbe garantire il coordinamento nei comportamenti economici, nell'utilizzo delle risorse. Per quanto riguarda il livello clinico, l'integrazione dovrà avvenire agendo soprattutto sulla cultura tecnico scientifica orientandola "all'evidence base", mediante l'utilizzo di linee guida, protocolli e standard condivisi, al fine di produrre un intervento assistenziale fortemente coordinato e con un approccio multidisciplinare.

Nel terzo livello la condivisione e messa in comune di ambienti e risorse, riducendo quanto più possibile (con aggregazioni ambientali o telematiche) la distanza tra i professionisti.

L'obiettivo generale è 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, garantire interventi di prevenzione, cura e reinserimento di elevato livello qualitativo, 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'ASL e le istituzioni extra-aziendali;
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 proce-

dure operative concordate e comuni al fine di far convergere esperienze cliniche, conoscenze scientifiche, competenze tecniche ed assistenziali;

5. Garantire il raccordo nell'attuazione della programmazione nel settore delle dipendenze tra Aziende ASL e Privato Sociale, Scuola, Enti Locali, Prefettura, Magistratura, Forze dell'Ordine, Carcere, Volontariato, ecc., sulla scorta degli indirizzi contenuti nel Piano di zona dei Servizi sociali;
6. Promuovere l'allineamento degli obiettivi con 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, dei risultati clinici e dello sviluppo dei programmi comuni concordati con la direzione strategica;
10. Produrre un miglioramento degli aspetti gestionali generali, una razionalizzazione della spesa e un contenimento dei costi.

2.1.9. Organi principali del Dipartimento

Comitato di Dipartimento

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/piano 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 poteri 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.

Consiglio di Dipartimento

Il Dipartimento per le Dipendenze avrà un Consiglio di Dipartimento 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 Consiglio di Dipartimento è il vero organo di creazione di consenso e opererà secondo criteri in sintonia con le strategie aziendali e regionali.

Le unità organizzative

Si possono distinguere due tipi di unità operative (ed organizzative) all'interno del Dipartimento: quelle appartenenti all'azienda ASL (Ser.T e strutture Alcolologiche) e quelle non appartenenti all'azienda (organizzazioni del privato sociale accreditato).

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 possono rapportare 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.

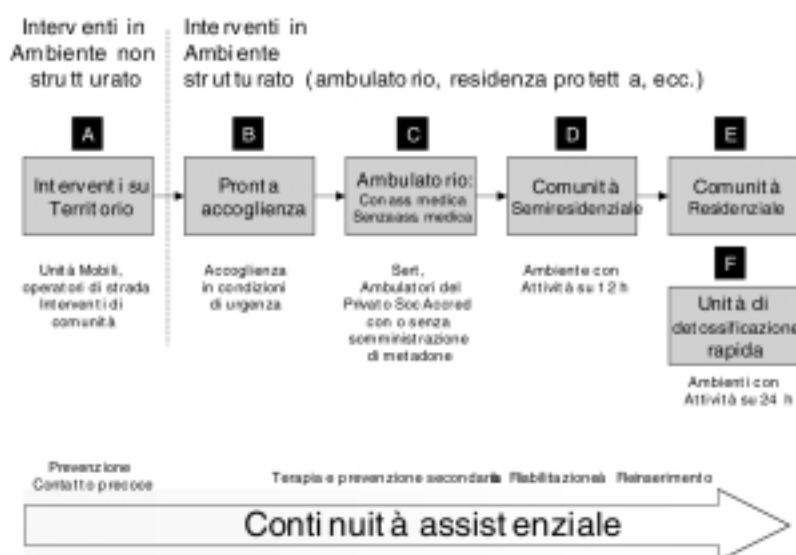
Le unità organizzative che costituiscono il Dipartimento per le Dipendenze sono aggregate, quindi al fine di dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. Per tale motivo, esse adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, diagnostico, 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 ASL.

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 private, per essere considerate unità operative del Dipartimento per le Dipendenze, dovranno essere autorizzate al funzionamento, accreditate dalla Regione e contrattualizzate dall'Azienda ASL.

Riportiamo in seguito in modello teorico delle possibili U.O. e delle relazioni attivabili al fine di assicurare la continuità assistenziale. Le figure successive presentano il sistema delle dipendenze: vari interventi nelle diverse U.O. di erogazione.



Teoricamente a ciascun bisogno individuato dovrebbe corrispondere un'offerta assistenziale prodotta da U.O. specializzate su tale offerta, ma contemporaneamente coordinate in un unico sistema assistenziale.



Continuità terapeutico-assistenziale nel trattamento nelle alcol dipendenze e della poli assunzione

La continuità assistenziale è una modalità organizzativa che mette il paziente al centro di una rete socio-sanitaria grazie alla quale è possibile garantire una gestione omogenea ed integrata della salute del paziente. Questo modello, a lungo termine, contribuisce a stimolare l'ottimizzazione delle prestazioni e delle risorse sanitarie, favorendo la collaborazione tra i diversi livelli di assistenza così come tra le diverse figure professionali coinvolte.

Al fine di consentire attività assistenziali senza soluzione di continuità e personalizzate alle esigenze cliniche del singolo paziente, è indispensabile condividere percorsi assistenziali, linee guida e protocolli di gestione clinica. *Questa modalità organizzativa risulta tanto più necessaria quanto più ci si riferisce a pazienti con evidenti problemi di policonsumo, nei quali è molto frequente il consumo di alcol abbinato ad altre sostanze psico-attive.*

L'uso dell'alcol è infatti molto diffuso nel nostro Paese. Non deve, quindi, stupire che venga utilizzato anche da persone con problemi di tossicodipendenza da altre sostanze. Se, poi, consideriamo che l'alcol stesso può sostituire/integrare l'azione di tutte le sostanze psicoattive, possiamo comprendere come il suo utilizzo possa essere ampio e variegato. Ormai da qualche anno, gli operatori del settore vanno segnalando che questa situazione, rara fino agli anni '90, si va facendo sempre più frequente: la stessa evoluzione del consumo di alcol e altre sostanze psicoattive viene segnalata in tutti i Paesi sviluppati con varie tipologie di uso delle sostanze che sfumano l'una nell'altra, in un *continuum* a volte difficile da classificare.

Le conseguenze pratiche di quanto premesso sono che l'intervento *nei pazienti poliassuntori*, per essere efficace, deve configurarsi in un ambito multidisciplinare e "longitudinale", che accompagni il cambiamento nel tempo.

Si devono dare risposte differenziate e specifiche ad ogni soggetto tenendo conto di:

1. causa che origina *la dipendenza dalle sostanze*
2. comorbidità:
 - a. psichiatrica;
 - b. neuropsicologica,
 - c. medica,
3. condizioni ambientali che lo amplificano e sostengono

È inoltre necessario far sì che le strutture che devono intervenire siano in grado di attuare un processo di accoglienza e riabilitazione di soggetti con:

1. Uso e poli abuso di alcol e altre sostanze psicoattive;
2. patologie psichiatriche conclamate;
3. forme gravi di demenza e forti decadimenti neuro-cognitivi,
4. altre tipologie di emarginazione sociale.

