

Introduzione ai sistemi assistenziali
orientati alla Clinical Governance

IL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE: assetti organizzativi e adeguamento delle risposte ai cambiamenti

CONFERENZA NAZIONALE SULLE DROGHE

Palermo, dicembre 2005

DNPA - DIPARTIMENTO NAZIONALE POLITICHE ANTIDROGA

Giovanni Serpelloni

Il concetto di sistema

La sinergia



La sinergia → istituzionalizzata



Il concetto di "sistema"



Il concetto di "sistema"



Il concetto di "sistema"



Un Piano di intervento "systemic oriented"

Piano di Zona



Piano Aziendale



Programma di intervento

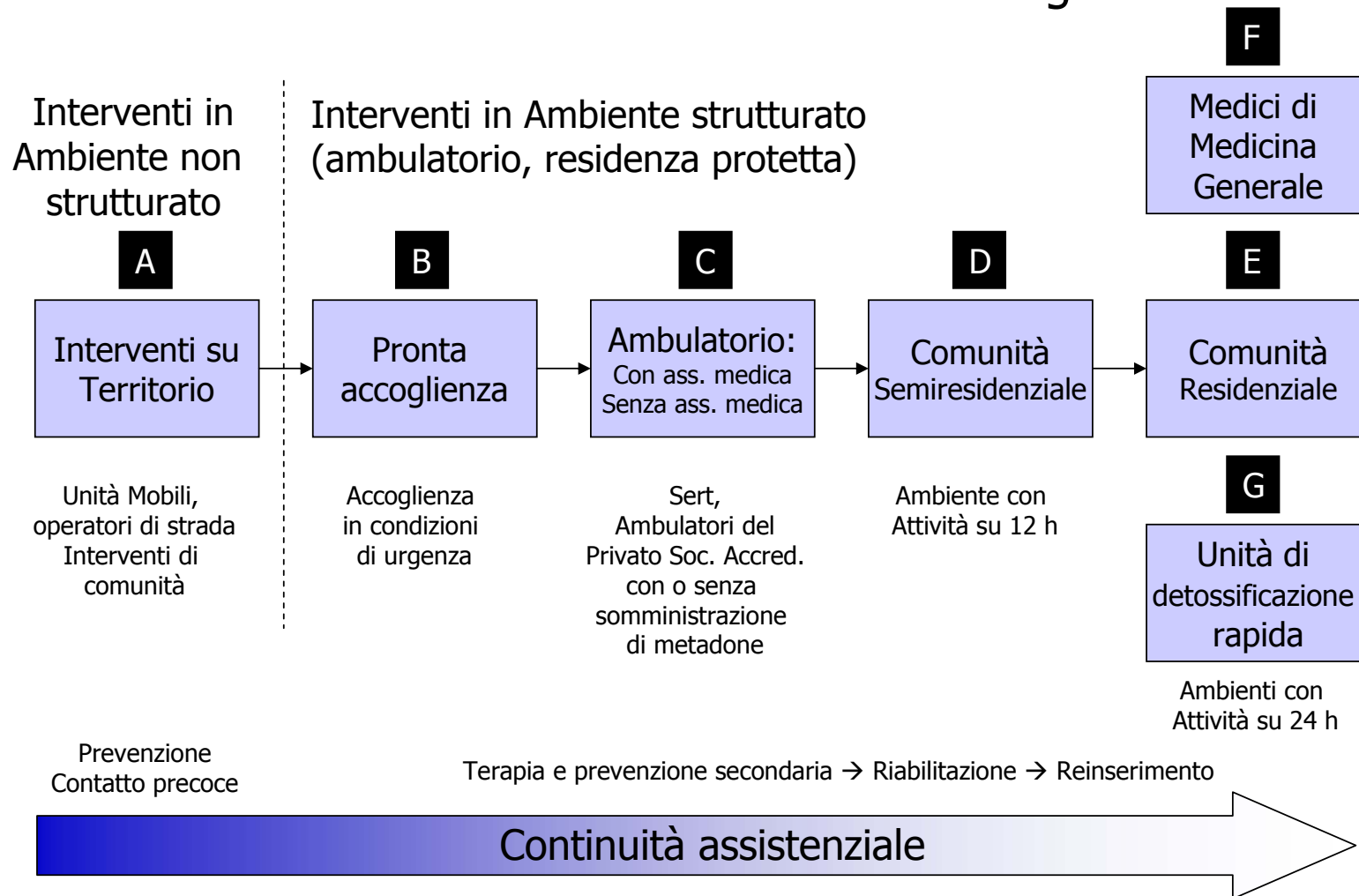


**COERENZA
COERENZA
COERENZA**

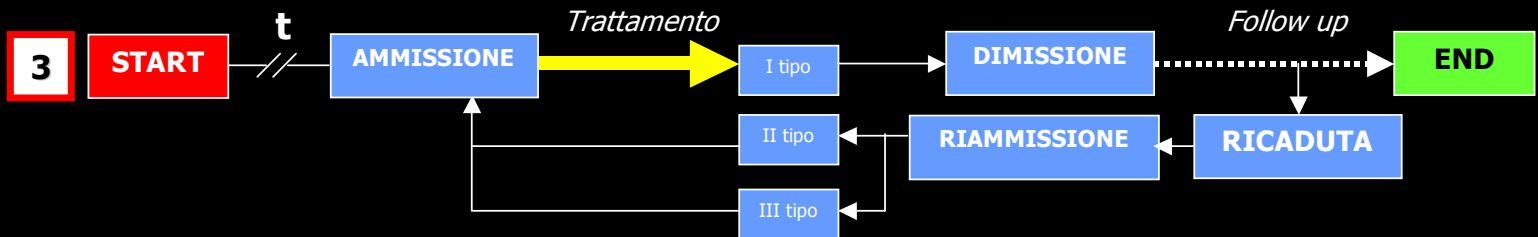
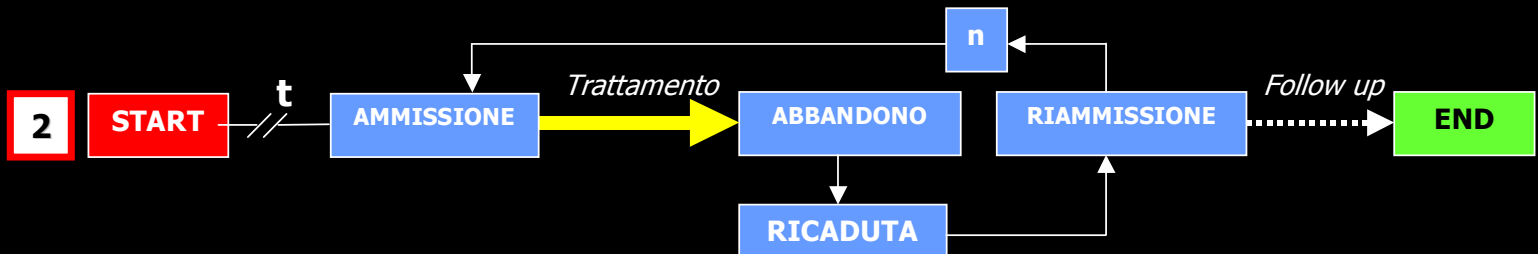
Criteri di base per la creazione del “sistema”

- **Sistema** = insieme unitario di U.O. correlate e coordinate nelle finalità e nelle modalità operative, con processi espliciti e regole condivise
- Il **persona tossicodipendente** ha un problema che deve trovare risposte unitarie → la persona non comprende le nostre lotte e divisioni ideologiche
- Forti **interdipendenze** tra U.O. → **Pari Dignità= Pari responsabilità**
- Fine dei “pianeti isolati”, dell’autarchia, dell’autoreferenzialità
- Il facile accesso e la multiofferta → il **dipartimento “permeabile”**

Il sistema delle dipendenze: vari interventi in diversi ambienti di erogazione

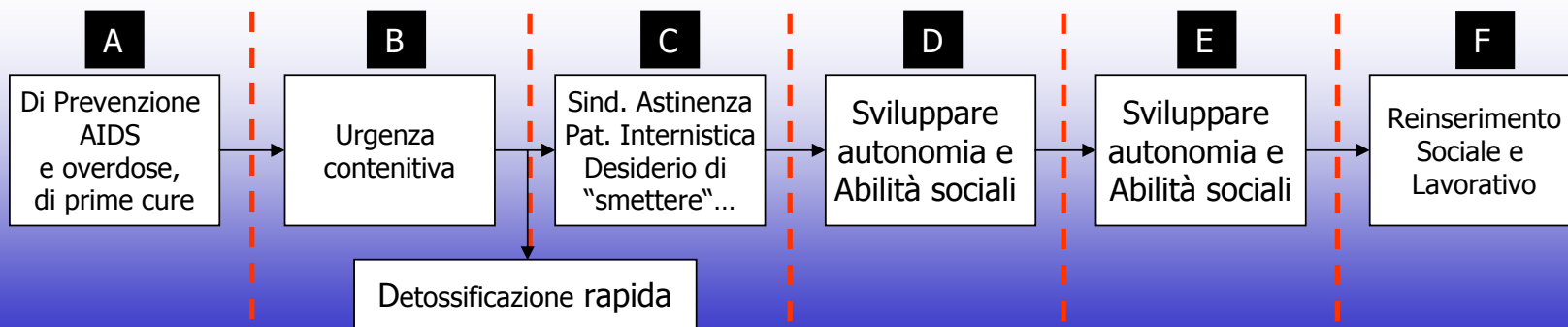


VARIABILITA' DEI DECORSI

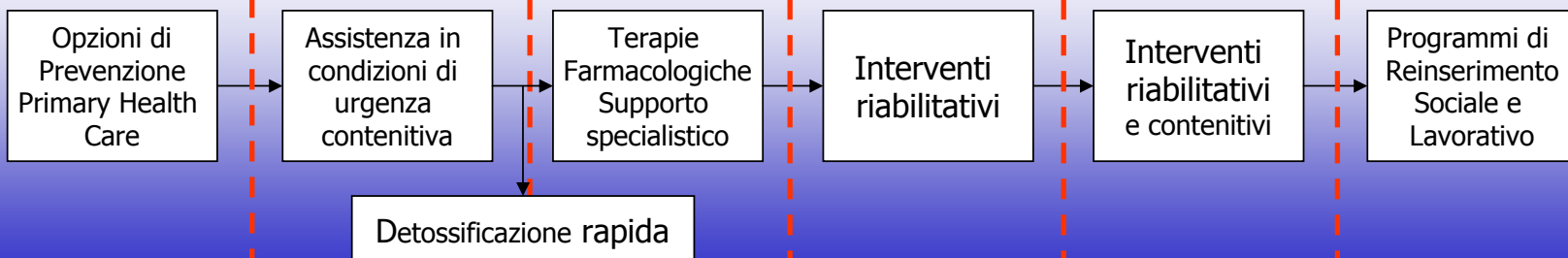


Bisogni – Offerte – Organizzazione

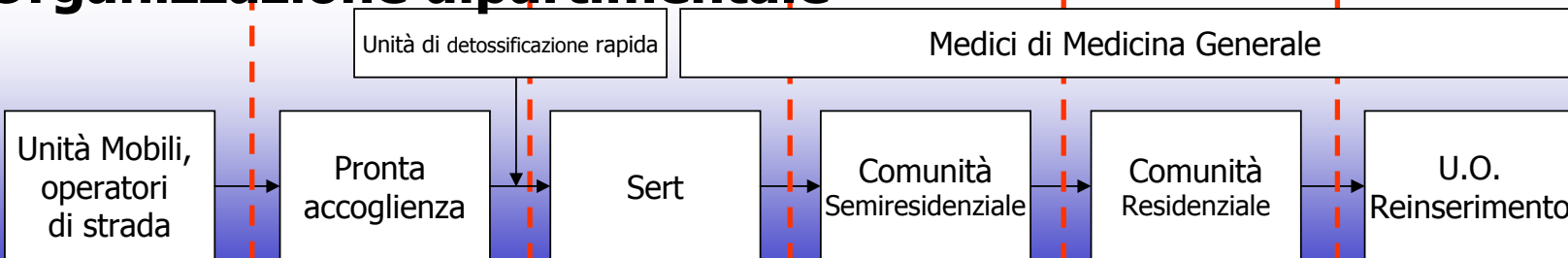
Bisogni



MultiOfferte



Organizzazione dipartimentale



3 aspetti principali da definire, formalizzare e condividere:

