



# ALTA INTEGRAZIONE

## per i Dipartimenti delle Dipendenze

DOCUMENTO IN PROGRESS

come contributo per la discussione alla

5° Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga

Proposto da:

FICT, CNCA, FEDERSERD

In collaborazione tecnica con:

*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

**Dipartimento Politiche Antidroga**

*Roma – Milano*

*marzo 2009*

Supervisione tecnico scientifica:

*Prof. Gian Maria Battaglia*

SDA – Bocconi – School of Management



## Presentazione

Il Tavolo di Alta Integrazione delle Comunità e dei SerT nasce nel 2002 come momento di riflessione del sistema degli accreditati nel settore delle dipendenze in Italia. Le maggiori federazioni di operatori e strutture pubbliche e private – Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA), Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD), Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT) – iniziarono a valutare l'applicazione delle Intese Stato Regioni del 1999 sull'accREDITAMENTO del sistema di intervento e sui modelli organizzativi, che allora come ora appariva deficitaria ed incerta in molte regioni italiane.

L'attenzione alle persone con problematiche di abuso e dipendenza che si presentano ai servizi, la migliore assistenza possibile in un quadro normativo e organizzativo idoneo e omogeneo sul territorio nazionale sono gli obiettivi principale della nostra azione.

Ne sono derivate iniziative e documenti che hanno affrontato il livello organizzativo necessario per un intervento armonico e riconosciuto (Dipartimento delle Dipendenze) e confronti con le Istituzioni e la Politica sulla realtà dei fenomeni e la applicazione delle leggi in materia.

L'ulteriore evoluzione dei lavori del Tavolo, che deve essere visto come luogo aperto ad ogni contributo, iniziata nell'estate scorsa in rapporto anche con il Dipartimento Politiche Antidroga e della quale questo documento è un primo prodotto, insiste sulla definizione di integrazione nell'ambito delle dipendenze con spunti tecnici ed operativi che riteniamo di interesse sia per la Conferenza di Trieste, sia per la attività degli operatori che nei SERT e nelle Comunità assistono ogni anno oltre 200.000 cittadini .

Lucio Babolin, Presidente CNCA - Alfio Lucchini, Presidente FeDerSerD - Mimmo Battaglia, Presidente FICT



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*  
DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

## Premessa

Il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri su precisa indicazione del sottosegretario Carlo Giovanardi ha accolto molto favorevolmente la proposta delle organizzazioni (FeDerSerD, Fict e Cnca) di iniziare ad approfondire tecnicamente la problematica dell'alta integrazione tra servizi ed operatori.

Questo tema era già una delle priorità identificate dal DPA come argomento e area da presidiare e approfondire, coinvolgendo quante più organizzazioni possibili sul tavolo di lavoro. È chiaro quindi che nel ringraziare le prime organizzazioni proponenti per aver focalizzato un argomento importantissimo, si ribadisce il fatto che non esiste "esclusiva" di partecipazione a questo gruppo di lavoro spontaneo e che questo Dipartimento prevede la possibilità di partecipare da parte di qualunque organizzazione interessata e legittimata a farlo.

Il tema è strategico, come sarà strategica la partecipazione e la costante collaborazione che si dovrà instaurare su questi argomenti con le Regioni e P.A. che necessariamente dovranno essere coinvolte in virtù del loro ruolo. Il documento qui presentato deve essere considerato come un primo contributo tecnico alla discussione da attuarsi anche all'interno della quinta conferenza sulle droghe di Trieste. Pertanto non è esaustivo ne tanto meno definitivo ma da considerare "in progress". Il fatto che sia stato condiviso anche con organizzazioni che si sono in questi giorni pubblicamente espresse criticamente nei confronti della Conferenza di Trieste, non deve stupire. Evidentemente questo modo di procedere fa parte di una certa modalità di libera espressione e comportamento "ad assetto variabile" che, anche se contraddittorio e non condiviso da questo Dipartimento, appartiene al complesso sistema Italiano dell'area delle dipendenze. Pertanto ne prendiamo atto, considerandola una caratteristica intrinseca ad alcune componenti del sistema, cercando però di concentrarci più su ciò che ci può unire che dividere nella ricerca di una soluzione per risolvere i problemi concreti, anche se, con molta simpatia e comprensione, auspicheremo da tutti qualche passo in avanti anche su questo punto.