Queste tipologie rappresentano una parte rilevante dei soggetti *poliassuntori* che, senza strutture adeguate, sono destinati a permanere nelle loro condizioni di emarginazione.

Per poter realizzare un intervento adeguato è necessario mettere in atto strategie organizzative che:

- diffondano informazione, sensibilizzazione, formazione rispetto all'uso di sostanze psicotrope e alcol in tutti gli ambienti socio-sanitari;
- realizzino sinergie tra le diverse strutture assistenziali, rafforzando e implementando quelle esistenti;
- contribuiscano all'aggiornamento dei professionisti coinvolti nel percorso assistenziale;
- raccolgano la forte spinta alla solidarietà sociale presente nel territorio, e che sviluppino la crescita culturale di "care-givers";
- favoriscano la crescita dell'attenzione dei Medici e di quelli della medicina generale in particolare, rispetto ai disturbi da uso delle sostanze;
- favoriscano lo sviluppo dei gruppi di auto-mutuo aiuto;
- consentano un raccordo tra mondo del lavoro e del disagio sociale.

Ciò consentirebbe di dar vita ad un processo longitudinale che attraverso varie fasi possa condurre ad un intervento efficace.

Fase di individuazione

In questa fase tutto il personale delle strutture socio-sanitarie deve essere in grado di:

- Riconoscere i pazienti con problemi alcol-correlati, all'interno della vasta popolazione di utenti con cui vengono quotidianamente in contatto.
- Inviare i pazienti con un problema di alcol ai centri di disintossicazione e diagnosi appropriati. La disintossicazione deve essere sempre attuata in presenza del medico, in luoghi adeguati rispetto alla gravità della sindrome atinenziale (Ospedale, Day Hospital, ambulatorio).

Inoltre il privato cittadino deve essere messo in condizioni di:

- poter accedere direttamente ai centri specializzati, tramite la predisposizione di strumenti di informazione sul territorio.

Fase di diagnosi e disintossicazione

I pazienti così individuati accedono ai centri di diagnosi e disintossicazione accreditati, in regime di ricovero o quali pazienti ambulatoriali. Questi centri svolgono le seguenti funzioni:

- Effettuano la diagnosi di *poliassunzione* e procedono con il programma di disintossicazione;
- Valutano la presenza e l'entità del danno cognitivo;
- Nel caso di assunzione di più sostanze psicoattive, ne valutano la tipologia e la gravità;
- Valutano la comorbidità psichiatrica;
- Valutano l'esistenza di altre patologie alcol-correlate di tipo medico, psicologico e sociale;
- Impostano un piano di trattamento individualizzato, in funzione della valutazione effettuata;
- Individuano le diverse configurazioni patologiche che producono l'*alcolismo*, con poliassunzione, per ognuna delle quali è necessario prevedere un diverso percorso terapeutico e di riabilitazione.

Data la grande variabilità della popolazione con problematiche alcol-correlate rispetto a parametri di tipo psicologico, psichiatrico, neurologico, medico e sociale, è necessario:

- Prevedere trattamenti diversificati
- Realizzare una valutazione che sia completa e discriminativa
- Attuare un corretto invio alle successive fasi di trattamento, riabilitazione e reinserimento sociale.

Fase di trattamento e riabilitazione

I pazienti sulla base della configurazione patologica sono avviati a:

- percorsi terapeutici a breve termine
- psicoterapia e/o riabilitazione prolungati
- strutture in grado di accoglierli e di effettuare il percorso di recupero

E' previsto un momento di intervento destinato a tutti i pazienti polidipendenti o che utilizzano più sostanze psicoattive. La gestione di questi pazienti viene portata avanti in modo congiunto con le strutture specializzate nel trattamento delle altre dipendenze.

- Programmi di gestione congiunta delle dipendenze
- Programmi di trattamento in comunità terapeutiche

Fase del reinserimento sociale

I danni provocati *dalla poliassunzione* si estendono spesso alla sfera sociale del paziente. E' infatti molto frequente che i pazienti abbiano difficoltà nel trovare o mantenere un'attività lavorativa. E' altrettanto frequente che vadano incontro a problemi di natura legale. Per completare il percorso di assistenza può essere opportuno fornire un sostegno per problematiche di questo tipo, che possono ostacolare il processo di guarigione, tramite le seguenti iniziative:

- Collaborazione con le agenzie di orientamento al lavoro, in grado di fornire un supporto ai pazienti che si trovino nella necessità di ridefinire la propria condizione lavorativa.
- Uno sportello di consulenza legale, per aiutare il paziente a fronteggiare le difficoltà di natura legale (per es. conflitti familiari, fallimenti finanziari, problemi con la giustizia etc.)

2.1.10. 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 ASL, 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, la direzione del carcere, i carabinieri, la polizia di stato, la guardia di finanza.

La figura successiva 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.

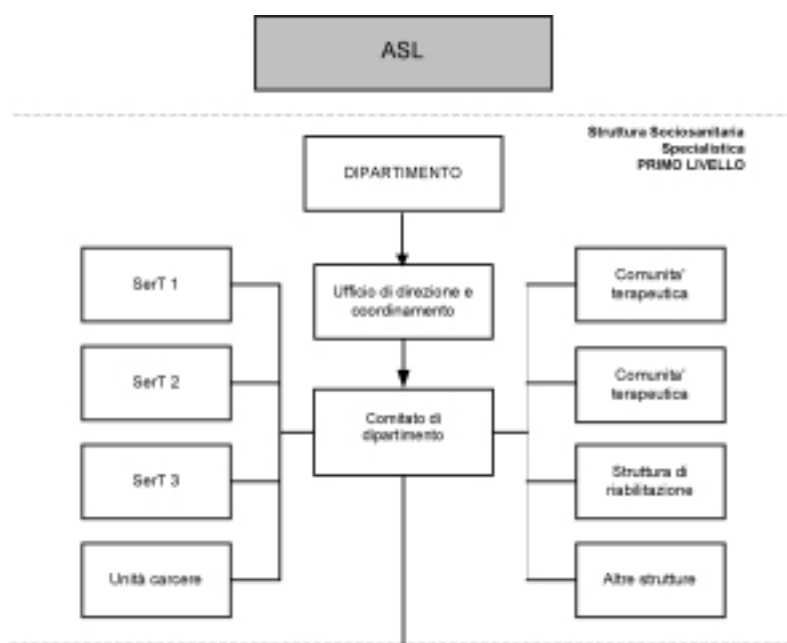
Nella tabella successiva vengono riportate le componenti del Dipartimento ed i loro principali ruoli e funzioni. Appare chiaro che un ruolo centrale in termini di proposizione e promozione appartiene al "Comitato di Dipartimento" che si avvale poi del "Consiglio di Dipartimento" con un rapporto periodico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