1

VISION GENERALE

- Orientamento strategico generale
- Interpretazione della patologia e del fenomeno da prevenire e trattare (fattori determinanti)
- Indicazioni di politica sanitaria

2

ORGANIZZAZIONE

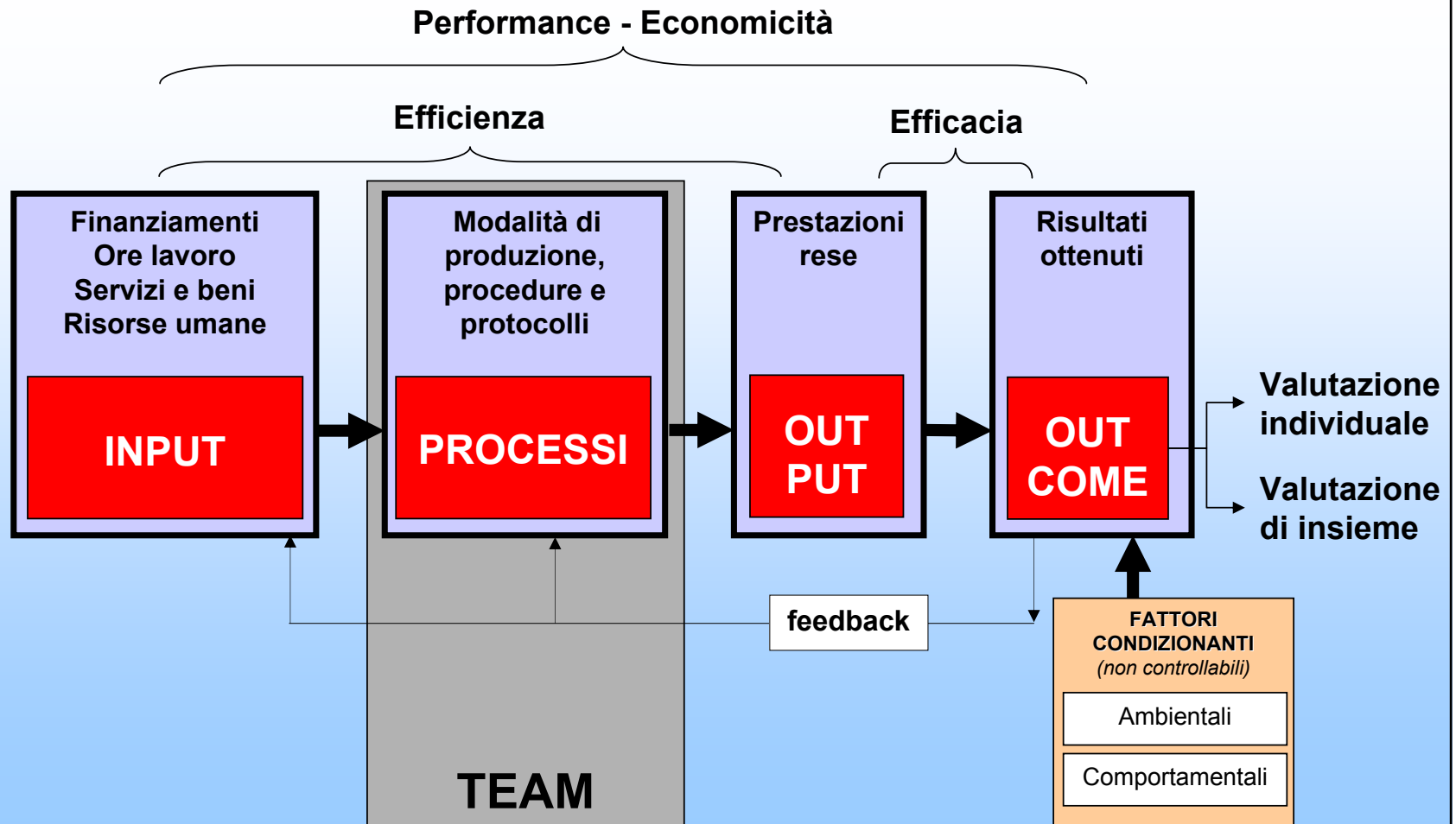
- Sistema delle responsabilità
- Organigramma
- Funzionigramma
- Interdipendenze
- Sistema di budget (Obiettivi & Risorse)

3

PROCESSI

- i 7 processi principali:
 1. Accoglienza
 2. Trattamenti
 3. Monitoraggio e valutazione
 4. Prevenzione e gestione delle urgenze
 5. Prevenzione e gestione patologie correlate
 6. Trasferimento
 7. Dimissioni
- Linee guida e protocolli
- Criteri di qualità

IL SISTEMA ASSISTENZIALE



definizione

DIPARTIMENTO

- organizzazione costituita da varie unità operative con forti interdipendenze tecnico-funzionali che perseguono, in maniera coordinata, finalità comuni
- Retto da regole chiare, formali, condivise e conosciute dai partecipanti
- Si può definire in diverse tipologie:
 - FUNZIONALE – coordinamento tecnico funzionale, non gerarchizzante
 - STRUTTURALE – gerarchizzante, gestione delle risorse centralizzata con allocazione sulle U.O. di tipo budgetaria
 - INTEGRATA (Mista) – funzionale nei confronti delle U.O. extraaziendale e Strutturale VS U.O. intraaziendali

definizione **DIPARTIMENTO**

LA FORMA PIU' EFFICACE:

INTEGRATA

Funzionale VS U.O. extraaziendale

Strutturale VS U.O. intraaziendali

Con “proprietà” delle risorse (budget)
e possibilità di governo diretto delle U.O.

Nota Importante

Dipartimento delle Dipendenze

- Entità nosografica autonoma
- Non inglobato in altre realtà organizzative (es. dip. Psichiatria)
- Maggior specializzazione
- Responsabilità interne chiare e formali con “pari dignità”
- Coordinato con distretti e altri dipartimenti ma autonomo e budget proprio

Le 7 Finalità principali del **DIPARTIMENTO**

Programmare in modo
concertato le attività
sul territorio

Coordinare
ed allineare le U.O.
su i processi di:
Diagnosi e Trattamento
Valutazione risultati

Aumentare
l'accessibilità e
la tempestività di
intervento

Creare risultati
clinici evidenti

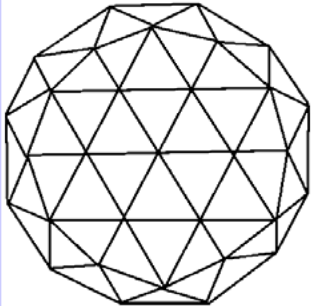
Garantire una
valutazione costante
della qualità delle
prestazioni
e dei risultati

Assicurare la
Continuità
assistenziale

Controllare e
Razionalizzare
la spesa

Obiettivi del Dipartimento

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 procedure 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.

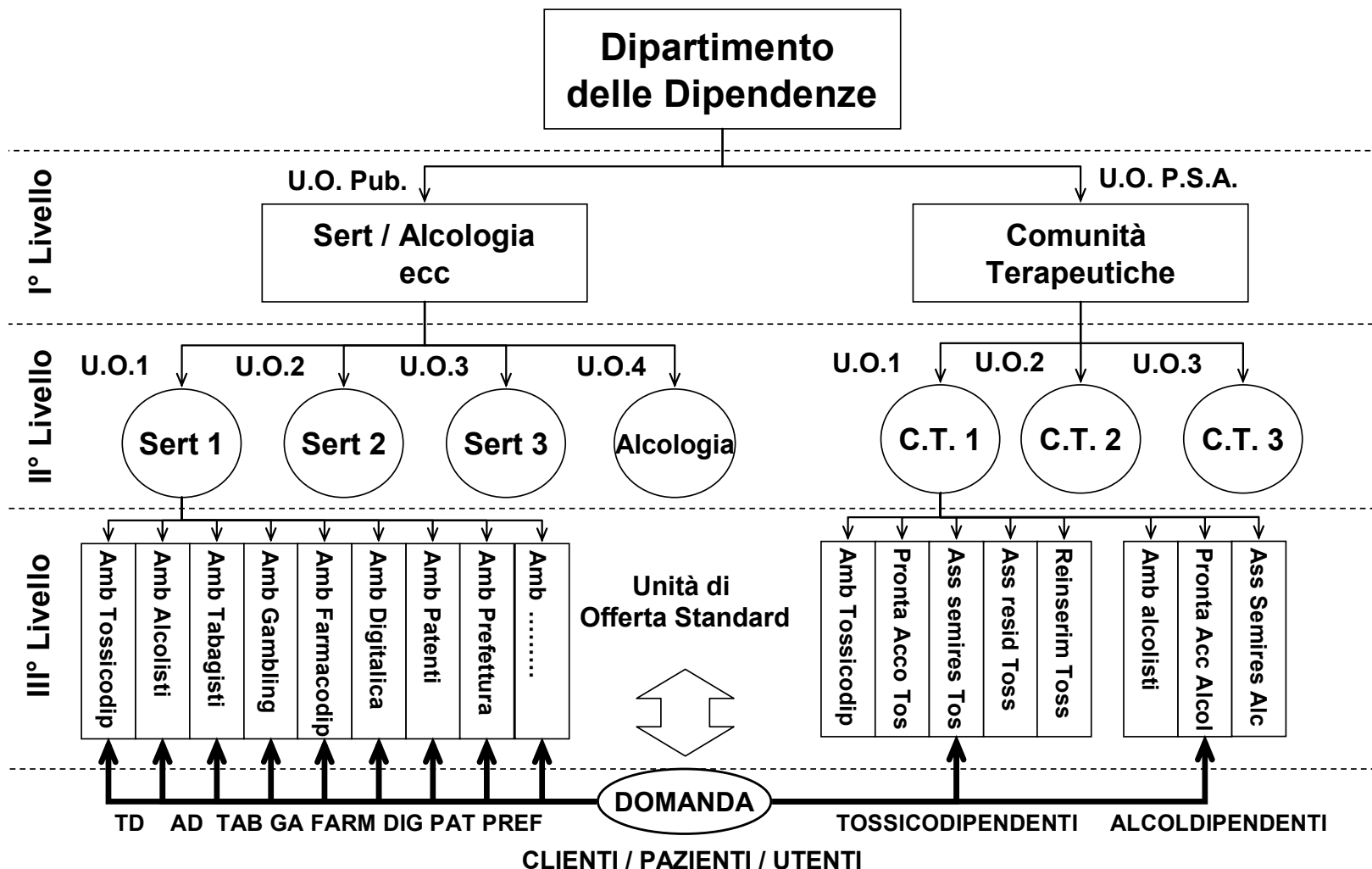


DIPARTIMENTO delle DIPENDENZE

Una risposta integrata
contro le sostanze
d'abuso

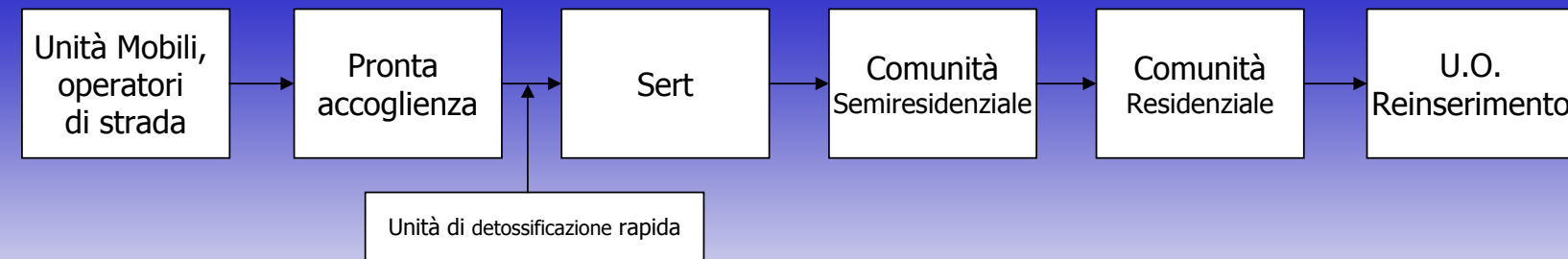
2 0 0 5

Unità di Offerta Standard



	PRINCIPALI UNITA' DI OFFERTA STANDARD	PRINCIPALI GRUPPI DI DOMANDA
1	Tossicodipendenze (Assistenza ambulatoriale)	Tossicodipendenti
2	Alcologia (Assistenza ambulatoriale)	Alcoldipendenti
3	Gambling (Assistenza ambulatoriale)	Giocatori d'azzardo patologici
4	Tabagismo (Assistenza ambulatoriale)	Tabagisti
5	Patologie digitaliche (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 Alcoldipendenti in PA, ecc
14	Semiresidenziale (Comunità)	Tossicodipendenti o Alcoldipendenti in CSR, ecc
15	Residenziale (Comunità)	Tossicodipendenti o Alcoldipendenti in CR, ecc
16	Reinserimento (Comunità)	Tossicodipendenti o Alcoldipendenti in R, ecc
17	Altro	Altri clienti/pazienti/utenti