Il capo Dipartimento Politiche antidroga – PCM

Giovanni Serpelloni

## Realizzare l'integrazione: il "Tavolo dell'Alta Integrazione"

I presupposti che sono alla base di questo percorso iniziato sei anni fa da parte di **FeDerSerD - CNCA – FICT** si possono riassumere nel concetto elementare che ciascuno è bene che faccia ciò che sa fare meglio e cerchi di legare il tutto in una strategia di cura condivisa tra i protagonisti della cura. Tradotto nel linguaggio organizzativo e gestionale dell'intervento sulle problematiche della dipendenza chimica e non chimica, significa che le tre organizzazioni, che rappresentano la gran parte del sistema di intervento nel nostro paese, si sono impegnate nel miglioramento di quelle prassi, che per loro natura richiedono di essere necessariamente integrate in percorsi continui di interazioni e scambi che hanno al loro centro il paziente e i suoi problemi.

Dopo una prima fase dedicata al confronto aperto e costruttivo, per individuare e perfezionare gli snodi delle interazioni determinate dagli interventi di cura sui pazienti e una ampia e condivisa riflessione sulle forme organizzative che a nostro giudizio, devono stare alla base di questi processi virtuosi ( vedi il documento sottoscritto sulla necessità di attivare in tutte le aziende sanitarie il Dipartimento delle Dipendenze ) siamo dunque a proporre una seconda fase di questo processo, che vuole analizzare e discutere le pratiche e gli snodi gestionali ritenuti fondamentali per un efficace processo di integrazione delle rispettive competenze.

Il presente contributo intende proporre un quadro interpretativo generale sul tema dell'integrazione nell'ambito delle tossicodipendenze per la conferenza di Trieste 2009. Tale quadro interpretativo generale costituisce la base per una serie di soluzioni operative per rendere effettivo il principio dell'integrazione nel rispetto degli elementi di complessità del tema.

La proposta prende le mosse da due presupposti:

**Primo:** Il tema dell'integrazione si incrocia con il tema della programmazione regionale in tema di finanziamenti e attività (pubbliche e private). Tradizionalmente si è sempre cercato di realizzare l'integrazione degli interventi focalizzando l'attenzione sul momento programmatorio, nella convinzione che la coerenza (anche se relativa) degli atti di indirizzo e della programmazione finanziaria a livello regionale (o comunque istituzionale) potesse fornire adeguata garanzia e stabilità per il coordinamento dei diversi attori del sistema. All'atto pratico però le reali dinamiche operative frequentemente vanificano la concreta realizzazione di tali indirizzi teorici. Nel passato più recente tale fenomeno è dovuto in estrema sintesi a due problematiche principali:

1. La responsabilità economica delle ASL si è sempre fatta più pressante e le tensioni economiche e finanziarie devono trovare il momento di sintesi e "quadratura" nei bilanci dell'ASL. Ciò però comporta che i vincoli finanziari agiscono in modo diverso sulle diverse ASL e quindi condizionano la reale disponibilità di risorse (sia complessivamente che sulle varie voci di bilancio) per le attività e i servizi, senza una coerenza con le politiche di distribuzione delle risorse implicite nella programmazione. Poco ha potuto rimediare sinora il tentativo di vincolare le risorse a specifiche funzioni o servizi.
2. La tutela del principio di libera scelta e di mobilità per i pazienti rende inefficace la sola programmazione centrale come momento di ricerca dell'equilibrio del sistema. Proprio i citati principi intendono inserire "la voce" del paziente nelle scelte generando differenze tra il programmato e l'effettivo.