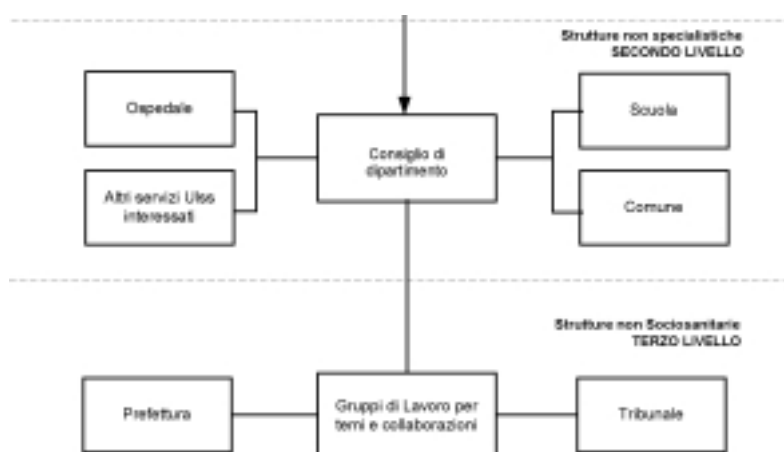
Tra le diverse unità operative (es. Ser.T, reparti ospedalieri, ecc.) o con le diverse organizzazioni extradipartimentali (es. forze dell'ordine) si rende necessario istituire dei gruppi operativi finalizzati al coordinamento e collegamento, in via temporanea o permanente, su specifiche problematiche.

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 di Dipartimento sulla base delle priorità identificate, promuovono e attuano iniziative concrete al fine di favorire la collaborazione.

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 diversi e non confondibili con le organizzazioni socio-sanitarie quali ad esempio le organizzazioni deputate al controllo e alla repressione in ambito di ordine pubblico e criminalità.

Fig. 1: Esempio di un impianto organizzativo del sistema delle tossicodipendenze con una organizzazione dipartimentale





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.
	Scuola

2.1.11. 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, il Dipartimento di salute mentale. 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 comorbidità psichiatrica sempre più presente ed associata ai disturbi da uso di sostanze.

Queste collaborazioni dovranno però salvaguardare l'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 fanno 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 stanziate.

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

2.1.12. 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, incaricate di pubblico servizio, ed inserite nel comitato operativo. Le comunità terapeutiche svolgono un ruolo ed un'importante funzione nel percorso terapeutico-riabilitativo del paziente affetto da disturbi da uso di sostanze o da altre forme di dipendenza 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 dei pazienti ai servizi offerti dal privato sociale accreditato "no profit" delle persone tossicodipendenti, alle varie forme di trattamento e all'introduzione della logica del total quality management.

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

Si auspica l'attivazione di forme sperimentali in questo senso, ma a tal fine le aziende ASL interessate dovranno preconcordare 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" (e cioè l'inserimento entro programmi residenziali di persone al solo fine di creare reddito) adottando formali criteri di ammissione, processi e protocolli diagnostici e di valutazione dell'outcome standard, preconcordati 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/paziente e selezionate sulla base, dei processi utilizzati, delle garanzie tecnico-scientifiche 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 sul singolo paziente di: diagnostica, 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 le dipendenze può essere la sede adatta dove iniziare a studiare e sperimentare tali nuovi orientamenti e per questo si ritiene indispensabile, per le aziende ASL 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.

2.1.13. I Medici di Medicina Generale

Una componente importantissima del percorso di cura nelle dipendenze, a tutt'oggi pochissimo coinvolta, è quella dei medici di medicina generale (MG). A questo proposito è stata 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 dei disturbi addittivi. 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 di supporto alle varie attività. Non va dimenticato che il medico di medicina gene-

rale 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.

2.1.14. 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.

Un primo modello di distretto 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 e il livello di qualità delle prestazioni erogate dalle unità operative. 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.

Un secondo modello di distretto è quello a dipartimenti deboli e orientati quindi in senso funzionale, dove il distretto svolge un ruolo di programmazione e controllo. Il distretto legge il bisogno di offerta e governa la domanda, controlla la soddisfazione e, in questo caso, produce l'offerta anche per quanto riguarda le tossicodipendenze in quanto le unità operative – Sert sono a tutti gli effetti appartenente e subordinate al distretto. Esso ha anche un ruolo di produzione propria su altre attività di sanità generale (MMG, ecc.) e specifiche. I Dipartimenti sono quindi attivati fondamentalmente per il coordinamento tecnico scientifico che si può esercitare attraverso attività di formazione, linee guida e di monitoraggio.

2.1.15 Conclusioni tecniche

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 dalle dipendenze, è da porre molta attenzione, senz'altro sulle modalità organizzative delle varie U.O., ma soprattutto sul "team working" e cioè sulle persone che lavorano e relazionano all'interno di esse. In altre parole, la motivazione professionale, la correttezza delle relazioni e la partecipazione nei processi decisionali sono i fattori più importanti per creare un buon "clima" di lavoro e rendere le organizzazioni realmente efficaci e nel contempo efficienti.

2.1.16 Conclusioni

Sicuramente molti altri aspetti si potranno prendere in considerazione ma quanto qui riportato ci sembra abbastanza utile per poter cominciare un dibattito strutturato relativamente agli assetti organizzativi di tipo dipartimentale.

Restano ancora da definire soprattutto tutte le problematiche relative all'organizzazione degli interventi nel campo dell'alcoldipendenza e il coordinamento con quelli relativi alle sostanze d'abuso illegali (per questo si rimanda ai documenti specifici).

2.2. *Criteri per la definizione e la valutazione della qualità degli interventi terapeutici e delle pratiche assistenziali nel campo delle dipendenze: una proposta per l'identificazione di criteri condivisi*

La qualità, per poter essere misurata, deve essere definita attraverso l'identificazione di precisi e condivisi criteri in grado di far capire come realizzarla e quali siano gli standard di riferimento.

La tabella successiva è stata realizzata sulla base della letteratura specifica sull'argomento e sulla base di

una discussione avvenuta all'interno del gruppo di lavoro, finalizzata soprattutto a calare tali criteri e requisiti all'interno delle attività assistenziali nell'area delle dipendenze. È noto, infatti, che tale area presenta delle peculiarità e delle problematicità che rendono gli interventi difficili e il mantenere alti livelli di qualità degli interventi, estremamente impegnativo.

