

“Alta Integrazione dei Servizi e Delle Professionalità”

Relatore: Dottor Guido Failace

VicePresidente FeDerSerD

Via Giotto 3

20144 Milano

I presupposti che sono alla base di questo percorso iniziato cinque 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 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 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 programmatico, nella convinzione che la cogenza (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 che in tutti i sistemi assistenziali si vada delineando un processo che individua 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 l'individuazione 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 la 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

Verranno proposti in Conferenza alcuni schemi con ipotesi di soluzioni che 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” i cosiddetti meccanismi operativi.

Soluzioni/Conclusioni: una proposta di agenda di azioni

Si propone di definire il ruolo del case manager in Conferenza secondo questi riferimenti professionali:

per i pazienti divisi in aree strategiche specifiche illustrate in Conferenza :

- Educatore Professionale
- Psicologo

per i pazienti delle altre aree strategiche :

- Medico del Ser.T.
- Psichiatra
- Psicologo
- Educatore Professionale

Si propone di sviluppare un protocollo per i pazienti che andremo a definire ad alta gravità sulla base del già esistente documento ***Progetto Nazionale Mosaico***: “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 varie aree di attività che elaborino i temi seguendo lo schema di analisi proposto, perfezionando le proposte, individuando i tempi di sperimentazione e possibile applicazione nel corso del 2009. La proposta sarà presentata a Trieste in sede di Conferenza Nazionale e verrà richiesto il sostegno del Dipartimento Nazionale Antidroga che farà da riferimento per il raccordo tra gli sviluppi di area e la sintesi finale.