Si può peraltro riscontrare dire che in tutti i sistemi assistenziali si vada delineando un processo che ricerca modelli di funzionamento attraverso regole e meccanismi che ricercano gli equilibri ex-post e non più ex-ante come i modelli di programmazione pura ipotizzavano. In sintesi ciò significa ricercare la costruzione di un sistema di equilibri parziali da verificare a posteriori, rinunciando alla ricerca di un equilibrio predefinito

centralmente.

La presa d'atto di ciò comporta che anche la ricerca dei momenti di integrazione più efficaci si sposti dal livello della programmazione centrale regionale verso l'insieme dei momenti di interazione tra i vari attori. E' quindi sui meccanismi e sulle occasioni di interazione sui singoli pazienti o su specifiche azioni che si realizza l'integrazione degli interventi e si costruisce l'equilibrio di sistema in una evoluzione che potremmo etichettare: "dal macro al micro".

**Secondo:** l'elenco dei temi operativi in cui si manifesta il fabbisogno di maggior coordinamento e integrazione tra gli attori del sistema è lungo e tocca tutti i temi della conferenza.

I principi e gli obiettivi cui l'integrazione deve tenere conto ed essere finalizzata sono molteplici. Alcuni di questi rendono difficile proporre soluzioni operative valide in ciascun contesto o con riferimento a tutte le tipologie di attività e di problematiche che afferiscono alle tossicodipendenze. In particolare, a titolo di esempio, basti segnalare:

- Le diverse modalità di intervento da parte del sistema dei servizi
- Anticipazione degli interventi,
- Rispetto dell'autonomia del paziente (e la correlata libera circolazione sanitaria),
- Appropriatezza degli interventi.

Tali tematiche rimangono necessariamente astratte se non sono contestualizzate con riferimento a classi di pazienti o ad aree di attività definite. E' pertanto necessario prendere atto che le soluzioni per una migliore integrazione sono più facilmente identificabili solo attraverso la definizione di aree di attività su cui articolare le analisi e le azioni.

In questo contributo si propone di adottare uno schema a 4 aree di attività definite sia in relazione alle attività attualmente svolte sia alle linee di evoluzione dell'approccio alle tossicodipendenze emergenti a livello internazionale e italiano.

Le aree sono definite "Aree strategiche di attività" in quanto ciascuna di esse si caratterizza per problematiche strategiche differenti e solo parzialmente interagenti tra loro. Tale caratteristica facilita proprio al ricerca di soluzioni organizzative e operative valide in ciascuna area.

Le aree strategiche di attività proposte sono:

1. Prevenzione
2. Intercettazione precoce
3. Assistenza a bassa gravità
4. Assistenza ad alta gravità

La tabella seguente riporta una descrizione più analitica delle diverse aree strategiche di attività.

<b>Area</b>	<b>Prevenzione</b>	<b>Intercettazione precoce</b>	<b>Assistenza a bassa gravità</b>	<b>Assistenza ad alta gravità</b>
Caratteristiche distintive	<b>Azione indistinta verso la collettività</b>	<b>Azione nei confronti di gruppi a rischio o</b>	<b>Azione nei confronti di soggetti</b>	<b>Azione nei confronti di soggetti diagnosticati</b>

dell'attività	o gruppi di popolazione	nei confronti di soggetti non diagnosticati ufficialmente	diagnosticati ufficialmente e caratterizzati da alta evoluzione e basso carico assistenziale	ufficialmente e caratterizzati da bassa evoluzione ed alto carico assistenziale
---------------	-------------------------	---	--	---

Di seguito si articola una analisi sintetica delle diverse aree strategiche di attività con l'indicazione delle soluzioni per il miglioramento dell'integrazione degli interventi