Criteri di qualità	
1.	Accessibilità all'assistenza
2.	Equità di trattamento
3.	Possibilità di libera scelta
4.	Comunicazione e Partecipazione alle scelte durante il trattamento
5.	Prevalutazione diagnostica e della severità clinica
6.	Appropriatezza dei trattamenti
7.	Sicurezza dei trattamenti
8.	Efficacia
9.	Eticità
10.	Dignità nella relazione
11.	Legalità
12.	Riservatezza e confidenzialità
13.	Continuità assistenziale
14.	Esistenza del controllo dell'efficacia
15.	Fattibilità

Criteri di qualità dei trattamenti		
Area	Specifiche	Note
1. Accessibilità	Esistenza di procedure di ammissione che non fanno esporre il soggetto a rischi aggiuntivi correlati alla dipendenza, per tempi di attesa "evitabili" (*). Aggiungere altre variabili: servizio facilmente raggiungibile ed accessibile al pubblico in termini di dislocazione topografica, esistenza di barriere architettoniche, orari concordi con le attività lavorative delle persone assistite.	(*) ritardi di intervento dovuti a situazioni interferibili e risolvibili attraverso il miglioramento dei processi e/o variazione delle politiche di accesso.
2. Equità di trattamento	Garanzia di un trattamento non differenziato tra i clienti su base discrezionale o discriminatoria. Accesso alle varie terapie e conduzione dei trattamenti egualitaria.	Applicazioni delle regole, dei controlli e dei vincoli restrittivi in maniera omogenea senza deroghe "ad personam" se non per giustificati e documentabili motivi di tipo clinico (diagnosi e/o trattamento).
3. Possibilità di libera scelta	Condizione in cui la persona assistita può effettivamente esercitare la propria libertà di scelta relativamente al curante, alle terapie (che possono essere considerate sulla base delle evidenze scientifiche) appropriate e al luogo di cura. Fatto salvo quindi il rispetto di: - vincolo di fattibilità finanziaria - vincolo di legittimità	(*) Il curante può, sulla base di evidenze scientifiche, non assumersi la responsabilità di prescrivere ed attuare interventi diagnostici e/o terapeutici in contrasto con le proprie convinzioni e

		<p>- assenza di conflitto con le convinzioni tecnoscientifiche del curante (*)</p> <p>Esclusione di condizioni in cui l'accoglienza alle persone avviene con l'applicazione di criteri di "territorialità obbligata" con esclusione quindi di una selezione impropria dell'accesso al trattamento delle persone definite come "non residenti" nell'area geografica di "competenza" del servizio.</p>	<p><i>conoscenze tecniche se tali azioni potrebbero causare danni diretti o indiretti alla persona che richiede un trattamento o sarebbe uno spreco di risorse contingentate a svantaggio di altre persone bisognose in attesa.</i></p>
4	Comunicazione e Partecipazione alle scelte durante il trattamento	Alto grado di informazione attiva delle persone assistite da parte dell'organizzazione e di coinvolgimento nei processi decisionali che li riguardano, con possibilità concreta di fare domande ed ottenere risposte esaurienti.	
5	Prevalutazione diagnostica e della severità clinica	Trattamenti eseguiti in presenza di diagnosi multidisciplinare precedente e graduazione della severità clinica con programma assistenziale strutturato, adeguato e coerente con la diagnosi. Possibilità/previsione di rivalutazione diagnostica periodica e della severità clinica in corso di terapia con possibilità di rimodulazione dell'intervento	
6	Appropriatezza	<p>Caratteristica degli interventi per la quale i benefici attesi superano fortemente i rischi derivanti dall'intervento stesso (mortalità, morbidità, disagio, perdita di gg lavorative ecc.) mantenendo un alto grado di coerenza dei processi assistenziali utilizzati con le evidenze scientifiche specifiche e i criteri di qualità (validità tecnoscientifica con capacità di risposta - responsiveness - ai bisogni globali della persona (sanitari, psicologici, educativi e sociali).</p> <p>Valutare l'appropriatezza significa valutare sia la congruità delle metodologie utilizzate in relazione al problema che si sta affrontando e alle evidenze scientifiche esistenti, sia il grado di risposta adeguata ai reali bisogni della persona.</p> <p>In pratica, i punti principali per cui gli interventi terapeutici possono essere considerati <u>adeguati</u> sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - interventi preceduti da una corretta diagnosi multidisciplinare e valutazione della severità clinica. - In presenza di un "programma" terapeutico strutturato ex ante, controllabile nello svolgimento e coerente con la diagnosi - Esistenza di rivalutazione diagnostica e delle grado di severità clinica nel corso della terapia con possibilità di rimodulazione dell'intervento - Che utilizza tecniche di cura basate sulle evidenze scientifiche. - Che assicura un approccio multidisciplinare con interventi coordinati in ambito: <ul style="list-style-type: none"> • psicologico • educativo • medico/sanitario • sociale 	<p><i>L'appropriatezza dei trattamenti va valutata anche in relazione alla qualità degli ambienti dove essi vengono espletati, che devono essere coerenti con le necessità dettate dai problemi affrontati e dalla necessità di mantenere le buone prassi e gli altri criteri di qualità degli interventi (riservatezza, equità, efficacia, comfort, ecc.)</i></p>

		<ul style="list-style-type: none"> - con obiettivi di autonomizzazione e maturazione/integrazione sociale della persona sotto tutti i punti di vista. Contemporanea attenzione a reinserire la persona dal punto di vista: <ul style="list-style-type: none"> • sociale • scolastico • lavorativo <p><u>fin dall'inizio del trattamento</u> (e non solo alla fine) e durante il trattamento in base alle caratteristiche e potenzialità della persona che vanno sfruttate fin dall'inizio, per quanto possibile.</p>	
7	Sicurezza dei trattamenti	Buone condizioni con cui si assicurano i clienti e gli operatori da eventuali rischi o danni derivanti dal processo di erogazione dell'assistenza e/o dall'ambiente in cui viene erogata	
8	Efficacia	capacità dimostrabile di produrre realmente risultati positivi esprimibili in termini di: Grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata valutato in relazione alle condizioni cliniche e di rischio rilevate all'ingresso in trattamento. Attraverso il raggiungimento di almeno 4 obiettivi: cessazione/riduzione dell'uso di sostanze, aumento della qualità di vita, reinserimento sociale e lavorativo, riduzione dei rischi di patologie correlate, criminalizzazione e/o prostituzione	<i>Vedi anche STATEMENT SULLA VALUTAZIONE DELL'OUTCOME – PROTOCOLLO SESIT – Ministero della Salute</i>
9	Eticità	Rispetto dei diritti umani, dei principi di eguaglianza nell'accesso e nell'utilizzo dell'assistenza e del buon uso delle risorse, coerentemente con i valori sociali propri della comunità dove si espletano gli interventi e di quelli dell'etnia di riferimento del cliente.	
10	Dignità	Assicurare un trattamento con una relazione cortese e rispettosa	
11	Legalità	Condizione di rispetto delle norme vigenti della Regione e del Paese dove viene espletato l'intervento, coerentemente con il rispetto dei diritti umani	
12	Riservatezza e confidenzialità	Condizioni per le quali viene assicurata la conservazione delle informazioni sanitarie (dati personali e dati sensibili) in sicurezza e in totale confidenzialità, nel rispetto della legge sulla privacy e del segreto professionale. Tali condizioni dovrebbero riguardare sia i processi assistenziali e le modalità relazionali utilizzate sia gli ambienti di erogazione sia le modalità di archiviazione.	