Organizzazione Complessa

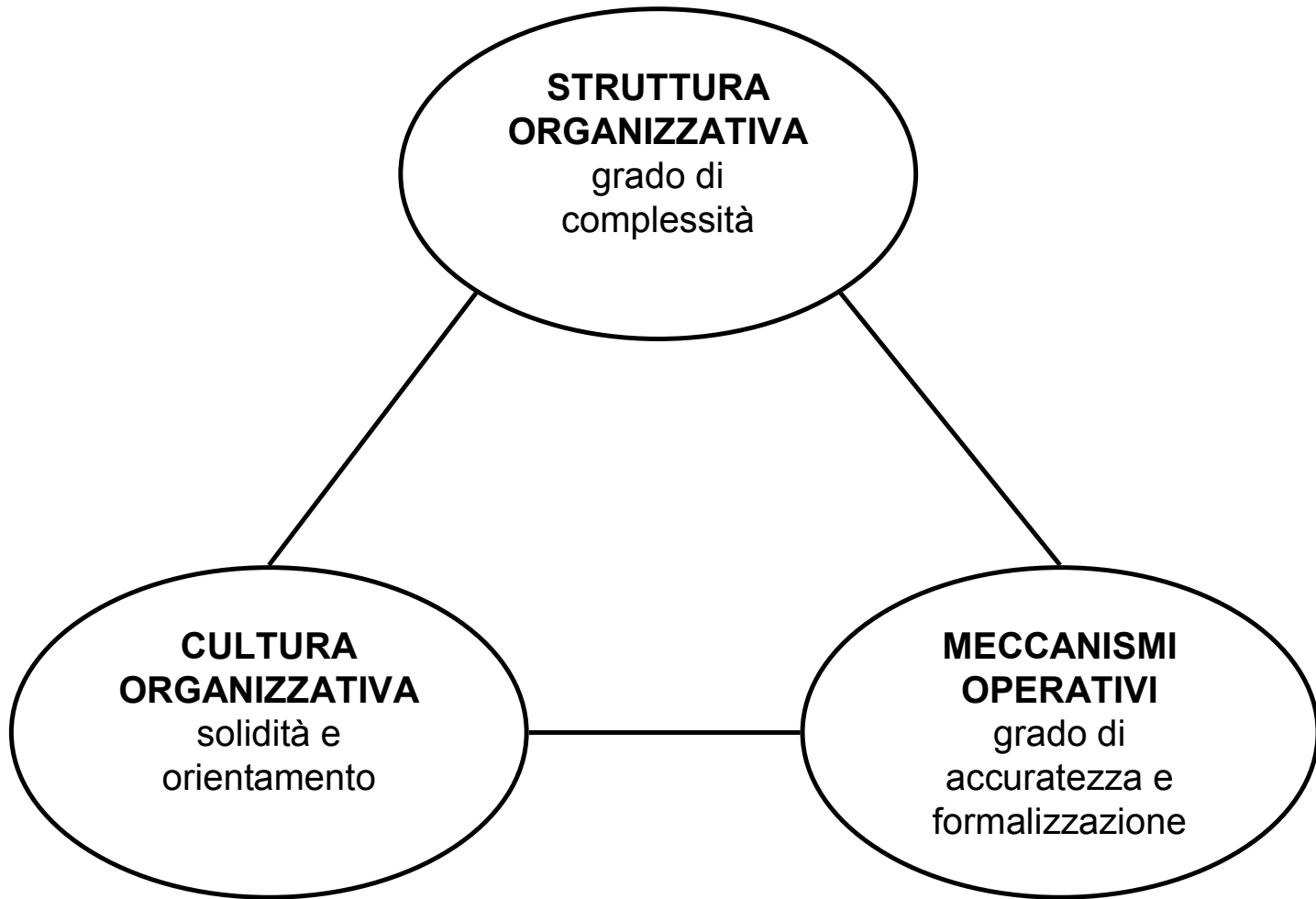


NECESSITA' DI CONCERTAZIONE

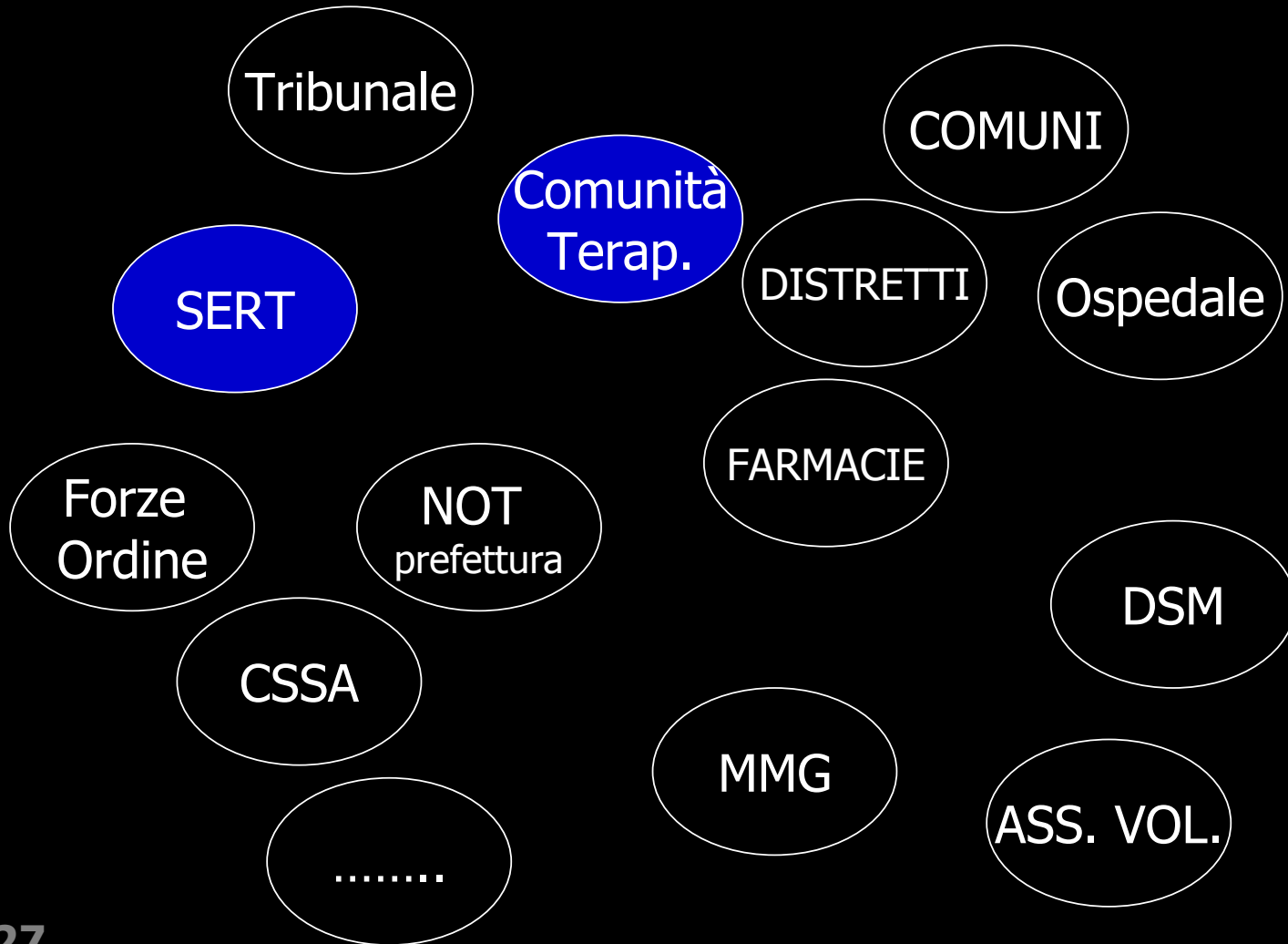


Assetto organizzativo: componenti principali

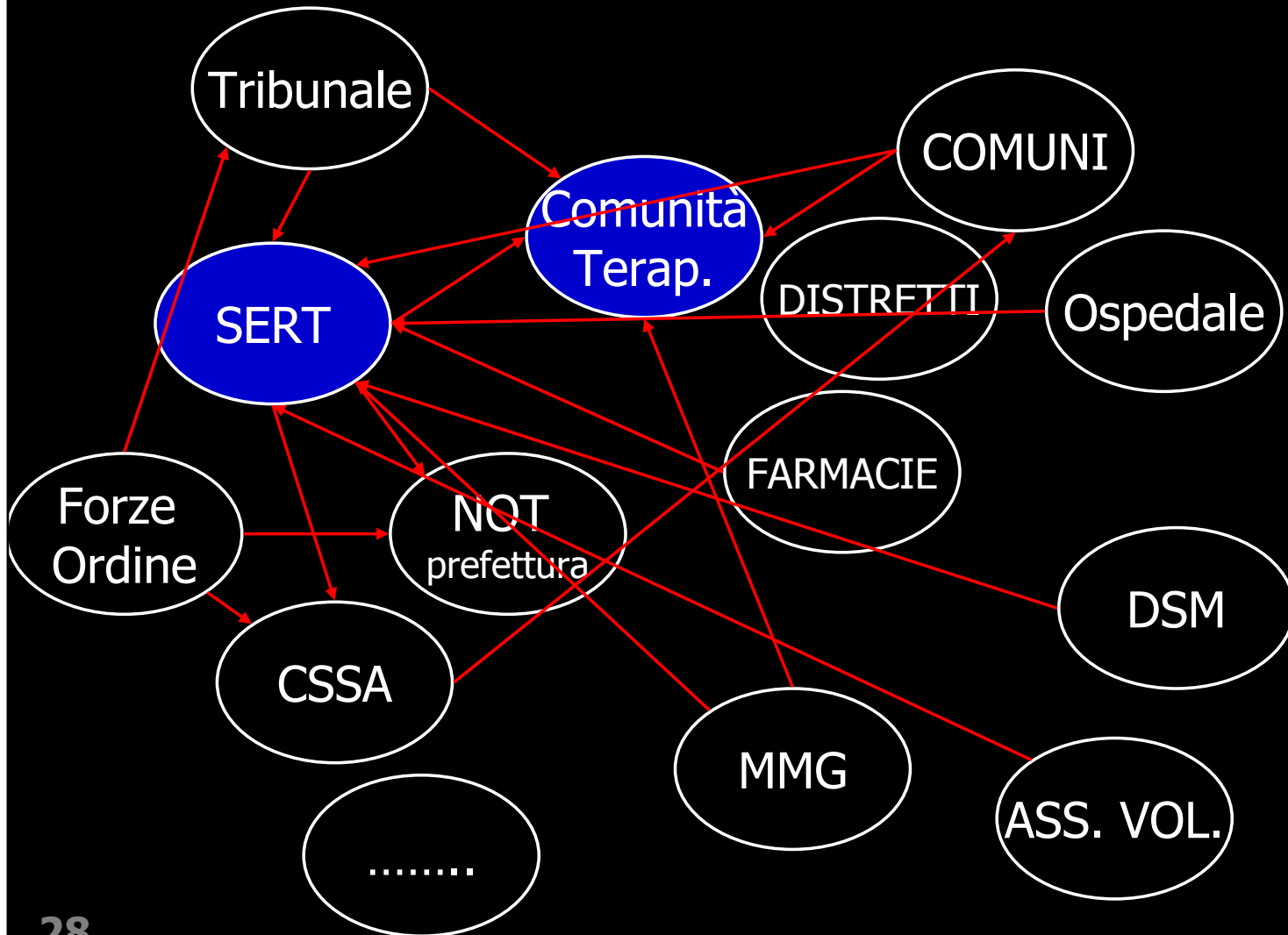
Costituenti dell'Assetto organizzativo		Specifiche
1	Struttura organizzativa	<ul style="list-style-type: none">• Organigramma (livelli gerarchici, U.O., responsabilità, risorse umane dedicate)• Funzionigramma• Centri di costo• Centri di responsabilità
2	Meccanismi operativi (strumenti gestionali)	<ul 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