Area	Prevenzione	Intercettazione precoce	Assistenza a bassa gravità	Assistenza ad alta gravità
Criticità dell'azione nelle diverse aree	Realizzata attraverso progetti: emerge il fabbisogno di continuità e sistematicità dell'azione	Dualismo tra Azione repressiva e non repressiva, con preferenza della seconda. Criticità della gestione dell'anonimità	Focalizzazione su diagnosi e rivalutazioni continue, alternanza tra interventi	Assorbe molte risorse e richiede molta integrazione operativa ed è caratterizzata da forte tendenza alla recidiva
Soluzioni "chiave" da proporre per migliorare l'integrazione	<p>Gestione dei "cicli di progetto":</p> <p>Definizione di modalità sistematiche e coordinate di analisi e individuazione delle attività che abbiano prodotto risultati efficaci documentati e stabilizzarli con finanziamenti integrati nel budget ordinario del dipartimento o assegnati con vincolo nella programmazione dei Piani di Zona.</p> <p>Regole che limitino i finanziamenti a progetto solo per quelli sperimentali, ovvero che contengano obiettivi e indicatori di risultato innovativi che necessitano di prova</p>	<p>Analisi best practices:</p> <p>Formazione dei gestori delle discoteche</p> <p>Interventi dinanzi le discoteche con alcoltest e riaccompagnamento a casa dei soggetti non idonei alla guida</p> <p>Formazione dei gestori dei locali dove si sviluppa qualsiasi tipo di gioco d'azzardo</p> <p>Formazione dei gestori delle scuole guida</p> <p>Azioni informative di rete da effettuare con medici di base, assessorati sociali, luoghi ricreativi, oratori, scuole, associazioni sportive, operatori di strada, mezzi informatici, pubblicità creativa, attivazione di strumenti innovativi tipo internet-chat-counseling on line</p>	<p>Case Manager come figura chiave per facilitare i processi di integrazione, definita sulla base della prevalenza di tipologia di intervento. Può appartenere perciò ad una qualunque delle organizzazioni implicate nella cura con caratteristiche professionali determinate dalla tipologia ed intensità del trattamento</p>	<p>Protocolli condivisi di percorso complessivo</p> <p>Audit di percorso</p> <p>Il case manager con particolare attenzione all'integrazione o al possesso di competenze psichiatriche.</p>

Ruolo e caratteristiche strumenti	Affidare la programmazione ai Piani di Zona ed il controllo dei risultati al Dipartimento Dipendenze	prevedere luoghi accessibili, non connotati nè connotabili per un'accoglienza precoce e stimolare una motivazione al cambiamento	interventi psicopedagogici ed educativi a livello sistemico coinvolgendo anche il sistema familiare e sociale di appartenenza. Prevedere esperienze socialmente utili	oltre all'intervento di tipo educativo sono necessari anche quelli a carattere farmacologico e psichiatrico
Budget	Definire regole affinché nel budget:  1. una quota sia integrata nel budget ordinario assegnato dalla regione alle ASL  2. una quota per finanziamento a progetto composta da risorse aziendali, risorse distrettuali dai fondi della Legge 285. risorse da reperire presso finanziatori private	idem	idem	idem
Accreditamenti	Istituzione di un albo specifico dei soggetti accreditati per la prevenzione con l'individuazione dei relativi criteri, certificando il possesso dei requisiti e il loro mantenimento nel tempo (competenza regionale)  Definire linee guida regionali e nazionali conformi alle linee di indirizzo della Unione Europea	Strutture organizzative ad hoc: Prevedere una funzione /consultorio di counseling costruito all'uopo con carattere di flessibilità	Sviluppo Standard di riferimento: In realtà già normati, occorre rivedere il minutaggio ospiti in rapporto alle figure professionali.	Sviluppo Standard di riferimento: In realtà già normati, occorre rivedere il minutaggio ospiti in rapporto alle figure professionali. Attivazione di meccanismi di audit delle misure di qualità dell'assistenza da gestire in forma coordinata.
Misurazione e valutazione	Attivazione di un repertorio di progetti validati nazionali e internazionali con indicazioni e vincoli di realizzazione	Attivazione di meccanismi di audit delle misure di qualità dell'assistenza da gestire in forma	Attivazione di meccanismi di audit delle misure di qualità dell'assistenza da gestire in forma coordinata.	Attivazione di meccanismi di audit delle misure di qualità dell'assistenza da gestire in forma coordinata.