13	Continuità assistenziale	<p>Condizione per la quale il cliente ha assicurata la continuità delle prestazioni nel tempo anche nel caso di cambiamenti dell'equipe curante e/o trasferimenti in altre strutture e/o cambiamenti di trattamento</p> <p>Assicurare soprattutto una gestione coordinata delle <u>dimissioni</u> dalle varie unità operative (sert, comunità terapeutiche, reinserimenti ecc.) con obbligo, in caso di allontanamento per incompatibilità ambientale o non rispetto delle regole terapeutiche, di invio/accompagnamento protetto ed assistito presso altre unità operative del dipartimento (ferma restando la libera scelta anche di non curarsi).</p> <p>Previsione di un coinvolgimento dei medici di medicina generale e delle altre unità operative sanitarie a volte coinvolte nell'assistenza alle persone tossicodipendenti (ospedale, distretto ecc.)</p>	<p><i>Esistenza di precisi vincoli nei processi assistenziali utilizzati finalizzati ad assicurare alla persona assistita cure durature nel tempo in base ai suoi bisogni. Prevedendo inoltre un impegno, in presenza di necessità di dimissioni per incompatibilità ambientale o sopraggiunta inappropriata del trattamento precedentemente impostato (es. per variazioni dello stato clinico/motivazionale), ad assicurare un invio/accompagnamento protetto ed assistito</i></p>
		<p>Con coinvolgimento anche degli enti locali per quanto riguarda la fase di reinserimento.</p>	<p><i>ad interventi a diversa soglia (non abbandono della persona che esce dal trattamento).</i></p> <p><i>Luogo organizzativo del coordinamento operativo: dipartimento per le dipendenze</i></p> <p><i>Assicurare la continuità anche della documentazione clinica tra diverse U.O. interdipendenti (assicurare la trasmissione tempestiva per utilizzo e aggiornamento)</i></p>
14	Esistenza del controllo dell'efficacia	<p>Presenza di controlli periodici durante il trattamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • su assunzione di sostanze (1/ settimana), • su indicatori di outcome (1/3 mesi) <p>Controllo del Tasso di ritenzione in trattamento (TRI) o dell'Aderenza al Trattamento Programmato (ATP)</p> <p>Eseguire controlli anche dopo il trattamento – postdimissioni (ricaduta) (follow up di lungo termine, 6m, 1aa, 3aa, 5aa)</p>	
15	Fattibilità del trattamento	<p>Grado di realizzabilità dei programmi terapeutici in relazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - risorse individuali della persona assistita, motivazione al trattamento - aderenza ai programmi da parte delle persone assistite, capacità di ritenzione raggiungibile con l'assistenza (*) - risorse a disposizione e realmente utilizzabili da parte delle unità operative per i trattamenti proposti - competenze reali degli operatori - legittimità 	<p><i>(*) "assistenza" intesa come l'insieme delle: terapie, modalità relazionali, condizioni ambientali di assistenza</i></p>

2.3. Gestione della cronicità e cronicizzazione

L'adeguamento della rete dei servizi ai cambiamenti dei consumi non richiede solo uno sforzo di *normalizzazione* della situazione dei servizi che consenta loro di operare in condizioni di maggiore stabilità. La rapidità dell'evoluzione del fenomeno droga e la sua natura poliedrica (ampiamente illustrata altrove) richiede soprattutto lo sviluppo di nuove competenze di sistema, in direzione dell'*anticipazione*. Ciò non è possibile fin quando i servizi non riescono a raggiungere il grado minimo di stabilità necessaria ad operare e non sviluppano maggiori e migliori capacità di ricerca ed innovazione a livello trans-disciplinare. Ciò fa sì che gli operatori del comparto continuino a vivere una condizione di *emarginazione* dai più ampi processi di cambiamento e innovazione che attraversano altri settori (ad esempio la Funzione Pubblica o il *management* del Non Profit) che, seppur con mille difficoltà, vivono comunque una fase di rilancio culturale e d organizzativo.

I *trends* di consumo di droghe evidenziati nell'ultima Relazione al Parlamento, nonché i dati raccolti dalle testimonianze qualificate di operatori dei servizi, indicano la tendenza alla stabilizzazione di una popolazione (consistente) di tossico dipendenti, principalmente eroinomani e/o alcolisti spesso con patologie correlate, per i quali si assiste, di norma, alla riduzione delle prestazioni dedicate, essendo le stesse limitate ai trattamenti farmacologici specifici ed al controllo clinico delle patologie correlate (quando possibili) e/o ad attività sociali finalizzate a garantire agli stessi, se non in possesso di risorse individuali, livelli di vita accettabili.

Sarebbe opportuno, in questi casi, parlare di cittadini con patologia da dipendenza in trattamento a lungo termine; è peraltro invalso l'uso di parlare in questi casi di tossicodipendenti e/o alcolisti cronici, termini che definiscono un cluster di cittadini verso i quali i servizi paiono allo stato avere esaurito le risorse di intervento, al di fuori di quanto descritto. Tale condizione di cronicità è frequentemente caratterizzata da alcune condizioni, alcune relative al cittadino malato e altre relative agli operatori socio-sanitari o, più in generale, al sistema (in associazione varia):

- oggettiva gravità ab inizio della patologia presentata da questi soggetti, compresi disturbi comportamentali che hanno, talvolta, reso difficile l'interazione con l'équipe e la possibilità di inquadramento diagnostico e l'esecuzione dei trattamenti ordinari;
- presenza di ripetuti fallimenti nella esecuzione dei trattamenti-ricidiva frequente in utilizzo di stupefacente;
- stile di vita per lo più povero e assenza di stimolo endogeno al miglioramento;
- stanchezza della équipe di riferimento costretta non di rado a confrontarsi con interventi ad alta intensità e/o a lunga durata (frequenti interruzioni e riprese di trattamento, gestione di eventi acuti, crisi relazionali e acting-out spesso ripetuti, supporto alla progressiva riduzione delle risorse psicofisiche degli interessati) o, per converso, con trattamenti caratterizzati da interventi a bassa intensità, ma protratti nel tempo con ridotta o assente risposta degli interessati agli stimoli ordinari;
- ritiro di alcuni degli operatori di riferimento dagli interventi proattivi e progressiva deviazione verso atteggiamenti reattivi o di attesa, fino al disimpegno franco;
- erogazione stanca da parte degli operatori superstiti solo di interventi minimali, spesso in assenza di ogni forma di verifica del risultato o, per converso, utilizzo nell'analisi di risultato di standard troppo elevati (on/off), senza la possibilità di valutare il raggiungimento di obiettivi intermedi;
- assenza, o difficoltà di attivazione, di sistemi di rete che possano contribuire alla gestione congiunta dei casi più problematici;
- necessità (non ultima) di allocare le scarse risorse di personale per il raggiungimento di altri obiettivi istituzionali.