U.O. esistenti

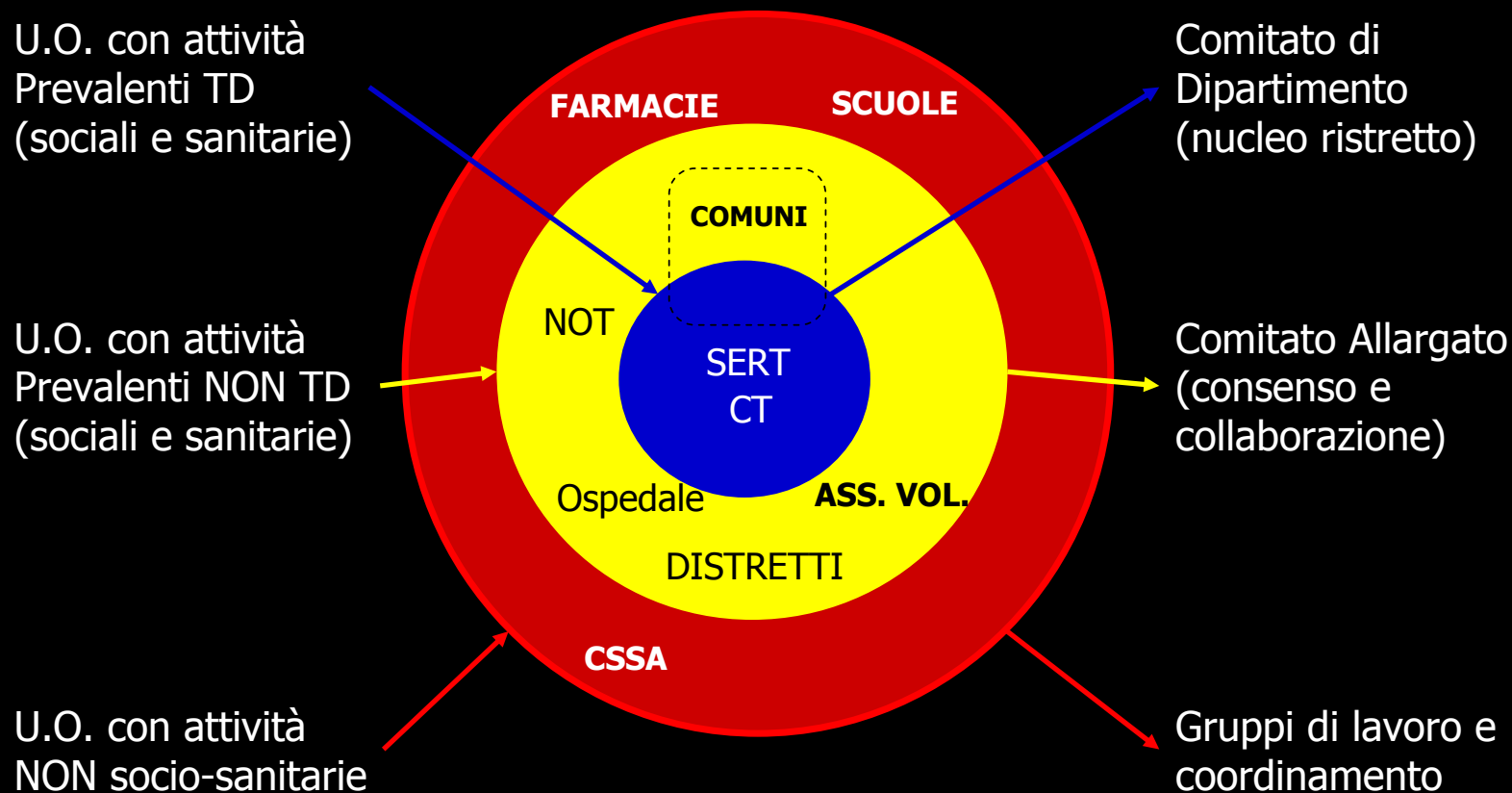


Relazioni

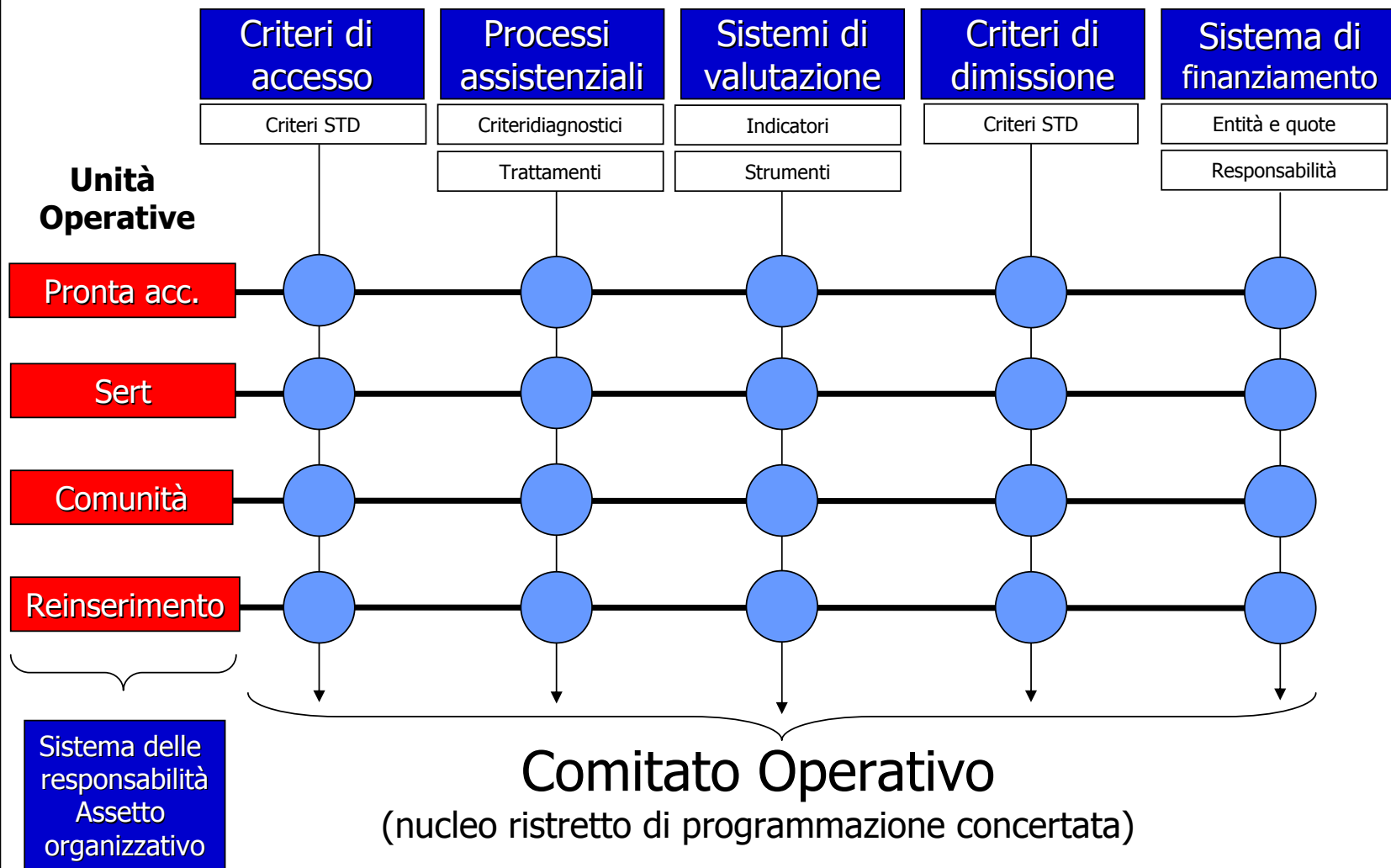


STEP 3

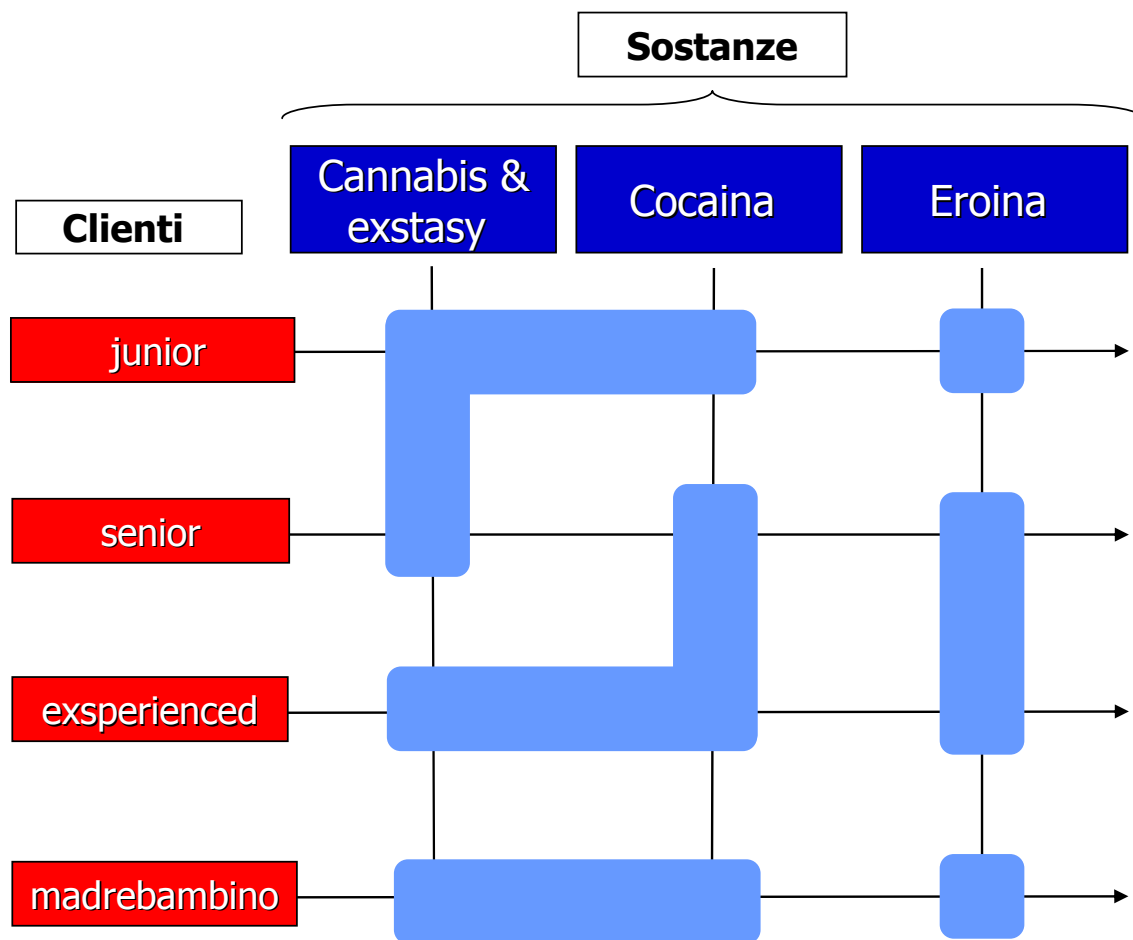
aggregazione in livelli omogenei