	<p>conformi agli standard</p> <p>Attivazione di un nucleo di valutazione affidato al Dipartimento per il controllo dei progetti sperimentali finanziati ad hoc</p>	<p>coordinata.</p>		
<p>Certificazione stato TD</p>	<p>non pertinente</p>	<p>Autonomia professionale: non si dovrebbe prevedere l'apertura di nessuna cartella clinica</p>		<p>Sviluppo protocolli di rivalutazione attraverso cui rivedere in itinere ciascun paziente con monitoraggio costante</p>
<p>Nomenclatori e Tariffari</p>	<p>Progetti ad hoc. Occorre ripristinare il Fondo D.P.R. 309/90; creare accordi con le Regioni per finalizzare i finanziamenti; destinare l'1,5% del fondo sanitario nazionale alle politiche sulla droga</p>	<p>Convenzioni apposite o riconoscimenti delle prestazioni</p>	<p>Integrare il tariffario con servizi specifici che comportino una riduzione della spesa</p>	<p>Budget condiviso: Presa in carico multipla con compartecipazione di spesa</p>
<p>Sistemi informativi</p>	<p>Occorre uniformare i modelli esistenti consentendo la creazione di un livello informativo epidemiologico e direzionale comune utilizzabile da tutti per dare trasparenza alle informazioni e maggior significatività alle stesse.</p>	<p>Occorre uniformare i modelli esistenti consentendo la creazione di un livello informativo epidemiologico e direzionale comune utilizzabile da tutti per dare trasparenza alle informazioni e maggior significatività alle stesse.</p>	<p>Definizione di una base clinica comune minima con le necessarie appendici specialistiche, strutturata come documento sanitario che accompagna il paziente nel percorso di cura</p>	<p>Definizione di una base clinica comune minima con le necessarie appendici specialistiche, strutturata come documento sanitario che accompagna il paziente nel percorso di cura</p>

Come si noterà dallo schema le soluzioni proposte riguardano diverse tipologie:

- Soluzioni organizzative strutturali: nuovi ruoli organizzativi o nuove unità organizzative, ecc.
- Soluzioni organizzative legate a meccanismi operativi: protocolli, procedure, budget condivisi, ecc.
- Regole di sistema strutturali: revisione tariffari, standard minimi, ecc.

- Regole di sistema legate a meccanismi operativi: sistemi informativi integrabili, meccanismi di audit sul rispetto dei protocolli e delle procedure organizzative, ecc.

Su tali soluzioni si richiama la necessità di un adeguato bilanciamento tra le soluzioni “strutturali” e i cosiddetti meccanismi operativi.

### **Soluzioni/Conclusioni: una proposta di agenda di azioni**

Si propone di definire il ruolo del case manager per i pazienti dell'area strategica 2 secondo questi principi:

- Educatore Professionale
- Psicologo
- Si propone di definire il ruolo del case manager per i pazienti delle aree strategiche 3 e 4:
- Medico del Ser.T.
- Psichiatra
- Psicologo
- Educatore Professionale

Si propone di sviluppare un protocollo per i pazienti dell'area 4 sulla base del già esistente documento: “linee guida per la stesura di un protocollo operativo tra il dipartimento delle dipendenze, il dipartimento di salute mentale e le strutture residenziali e semiresidenziali accreditate per la gestione, il monitoraggio e la valutazione di interventi terapeutico-specialistici per tossicodipendenti con complicanze psicopatologiche e/o psichiatriche”.

Si propone infine di attivare quattro gruppi di lavoro allargati ad altri soggetti interessati a sviluppare le tematiche nella logica della integrazione sulle quattro aree di attività che sviluppino i temi seguendo lo schema di analisi proposto, perfezionando le proposte, individuando i tempi di sperimentazione e possibile applicazione nel corso del 2009. Proposta da presentare in sede di Conferenza Nazionale con il sostegno del Dipartimento Nazionale che fa da riferimento per il raccordo tra gli sviluppi di area e la sintesi finale.

*Roma/Milano, marzo 2009*