È bene tenere sempre presente che i trattamenti a lungo termine, destinati a cittadini con patologia da dipendenza particolarmente grave, generano negli operatori interessati problemi connessi con la gestione di forme di dipendenza secondaria e, soprattutto se limitati alle terapie farmacologiche ed al contenimento comportamentale, il confronto quotidiano con situazioni psicologiche di "fallimento". Tale condizione è sostenibile solo per periodi limitati e, se non governata, porta inevitabilmente ad acquisire logiche operative riduzionisti-

che o fatalistiche, con il correlato ben conosciuto a tutti di comportamenti pragmatici, adattativi o reattivi, o peggio ancora di razionalizzazione "scientifica", che sappiamo quanto mascherino passività, evitamento, fino alla vera e propria negazione.

Questo è vero soprattutto per quelle équipes in cui alcuni operatori possono scaricarsi delle responsabilità connesse con tali trattamenti che, è bene sottolinearlo, costituiscono un fatto di équipe e non di singoli operatori. È esperienza comune che la c.d. "ghettizzazione" in area farmacologica di un numero variabile di cittadini in trattamento, se da una parte garantisce (relativamente) in termini di tranquillità sociale, dall'altra lascia inevitabilmente aperta la questione di ciò che è possibile ancora fare per ognuno di essi, in una sorta di stand bay fisso, estenuante e mortificante. È pertanto necessario porsi preventivamente alcune domande precise su questo argomento (i trattamenti lungo termine costituiscono una questione prevalente di risorse/organizzazione?, di tempo?, di selezione naturale?, di mission?, di linguaggio? ecc...), rifletterci sopra, darsi delle risposte e formulare ipotesi come prerequisito indispensabile; gli indicatori sulla qualità di vita degli utenti lungo termine sono un fatto successivo, quasi derivato.

Complessivamente la condizione di cronicità pare quindi essere caratterizzata più dalla (incapacità di) risposta del sistema di intervento che dalle caratteristiche intrinseche della patologia. A parziale giustificazione conviene ancora una volta ricordare che l'operatività dei servizi per le tossicodipendenze, è in larga parte quella tipica di sistemi operanti in ambiente instabile e che qualsiasi tentativo di ridefinizione dell'offerta passa obbligatoriamente dalla ridefinizione degli obiettivi e delle risorse.

A tutto questo si aggiunge che la percezione degli assetti, della consistenza e del funzionamento dei modelli di intervento in materia di dipendenze è notevolmente differente in diversi territori. Gli operatori denunciano frequentemente disparità di inquadramento, trattamento economico da parte dell'Istituzione e cultura istituzionale. Questo fa sì che operare in una Regione o in un'altra abbia implicazioni di grande rilevanza.

Appare oltremodo encomiabile che questi operatori, pur così penalizzati, abbiano continuato a prestare il proprio pieno contributo lavorativo in un ambito riconosciuto di particolare difficoltà senza che le pur legittime lagnanze ne intaccassero la professionalità.

Il problema travalica la mancata applicazione a livello nazionale della soluzione organizzativa dipartimentale, seppur questa fornisca una base culturale più omogenea, o il mancato (o incompleto) recepimento dell'ultimo Atto di Intesa Stato-Regioni, per sollevare tematiche di maggior complessità politica (la dinamica delle Autonomie Locali e il rapporto con il Governo Centrale).

2.4. Le Politiche attive del lavoro: le possibili strategie per favorire i processi di inserimento lavorativo

2.4.1 Premessa

Il quadro generale degli interventi per l'inserimento lavorativo

La possibilità di trovare e mantenere un lavoro costituiscono tradizionalmente un significativo e visibile segnale della capacità di ogni individuo di sentirsi incluso nel proprio ambiente di vita. Pertanto i servizi sociali e sanitari rivolti ai soggetti deboli sono sempre stati impegnati, anche se con modalità differenti, a realizzare interventi che favorissero ed accompagnassero in primo luogo i processi di inserimento lavorativo e in secondo luogo i processi di mantenimento del lavoro.

Negli anni sono state quindi investite ingenti risorse in tale direzione, da parte di organismi e sistemi differenti, tutti orientati ad aumentare il numero dei soggetti che potessero far esperienza di un processo verso l'autonomia e la realizzazione delle potenzialità individuali.

Nel settore delle dipendenze gli interventi riabilitativi hanno sempre contemplato attività centrate sul lavoro, fosse esso in ambiente protetto o in ambiente esterno. In funzione dei diversi orientamenti e delle diverse visioni il lavoro ha assunto a volte la valenza di risultato finale e conclusivo di un percorso terapeutico riabilitativo, altre di opportunità costante e intrinsecamente significativa di una evoluzione in corso. Non a caso molte delle esperienze di inserimento lavorativo sono state condotte nell'ambito delle strutture residenziali quale fase conclusiva del piano individuale di trattamento. Al contempo si sono sviluppate negli anni le innumerevoli esperienze nell'ambito della cooperazione sociale, spesso collegata alle strutture residenziali, attraverso cui si sono realizzate opportunità di lavoro modulate sui diversi livelli di autonomia e di capacità individuale. Molte delle esperienze in questo ambito sono estremamente utili in tutti i casi in cui le potenzialità individuali risultano essere molto compromesse e con limitata possibilità di evoluzione.

Sempre più si profila la necessità di programmare percorsi volti all'inserimento lavorativo o al mantenimento del posto di lavoro connesse all'intero svolgimento di un piano di trattamento: il lavoro, quindi, non quale tappa finale di una riabilitazione, ma quale elemento chiave della possibile evoluzione verso gli obiettivi realizzabili nel trattamento.

In questa impostazione risulta necessario un allargamento del campo di azione oltre all'ambito dell'imprenditoria sociale e/o delle forme di "protezione" del lavoro (borse lavoro, tirocini, ecc).

Tradizionalmente in ambito nazionale è stata meno utilizzata la strada di valorizzazione degli ordinari strumenti delle politiche attive del lavoro a favore di inserimenti in imprese del mercato profit. A fronte di una bassa competitività e produttività dei soggetti deboli, almeno supposta, ha fatto sì che le imprese fossero coinvolte solo su singole e personali sollecitazioni, oppure che esse si dimostrassero disponibili a fronte di una copertura economica diretta, almeno parziale, dei costi delle assunzioni. In questo caso sono stati utilizzati strumenti quali i sussidi o le borse lavoro o altre forme di benefit per l'impresa. Un diverso orientamento si sta manifestando negli ultimi anni con l'assunzione dei principi di responsabilità sociale di impresa, ove comunque rimane generalmente presente una visione di impegno sociale (a volte benefico) dell'impresa, ma non di una scelta di strategia che faccia convergere gli interessi produttivi con gli interessi dei soggetti più deboli nel mercato del lavoro.