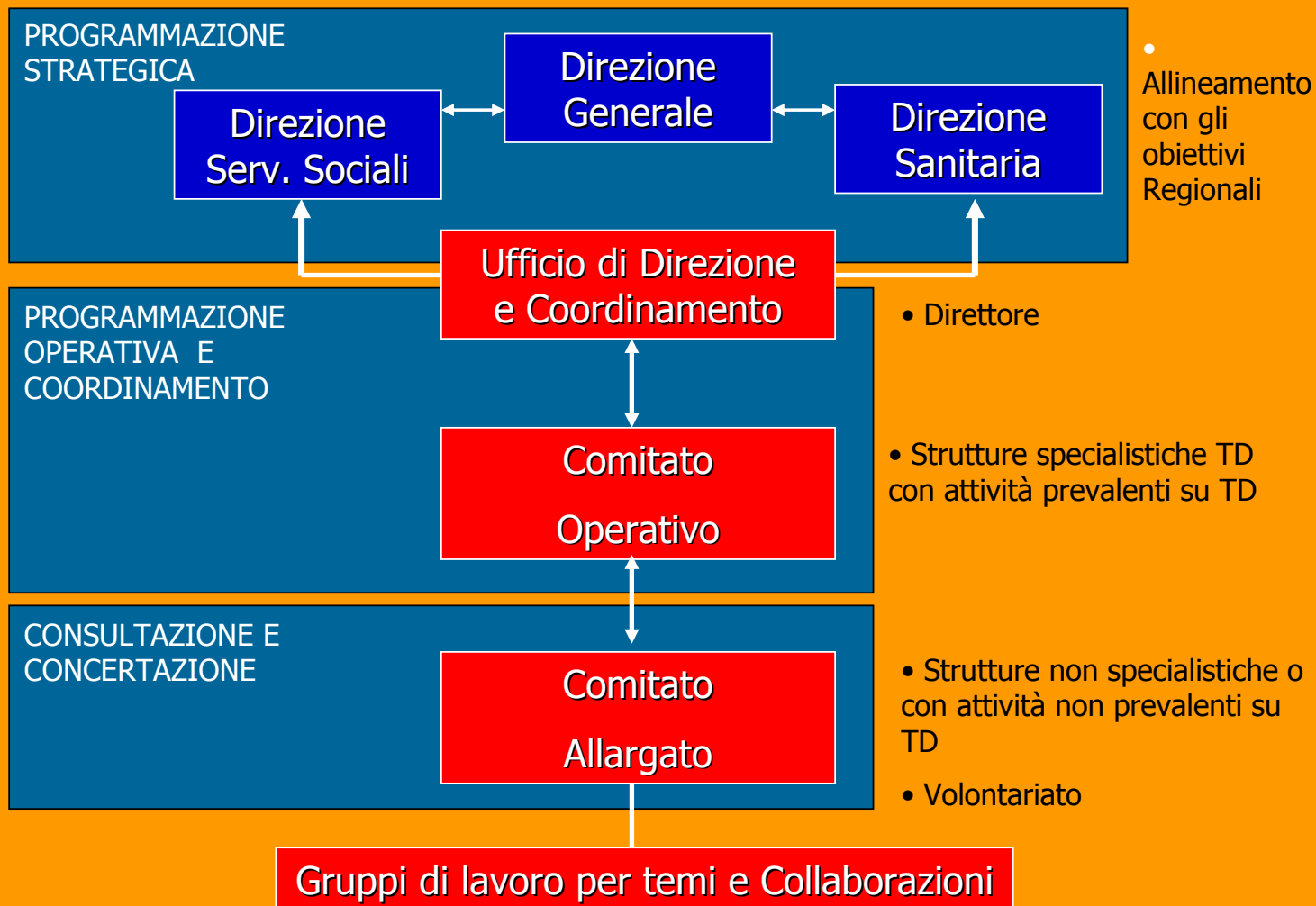
Principali Aree di concertazione e definizione



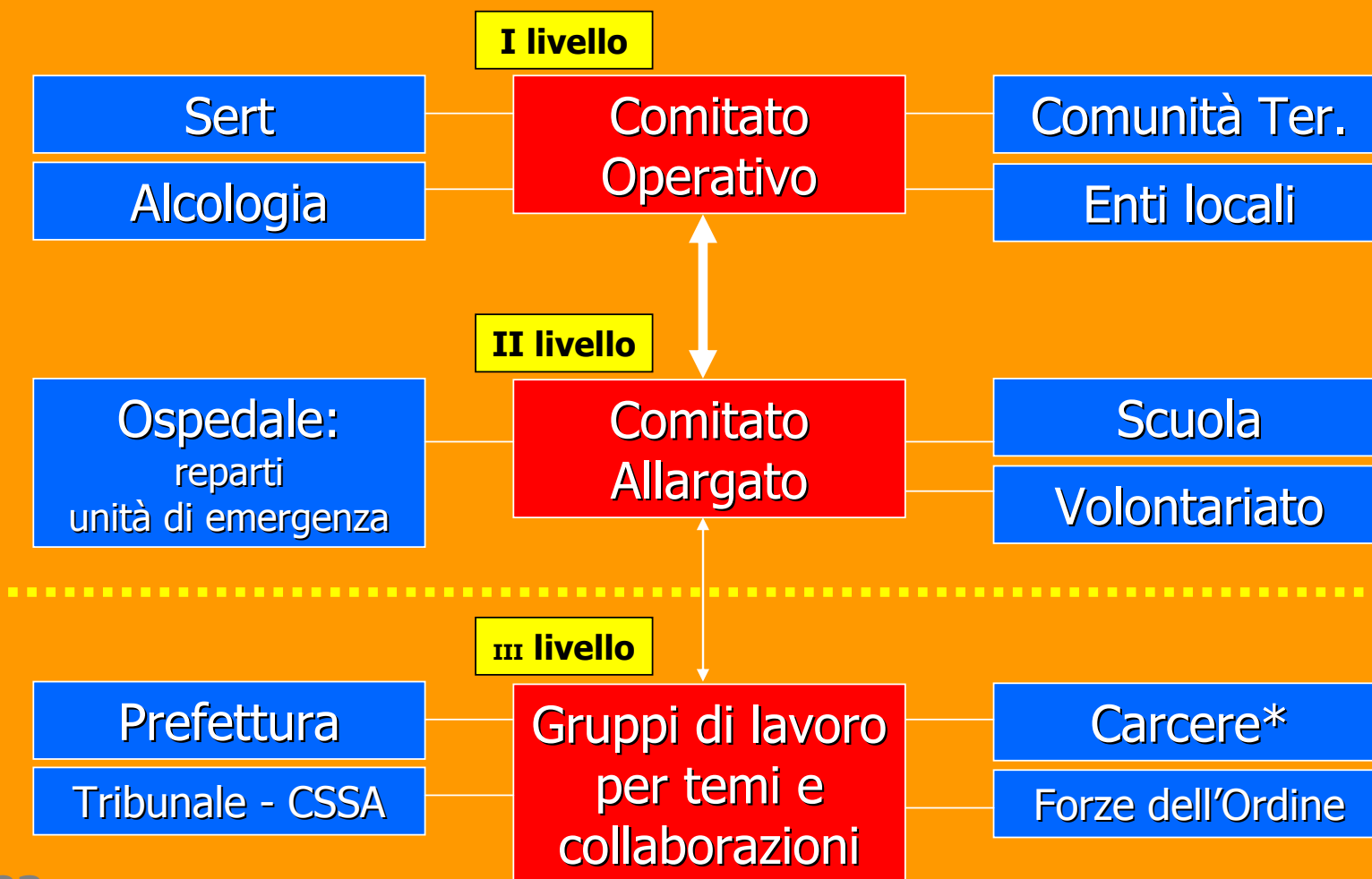
Differenziazione degli ambienti di erogazione e dei processi assistenziali