In questo contesto si è assistito negli anni ad una ingente quota di risorse investite (Fondo Lotta alla Droga, Fondo Sociale Unico, Fondo Sociale Europeo, finanziamenti e fondi per l'occupazione, ecc) che hanno esitato in larga misura in inserimenti lavorativi "protetti", limitati nel tempo e sussidiati quali borse lavoro, Lavori Socialmente Utili, non finalizzati sempre ad una reale e incisiva autonomia ed indipendenza dal sistema dell'assistenza sociale.

Le indicazioni provenienti dalla strategia europea per l'occupazione

L'analisi del fenomeno ha contribuito a fornire elementi per l'attuale strategia europea per l'occupazione, che pur non rivolgendosi ovviamente allo stretto ambito della dipendenza patologica, ha centrato i propri obiettivi sulla fascia di popolazione più debole o che rischia maggiormente l'espulsione dal mercato del lavoro. Le indicazioni della strategia europea enfatizzano il ruolo dell'orientamento e dell'apprendimento lungo tutto l'arco di vita, la centralità della coesione sociale oltre che degli aspetti economico finanziari e la promozione di una logica di sviluppo delle comunità locali.

Tutte le indicazioni della strategia europea sottolineano la necessità inderogabile di far convergere le politiche sociali e quelle del lavoro: ne deriva una sollecitazione ad integrare politiche locali, ma anche interventi ed azioni in un'ottica di sperimentazione di soluzioni operative.

Le indicazioni della politica nazionale: le riforme del mercato del lavoro ed i servizi di mediazione

Tra i principali orientamenti attuali vi è la liberalizzazione delle operazioni di intermediazione nel mercato del lavoro (Riforma Biagi) con finalità anche di rendere più efficace l'azione dei Servizi per l'Impiego, rispetto all'inserimento lavorativo delle fasce più deboli della popolazione (riforma del collocamento e dei servizi pubblici per l'impiego).

Sottostante e parallela a questa riforma, vi è la necessità di eliminare quel circolo vizioso di assistenzialismo che tanto ha caratterizzato le politiche passive nel nostro paese e che si è tradotto in centinaia di migliaia di persone sussidiate a vario titolo, senza che i poteri pubblici riuscissero a promuovere una loro fuoriuscita dalle condizioni di dipendenza, e dai sussidi e dalla inoperosità rispetto a una attiva autopromozione nel mondo del lavoro.

Sebbene sia indiscutibile una politica di sostegno al reddito per i casi più bisognosi o per i disoccupati in genere, la tendenza politica degli ultimi governi a partire dagli anni '90 è quella di mettere in campo azioni di sostegno, orientamento e accompagnamento affinché i soggetti deboli possano nel più breve tempo possibile affrancarsi dal loro stato di bisogno. Le formule adottate a questo scopo, oltre alla modernizzazione in senso preventivo e proattivo della disoccupazione, utilizzano un mix di incentivi alle aziende (sgravi fiscali, bonus, finanziamenti, ecc.) e di sostegni diretti ai beneficiari finali. La differenza rispetto alle esperienze passate è che il "beneficiario" è in qualche modo tenuto ad assumere anche formalmente un impegno a partecipare attivamente alla propria promozione e ai progetti di sostegno mirato che i servizi mettono in campo. Tra questi obblighi, per esempio, vi è la necessaria accettazione di proposte di lavoro che siano "congrue" con precedenti esperienze lavorative.

E' sempre più chiara tuttavia la debolezza di tale approccio soprattutto per i casi di maggior svantaggio sociale quando si opera unicamente sul soggetto beneficiario, senza considerare in senso più ampio il suo ambiente sociale e familiare e quindi il collegamento organico tra i diversi servizi che intervengono o devono intervenire sul quell'ambiente. Tale impostazione si trova anche nel disegno delineato dalla riforma dei servizi per l'impiego, ove si promuove l'azione di rete degli stessi con attori della formazione e del mondo produttivo, ma non si contempla ancora un coordinamento più esteso con le reti di base dei servizi sociali e socio sanitari.

2.4.2 Una organizzazione di rete intersistemica

Una visione di integrazione funzionale delle politiche per promuovere processi di empowerment degli individui

Un vero e proprio cambiamento di 'prospettiva' deve poter guidare le iniziative locali di inserimento lavorativo di soggetti deboli. Non partire più dalla visione del servizio pubblico, bensì da quella del mercato del lavoro e dello sviluppo socio-economico di area. Rompere la chiusura entro cui opera il servizio pubblico e instaurare una *comunicazione aperta tra mondo dell'impresa e politiche sociali*.

1. I servizi hanno *al centro le persone*, e tra queste in primo luogo quelle in difficoltà;
2. La risposta ai bisogni è *'personalizzata'*;
3. L'intervento sociale è rispettoso e dialogante, cerca le *risorse e potenzialità da mobilitare* e non i 'mali' da curare;
4. La funzione pubblica nei servizi alle persone in difficoltà si concretizza nella promozione, nel controllo e nella *garanzia della risposta*;
5. Il coinvolgimento del territorio assicura la *presa in carico collettiva* del problema e della risposta al problema;
6. Non si può affidare al mercato, e quindi alla logica del 'più forte', la *cura dell'integrazione* delle categorie deboli;
7. Gli interventi a carattere assistenzialistico per l'inserimento lavorativo evidenziano limiti strutturali, mentre garantiscono permanenza quelli a *carattere promozionale e sistemico*;
8. L'uso e la destinazione pubblica di beni comuni (di cui il diritto all'inclusione sociale e lavorativa costituisce parte significativa) può essere più vantaggiosamente perseguita attraverso quel *processo di mobilitazione di risorse proprie di una pluralità di soggetti in capo ad uno scopo comune e condiviso tra più partners* (lavoro di rete);
9. L'inserimento lavorativo può avere successo quando si basa sullo sviluppo di competenze e di potenzialità da parte dei soggetti deboli, affinché il *lavoro diventi un'opportunità 'vera' di emancipazione dell'individuo*;
10. L'inserimento lavorativo può avere successo quando si basa sul collegamento degli inserimenti lavorativi con le *esigenze delle imprese* di assumere personale qualificato ed affidabile;
11. Nel contesto dell'attuale welfare, è necessaria la *convergenza e collaborazione tra politiche*: politiche sociali, politiche sociosanitarie, politiche della formazione e politiche del lavoro e dell'impresa.



Tale prospettiva sostanzia la realizzazione di un Welfare di Comunità, secondo cui occorre sviluppare una rete stabile di programmazione delle politiche sociali e del lavoro in ambito locale:

- A. Che sostenga la ricerca del lavoro sulla scorta delle potenzialità del soggetto e delle necessità ambientali locali
- B. Che regolamenti i percorsi e le procedure di lavoro integrato tra i diversi protagonisti;
- C. Che aiuti la formazione di una cultura comune basata su reciproca fiducia;
- D. Che favorisca l'empowerment del soggetto e della collettività di riferimento;
- E. Che integri gli attuali strumenti pianificatori: Piani di Zona (PdZ), Piani Sanitari Locali (PAL), Patti Territoriali (PTL), Piani Integrati Territoriali (PIT).

I vantaggi per gli organismi cooperanti

La rete per l'inserimento lavorativo di soggetti deboli presenta alcuni precisi vantaggi per gli organismi cooperanti.

Innanzitutto, la rete può assicurare a tutti i partner:

- Maggiore coesione e cooperazione, alleanze e patti in ambito locale;
- Partecipazione alla programmazione e negoziazione finanziaria in ambito regionale, locale;
- Scambio di informazioni, integrazione di risorse e di processi, migliori risultati comuni integrando competenze professionali.

In particolare la rete offre la possibilità alle imprese di:

- avere garanzia sulle nuove risorse umane*: usufruire di risorse umane da inserire nelle imprese, di cui viene garantito il profilo, sostenuto dalla rete di servizi. Tali risorse rappresentano un investimento per le imprese, grazie a percorsi di orientamento e accompagnamento mirati;
- inserirsi nella programmazione locale*: sottoscrivere patti e accordi previsti dai piani provinciali e zonali.
- sviluppare "*responsabilità sociale*" di impresa.

Assicura agli organismi istituzionali di:

- offrire *risposta all'utenza*: predisporre piani di inserimento lavorativo e sociale per i soggetti deboli, diminuendo, tra l'altro, la cronicizzazione ed il costo sociale;
- adeguarsi alle *strategie europee*: innovazione degli approcci alla politiche sociali ed economiche, attraverso l'adeguamento alle strategie europee;
- realizzare la *sussidiarietà*: reale promozione di logiche di sussidiarietà, avvalendosi dei prodotti delle reti locali che il progetto promuove tra soggetti pubblici, privati e del privato sociale;
- promuovere *l'immagine*: rafforzamento di immagine per le politiche, radicandosi sul territorio, ampliando il consenso.

Assicura al **terzo settore** di:

- partecipare ai *processi decisionali*: riconoscimento da parte degli organismi istituzionali del ruolo strategico nella pianificazione locale e nella realizzazione delle azioni volte alla lotta contro l'esclusione sociale, entrando nella pianificazione locale;
- essere *riconosciuti nelle competenze*: riconoscimento esplicito del know how acquisito nel campo delle politiche di inclusione sociale e lavorativa di soggetti deboli.

Un modello di governo e gestione della rete

La realizzazione di politiche ed interventi integrati a livello territoriale rende necessario e ineluttabile un governo ed una gestione delle reti, capace di condividere e realizzare obiettivi comuni a partire da sistemi ed organizzazioni con scopi differenti.

Il governo di una rete tra più soggetti e più sistemi rende necessaria l'individuazione di uno o più **nodi** principali della rete, uno dei quali senz'altro rappresentato dai Servizi pubblici per l'Impiego e, di conseguenza, dalle Province.

E' operativamente utile prevedere differenti livelli di governo/gestione:

- Tavolo istituzionale (governo e concertazione tra istituzioni pubbliche e private) deputato alla gestione delle politiche e dei programmi locali, capaci di concretizzare in strategie operative le politiche indicate capaci di;
- Gruppo di gestione della rete locale (network management) finalizzato alla gestione operativa territoriale. Costituisce l'ambito organizzato in cui operatori rappresentanti dei soggetti leader della rete coordinano le proprie azioni e valutano la qualità dell'intervento, allo scopo di adeguare gli sforzi di ciascun soggetto agli obiettivi fissati; non è solo un luogo di direzione, ma uno strumento di riflessione e di emancipazione a

disposizione di tutti gli attori;

- Gruppo di gestione dei casi (case management) finalizzato alla gestione operativa dei singoli casi in trattamento per i quali avviare percorsi di inserimento lavorativo, a fronte di procedure condivise di orientamento, formazione, inserimento lavorativo e accompagnamento per il mantenimento del posto di lavoro.

3. LA VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA' NEGLI INTERVENTI SULLE DIPENDENZE: UNA PROPOSTA PER UN MODELLO CONDIVISO

3.1. Premessa

I diversi orientamenti e la necessità di una base comune

Gli approcci alla valutazione dei sistemi sociosanitari possono essere diversi e non esiste ad oggi un unico riferimento ma è necessario raggiungere un accordo di massima almeno su un modello generale su cui orientare i sistemi Regionali. Questo documento rappresenta una base di partenza per la discussione, preparata e concordata all'interno dei gruppi di lavoro per la preparazione della Conferenza Nazionale sulle Droghe 2005.

Le finalità e l'utilizzo della valutazione

È indispensabile premettere che il sistema di valutazione è la base necessaria e funzionale al "Decision Making" e cioè che la sua finalità principale, e per la quale si esegue la valutazione, è proprio la sua funzione vicariante il prendere decisioni. Qualsiasi attività valutativa quindi verrà intrapresa e mantenuta solo se utile al Decision Making.

Si vuole quindi governare il sistema assistenziale/produttivo attraverso decisioni consapevoli, basate su informazioni affidabili, al fine di orientarlo verso il punto di migliore equilibrio economico (massimi risultati ai minimi costi).

Risulta necessario chiarire preliminarmente che la finalità principale dell'introduzione permanenti di sistemi per la valutazione è quella quindi di capire i punti critici di una organizzazione, del processo assistenziale, di una terapia o di tutto ciò che in qualche modo abbia bisogno di un controllo costante, attraverso l'utilizzo di indicatori sintetici e rappresentativi, per governare l'andamento in termini di consumi, produttività, qualità e risultati concreti degli interventi sulle persone assistite.

Tutto questo quindi al fine di governare permanentemente il sistema e migliorare il servizio alla persona anche mediante un uso razionale delle risorse.

In altre parole la finalità della valutazione, per essere accettata dagli operatori e diventare di successo, dovrà essere quella di poter rendere espliciti e visibili i problemi al fine di poter individuare precoci ed efficaci soluzioni, controllandone in seguito il reale effetto benefico. Il tutto dentro un ciclo virtuoso di osservazione - programmazione - azione - controllo - miglioramento continuo, che è indispensabile attuare permanentemente e costantemente all'interno di qualsiasi organizzazione che si occupi di servizi alle persona.

Gli strumenti ed i sistemi di valutazione devono essere intesi quindi come sistemi per individuare e risolvere problemi non per individuare e imputare "colpe". Vanno quindi escluse finalità "punitive o di controllo censorio" degli operatori che in questo caso risulterebbero inopportune ed inutili oltre che portare alla non accettazione dei sistemi di valutazione e quindi al loro non utilizzo.

In altre parole: "non sparate sul pianista perché smetterà di suonare" ma "dategli un nuovo spartito e suonerà meglio".