La struttura organizzativa dipartimentale



Principali Componenti

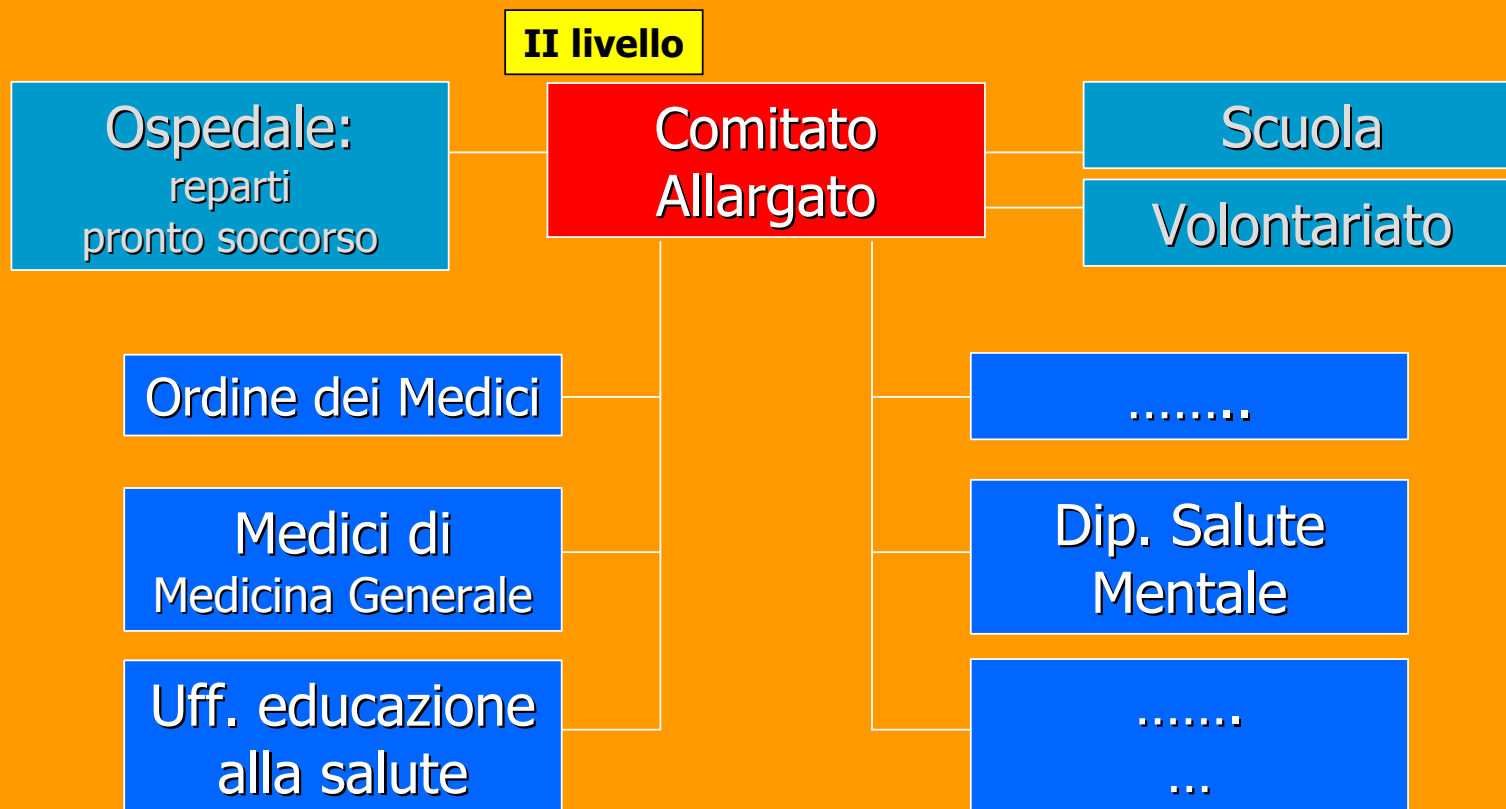


Comitato Operativo

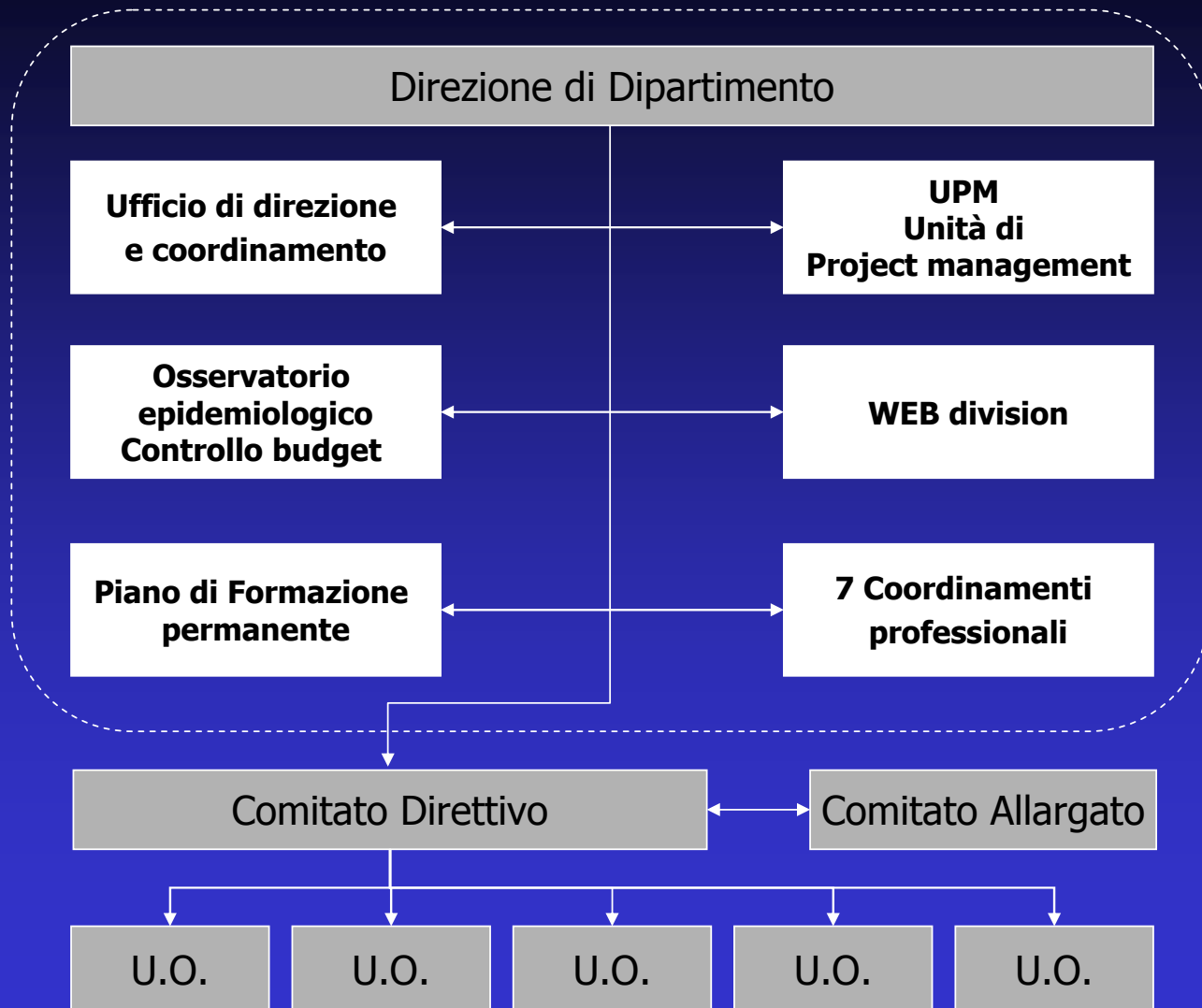
(nucleo ristretto di programmazione e decisione concertata)

Componenti	Compiti principali
Sert Comunità terapeutiche Serv. di Alcologia Comuni	<ol style="list-style-type: none">1. Programmazione concertata delle attività territoriali nelle aree: prevenzione, cura e riabilitazione2. Stesura del piano di intervento locale3. Definizione dell'uso delle risorse (ALLOCAZIONE BUDGET AZIENDALE)4. Programmazione delle attività di formazione permanente

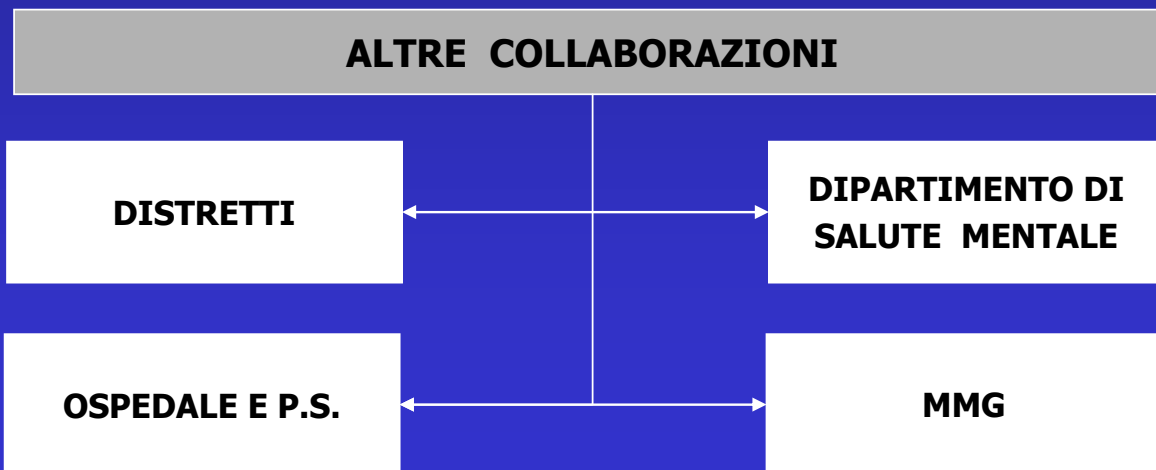
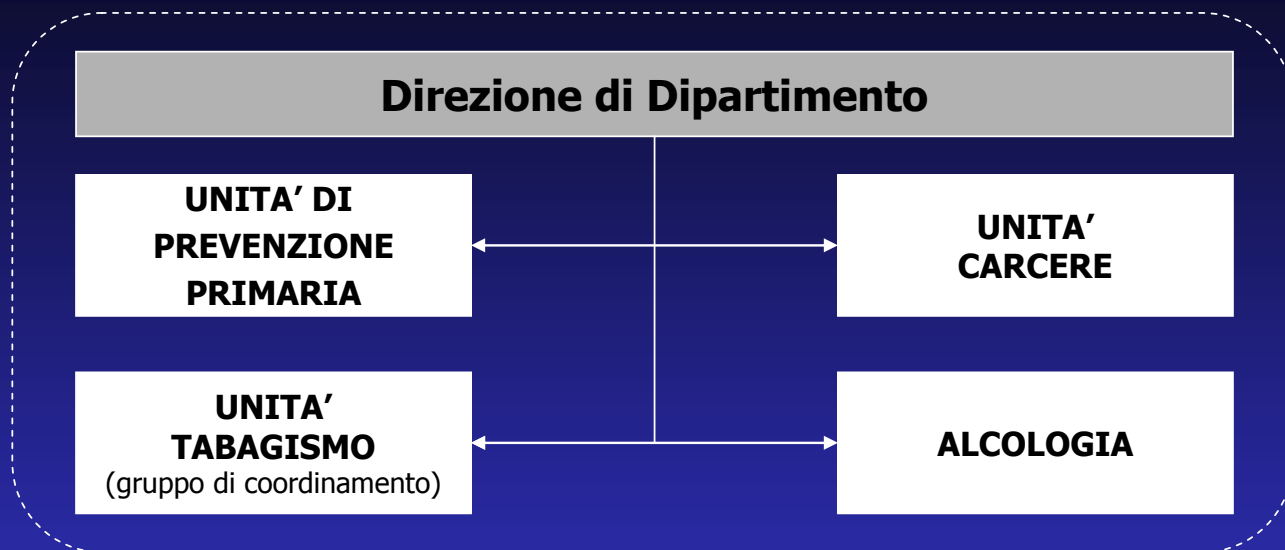
Altre Componenti del Comitato allargato



STAFF di Direzione



UNITA' SEMPLICI trasversali e COLLABORAZIONI



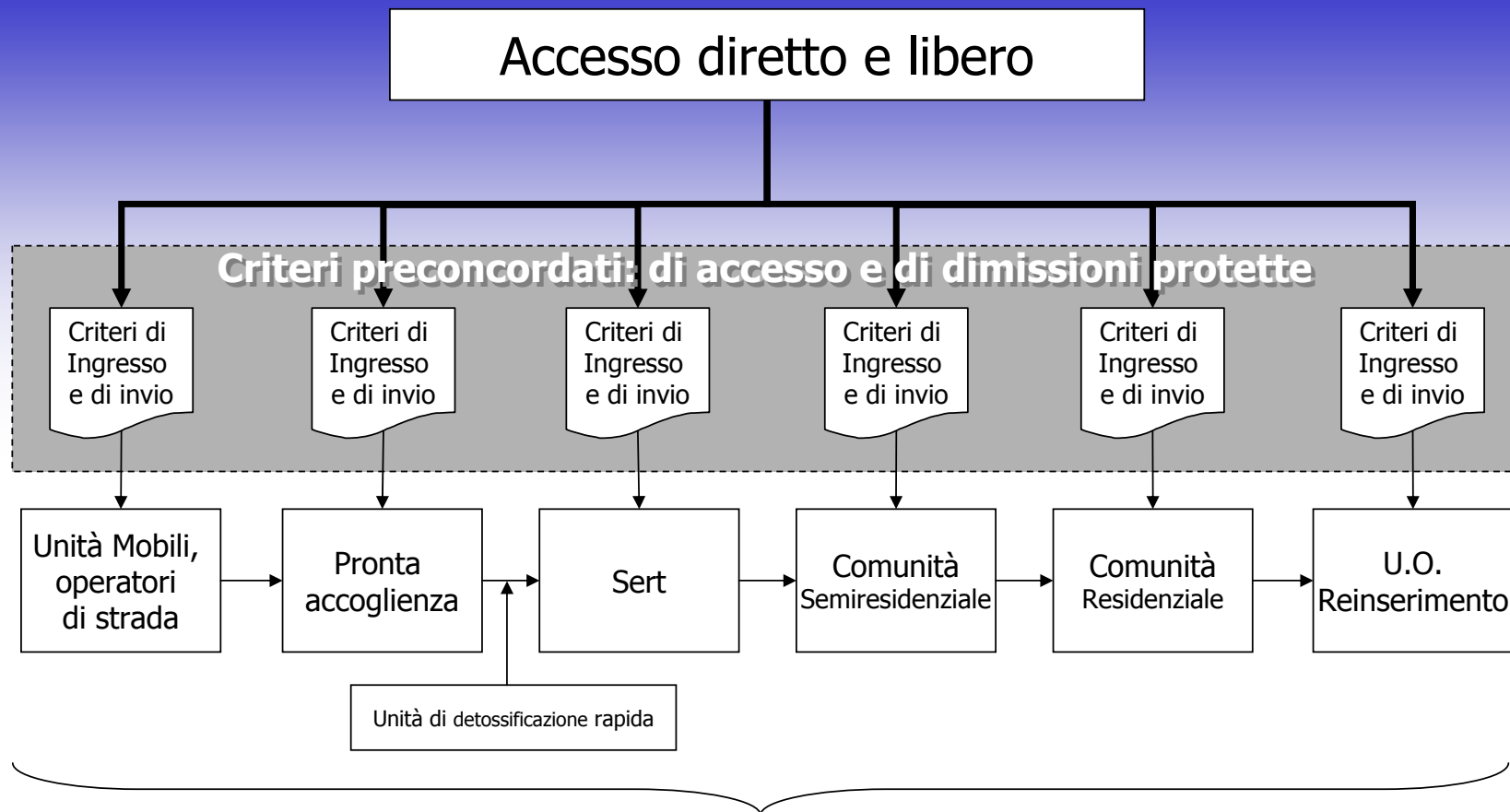
Unità organizzative		Coordinamenti esterni
Ser.T		Prefettura
Servizi di alcologia		Forze dell'ordine
Unità Carcere		Tribunale – Ufficio di Sorveglianza
Comunità terapeutiche		Tribunale – Centro Servizio Sociale Adulti e Minori
Medici di medicina generale		Scuola
Reparti ospedalieri (medicina, malattie 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.

Le comunità terapeutiche

- Componenti fondamentali del Dipartimento
- accreditate a livello regionale
- unità operative a tutti gli effetti, incaricate di pubblico servizio
- inserite nel comitato operativo.
- 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.
- 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 della Clinical Governance.
- Introdurre il budget anche per le comunità terapeutiche
- 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.
- 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.
- 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.

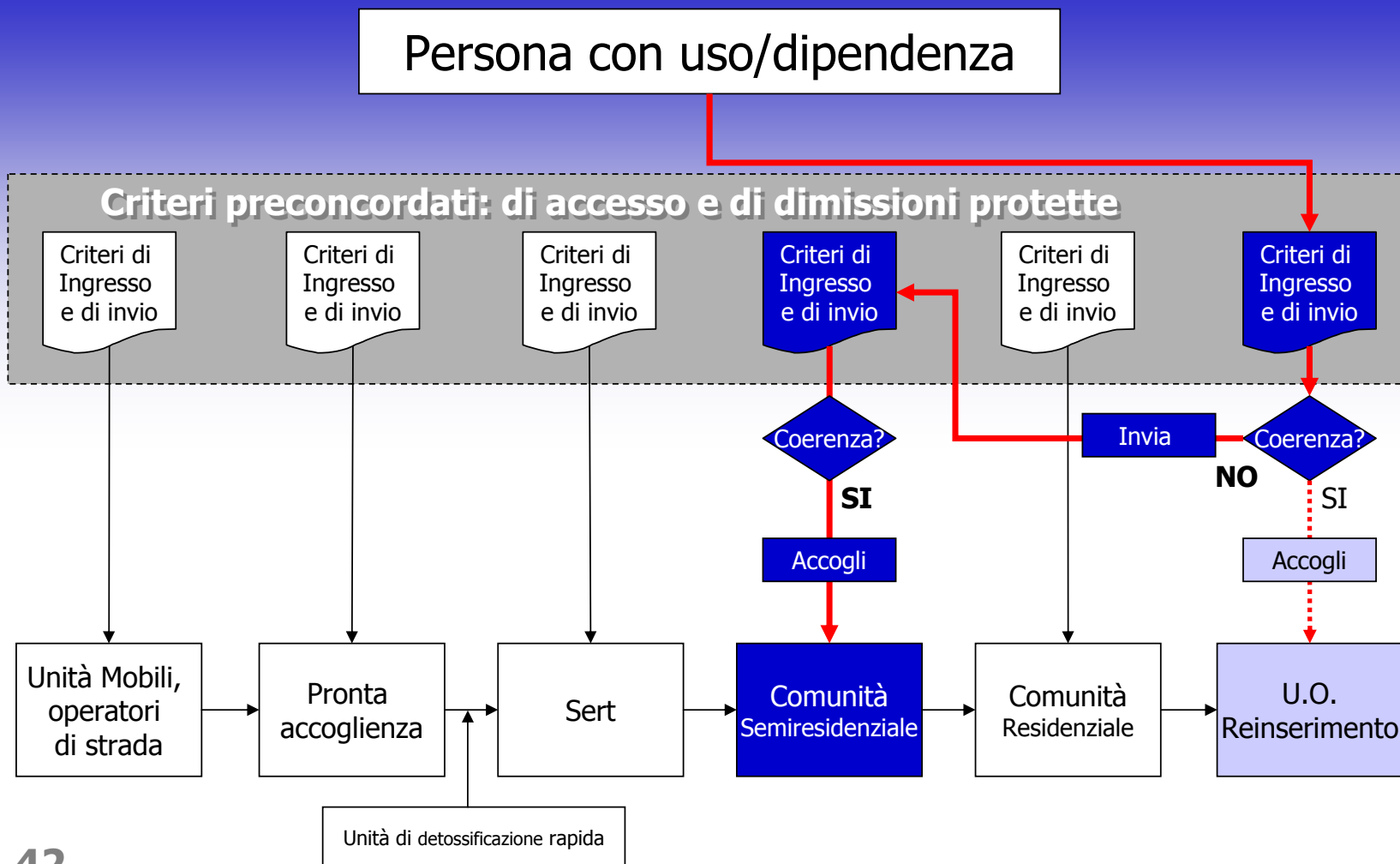
Gruppi di lavoro per temi (esempi)
Standardizzazione processi diagnostici
Gestione terapie farmacologiche
Gestione della gravidanza, madre e bambino
Gestione minori
Prevenzione patologie correlate
Terapia HIV/AIDS, Epatiti
Gestione dei casi con comorbidità psichiatrica
Detossificazioni rapide
Inserimenti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

il Dipartimento "permeabile"



SISTEMA DI BUDGET per singola U.O.

il Dipartimento "permeabile": ESEMPIO



Necessità per il funzionamento

1. Definire formalmente e concertare i criteri di ingresso, di dimissione e di accompagnamento/invio per ogni U.O.
2. protocolli STD per la valutazione all'ingresso, utilizzabile da tutte le U.O. del dipartimento

Alcune questioni aperte

La certificazione di tossicodipendenza

Libera scelta del luogo e del metodo di cura

SERT: pubblici o privati (accreditati)?

La certificazione di tossicodipendenza

È un atto medico → "diagnosi"

Con valore medico legale

Competenza di tutto il personale medico abilitato

Non è una esclusiva dei Sert ma
atto possibile per qualsiasi medico

Formulata sulla base di criteri standard
derivanti dalle evidenze scientifiche

Libera scelta del luogo e del metodo di cura

Un diritto da sempre per tutti i cittadini

Un atto dovuto per tutti gli operatori

Previsto da anni nella riforma sanitaria

Si tratta solo di applicare le norme esistenti

Resistenze? = retaggi culturali ed abusi

SERT: **pubblici o privati** (accreditati)?

Un falso problema

Il cittadino vuole:
"Servizi di QUALITA' al minor costo"
indipendentemente dall'ente gestore

Rispondenti a criteri di qualità predefiniti
dal sistema di accreditamento regionale

Il problema quindi è: buoni o cattivi servizi?

Mantenimento della Qualità: Accreditamento delle unità operative del dipartimento

Il criterio di base: parità nella richiesta dei requisiti

- I criteri di accreditamento devono valere per tutti:
 - Sert
 - Comunità
 - Associazioni e Cooperative che vogliono svolgere attività sulla persona



Competenze ed integrazioni

Continuità assistenziale



Prevenzione primaria → Contatto precoce → Terapia e prevenzione secondaria → Riabilitazione → Reinserimento



Enti locali



Aziende ULSS

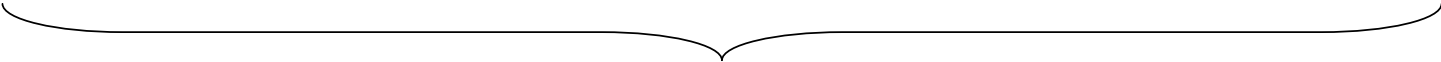
Enti locali



Aree di integrazione



Possibile un unico
sistema di
accreditamento?

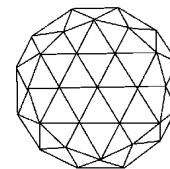


L'obbligo dei sistemi di Valutazione dei risultati:

Valutazione del sistema



Progetto **SESIT**



Standard Europei per il Sistema Informativo Tossicodipendenze

“Potenziamento delle dotazioni informatiche dei Sert e implementazione di un sistema di monitoraggio dell’utenza dei servizi basato sull’utilizzo di standard europei”

Fondo nazionale per la lotta alla droga

PROGETTO DI COORDINAMENTO NAZIONALE

Ministero della Salute

Ministero del Welfare

Coordinamento delle Regioni sulle Tossicodipendenze

In collaborazione con C.N.R. e O.E.D.T.

Progetto **SESIT**

protocolli concordati tra tutte le Regioni a livello nazionale

1. Modalità di raccolta dati epidemiologici secondo STD Europei-OEDT
2. Tabella Unica delle Prestazioni
3. Tabella Movimento Clienti
4. Tipologie dei trattamenti
5. Sistema per la Valutazione dei risultati (principi ed indicatori di outcome)
6. Glossario tecnico SESIT

Introduzione ai sistemi assistenziali
orientati alla Clinical Governance

**ASSETTI ORGANIZZATIVI E ADEGUAMENTO
DELLE RISPOSTE AI CAMBIAMENTI:
il Dipartimento delle Dipendenze**

Focal Point & Problem Analysis

Palermo, dicembre 2005

DNPA - DIPARTIMENTO NAZIONALE POLITICHE ANTIDROGA

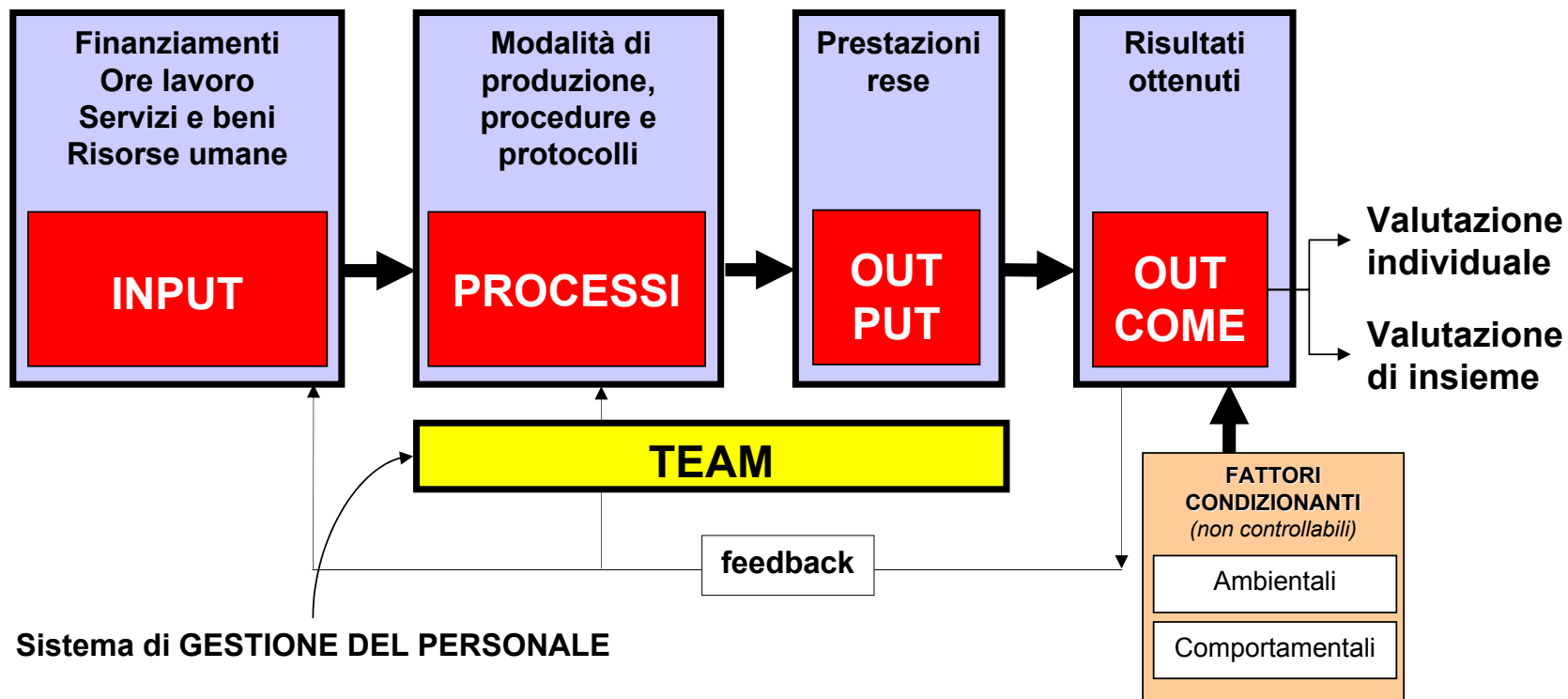
Giovanni Serpelloni

II SISTEMA ASSISTENZIALE

Performance - Economicità

Efficienza

Efficacia



Sistema di PROGRAMMAZIONE & CONTROLLO

Focal Point & Problem Analysis

dal documento proposta della Conferenza Nazionale sulle Droghe – Palermo 2005

n.	Principale problematica	Possibili Soluzioni attese	Livelli di intervento e Compiti
1	Mancato recepimento della Atto di intesa Stato Regioni	Attivare in <u>gruppo nazionale</u> formato dalle Regioni, dalle Amministrazioni centrali, e da alcuni rappresentanti delle ASL e della consulta degli operatori esperti del DNPA per attivare e controllare il recepimento e l'attivazione dell'atto di intesa su tutto il territorio nazionale, con tempestiva pubblicazione in internet (con libero accesso) dei lavori e dello stato di avanzamento delle attività del gruppo e delle singole Regioni. <u>Vincolare il trasferimento dei fondi sociali alle Regioni al recepimento e attivazione dell'atto di intesa.</u>	A, R

O: Operatori, **R:** Regioni, **ASL:** Aziende **A:** Amm. Centrali

Focal Point & Problem Analysis

dal documento proposta della Conferenza Nazionale sulle Droghe – Palermo 2005

2	Mancata realizzazione ed attivazione di Sistemi di Accredimento Regionali	Studiare e realizzare un <u>prototipo generale a livello nazionale</u> , sulla base delle esperienze già maturate nelle singole Regioni. <u>Vincolare il trasferimento dei fondi sociali alle Regioni al recepimento e attivazione di sistemi di accreditamento coordinati a livello nazionale.</u>	A, R
3	Mancata attivazione dei Dipartimenti delle Dipendenze	Recepire formalmente da parte delle Regioni/Province Autonome il documento a suo tempo definito dalle Regioni stesse riunite al tavolo del Dipartimento Nazionale delle Dipendenze (Roma 9 giugno 2003) – all.1 <u>Vincolare il trasferimento dei fondi sociali alle Regioni al recepimento e attivazione dei Dipartimenti delle Dipendenze presso ogni ASL</u>	R, ASL

Focal Point & Problem Analysis

dal documento proposta della Conferenza Nazionale sulle Droghe – Palermo 2005

4	Non riconoscimento di un entità organizzativa autonoma e ben definita per il “dipartimento delle dipendenze” non inglobata in altri dipartimenti (es. salute mentale)	Prevedere specifici dipartimenti per le dipendenze dotati di budget proprio da riassegnare in maniera proporzionale sulle varie unità organizzative interne.	R, ASL
5	Articolazione organizzativa centrata ancora su servizi per persone tossicodipendenti da eroina, mancanza di offerte articolate e specifiche per persone che utilizzano Cannabis, Amfetamine, Cocaina	Prevedere la realizzazione di nuove offerte con ambienti diversificati dai trattamenti per eroina, che utilizzino modalità di consultazione e registrazione delle persone in anonimato privilegiando, per queste persone, gli interventi ambulatoriali o semiresidenziali.	R, ASL, O

Focal Point & Problem Analysis

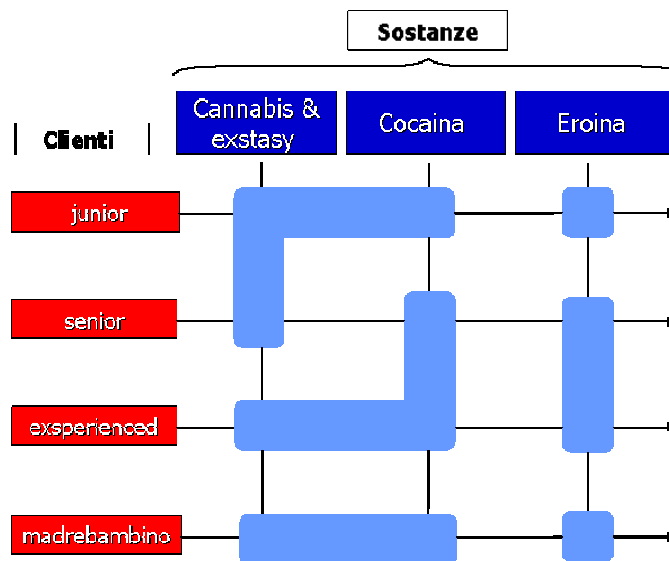
dal documento proposta della Conferenza Nazionale sulle Droghe – Palermo 2005

60	<p>6 Condizioni strutturali, tecnologiche e di risorse umane dei Sert e delle U.O. del Privato Sociale</p> <p>Accreditato fortemente sottodimensionate rispetto al bisogno di trattamento sia delle persone tossicodipendenti da eroina, da alcol ma anche da altre droghe.</p> <p>Impossibilità quindi di articolare nuove offerte per le problematiche emergenti con scarso impatto sul fenomeno “droghe stimolanti”</p>	<p>Identificare precisamente risorse dimensionate al bisogno assistenziale e comunque <u>non inferiori al 3% del bilancio aziendale.</u></p> <p>Identificare precisamente da parte delle Amministrazioni Comunali aggiuntive, precise e specifiche voci di bilancio deputate al finanziamento delle attività di prevenzione, e reinserimento per le persone tossicodipendenti da rendere disponibili annualmente per il Dipartimento delle Dipendenze che provvede alla programmazione operativa degli interventi coerentemente con la programmazione strategica della ASL e della Amministrazione Comunale.</p>	R, ASL
----	---	--	--------

Focal Point & Problem Analysis

dal documento proposta della Conferenza Nazionale sulle Droghe – Palermo 2005

7	Scarsa differenziazione degli ambienti di cura tra “giovani utilizzatori o semplicemente a rischio” e “persone in trattamento da lungo termine”	Differenziare gli ambienti o perlomeno gli orari di accesso. Prevedere l'utilizzo anche di unità mobili presso i luoghi di intrattenimento	R, ASL, O
---	--	--	-----------



Focal Point & Problem Analysis

dal documento proposta della Conferenza Nazionale sulle Droghe – Palermo 2005

8	<p>Processi interni utilizzati per le attività di assistenza a bassa formalizzazione e mal strutturati.</p> <p>Ridotta possibilità di comprensione e controllo da parte degli operatori.</p> <p>Scarsa riflessione sulle proprie prassi assistenziali</p>	<p>Attivare una analisi dei processi mediante tecniche standard e rappresentarli formalmente in matrici tecniche e algoritmi facilmente comprensibili.</p> <p>Rivalutare il grado di evidence based applicato nelle attività assistenziali e fissare standard più elevati nelle matrici precedenti che saranno i riferimenti tecnici per gli operatori del dipartimento (U.O. della Pubblica Amministrazione e del Privato Sociale Accreditato).</p> <p>Rivalutare periodicamente tali processi anche con il confronto sistematico con altri Dipartimenti delle Dipendenze e/o altre Regioni</p> <p>Relativamente a questo problema prevedere l'accreditamento, anche temporaneo di programmi e processi realizzati da più organizzazioni/gestori all'interno del dipartimento (es. centri di accoglienza e prima diagnosi gestite in comune tra PA e PSA)</p>	O
---	--	--	---

Focal Point & Problem Analysis

dal documento proposta della Conferenza Nazionale sulle Droghe – Palermo 2005

9	Presenza di approcci fortemente ideologici con ridotta flessibilità e disponibilità al confronto e al cambiamento organizzativo	Attivare sistemi di valutazione quantitativa delle risorse utilizzate, delle prestazioni erogate e dei reali risultati (esiti dei trattamenti) ottenuti, sulla base dei quali affrontare la discussione su cosa e come sia meglio operare. Allinearsi con le linee guida nazionali ed internazionali esistenti in tema di efficacia ed appropriatezza degli interventi.	O, A, R, ASL
---	--	--	-----------------

Focal Point & Problem Analysis

dal documento proposta della Conferenza Nazionale sulle Droghe – Palermo 2005

10	Assenza di budget definiti per le dipendenze e presenza di fondi <u>indistinti</u> non dedicati esclusivamente alle dipendenze	<p>Attivare i sistemi di Budget a livello aziendale ma con il vincolo che essi siano realmente e preventivamente negoziati con il direttori dei dipartimenti (che dovranno equamente rappresentare le unità di offerta i programmi ed i progetti delle U.O. della Pubblica Amministrazione e del Privato Sociale Accreditato e altri enti appartenenti al dipartimento) per quanto riguarda:</p> <ul style="list-style-type: none">•obiettivi da raggiungere in termini prestazionali•obiettivi organizzativi e di innovazione•risorse messe a disposizione dell'azienda <p>Prevedere specifici fondi per l'area "Dipendenze" sia a livello Regionale che delle singole ASL</p> <p>Prevedere, da parte delle Regioni, che le singole ASL debbano possedere tali condizioni come requisiti irrinunciabili per essere "conformi e legittimate" ad operare. In caso di non conformità, prevedere l'obbligo di tempestiva messa a norma.</p>	R, ASL
----	---	--	--------

Focal Point & Problem Analysis

dal documento proposta della Conferenza Nazionale sulle Droghe – Palermo 2005

11	Mancanza di una formazione specifica in ambito organizzativo e manageriale da parte degli operatori ma anche dei referenti di ASL e Regioni	<p>Attivare piani di formazione permanenti con le seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none">•percorsi integrati (obbligatoriamente) tra operatori delle U.O. della Pubblica Amministrazione e del Privato Sociale Accreditato.•Per operatori anche della Regione•Formazione agganciata esclusivamente al piano di riorganizzazione in senso dipartimentale (selezione dei contenuti – no perdite di tempo)•Con percorsi pratici per la definizione dei processi, del regolamento del dipartimento, della definizione e negoziazione del budget, della realizzazione della continuità assistenziale.•Con previsione alla fine del percorso formativo di documenti condivisi sulle tematiche di cui al punto precedente.	R, ASL, O
----	--	--	-----------

Focal Point & Problem Analysis

dal documento proposta della Conferenza Nazionale sulle Droghe – Palermo 2005

12	Tariffe inadeguate per le comunità terapeutiche al fine di poter assicurare un reddito che possa coprire i costi produttivi mantenendo nel contempo una buona qualità assistenziale	Aumentare le tariffe giornaliere sulla base di un preciso calcolo dei costi produttivi in relazione però anche alla qualità richiesta degli interventi da parte dei sistemi regionali di accreditamento.	R
13	Aumento delle persone tossicodipendenti ed alcooldipendenti con patologie psichiatriche correlate	Attivare protocolli di collaborazione con i Dipartimenti di Salute mentale al fine di assicurare livelli essenziali di assistenza anche alle persone residenti presso le Comunità Terapeutiche da parte di specialisti psichiatri inviati in loco dal dipartimento o servizio di salute mentale (come atto dovuto per assicurare i LEA). Adattamento delle quote procapite delle ASL in presenza di carceri e di alto numero di comunità terapeutiche	R ASL

**14 Presenza di molteplici spinte extraistituzionali nel tentativo di condizionare il sistema delle dipendenze e nel contempo accreditare il proponente presso forze politiche e centri di potere economico (aziende farmaceutiche).
Per contro, ridotta presenza, capacità tecnica e capacità di impatto organizzativo e sull'allocazione delle risorse delle istituzioni e del personale preposto al coordinamento, programmazione e gestione (Amministrazioni Centrali, Regioni e Province Autonome, ASL, Servizi)**

Rivalutare i ruoli istituzionali e le responsabilità derivanti. Attribuire "rappresentanze" e presenze significative a chi ha realmente la responsabilità sulle attività istituzionali.

Pretendere dai referenti istituzionali delle Regioni/Province Autonome, delle ASL, dei Dipartimenti una piena, formale e pubblica assunzione di responsabilità dei propri ruoli e compiti, chiamandoli a rispondere in specifici incontri periodici, pubblici e trasparenti, del loro operato e dell'applicazione di quanto concordato in sede nazionale tra tutte le Regioni.

Evitare di accreditare nelle attività istituzionali organizzazioni extraistituzionali sulla base di pressioni politiche, schieramenti ideologici o peggio ancora interessi e azioni di marketing di aziende farmaceutiche.

Rendere incompatibile, per conflitto etico di interessi, la presenza in incarichi istituzionali, gruppi di lavoro istituzionali Regionali e Nazionali o l'affidamento di progetti istituzionali, a tutti gli operatori che abbiano in atto, in forma diretta o indiretta, rapporti economici con aziende farmaceutiche operanti nel campo delle dipendenze da sostanze o delle patologie correlate.

o

Focal Point & Problem Analysis

dal documento proposta della Conferenza Nazionale sulle Droghe – Palermo 2005

15	Carenza (sia nel Pubblico che nel privato sociale accreditato) di condizioni organizzative ma soprattutto di cultura professionale che permettano ad oggi di realizzare una “pari dignità” tra U.O. della Pubblica Amministrazione e del Privato Sociale Accreditato	<p>Aprire un dibattito su quali siano realmente, al di là dei proclami e dei facili slogan, gli assetti organizzativi e i meccanismi operativi in grado di assicurare un buon funzionamento dei dipartimenti per raggiungere la “pari dignità”.</p> <p>Valutazione se questo modello sia effettivamente il modello che assicura una buona performance economica sia in termini di utilizzo razionale delle risorse che di risultato (esito finale dei trattamenti) e risposta ai bisogni delle persone tossico e alcol dipendenti</p>	O
----	---	---	---

Focal Point & Problem Analysis

dal documento proposta della Conferenza Nazionale sulle Droghe – Palermo 2005

16	Mancanza di reale coordinamento tra U.O. della Pubblica Amministrazione e del Privato Sociale Accreditato con forte impedimento al mantenimento della “Continuità Assistenziale” soprattutto per le persone tossicodipendenti ad alto bisogno assistenziale e che discontinuano ed alternano i trattamenti.	Attivazione del Dipartimento con definizione di specifiche regole di comportamento professionale per mantenere buone prassi, finalizzate a garantire la continuità assistenziale. Fissare il rispetto di tali regole all'interno delle convenzioni e dei contratti professionali, come vincolante per poter operare ed essere retribuiti	ASL, O
17	Stime dei bisogni non standardizzate e poco affidabili	Attivazione di una rete nazionale di osservatori sull'utenza potenziale, oltre che sui costi del mancato intervento ecc.	

RACCOMANDAZIONI

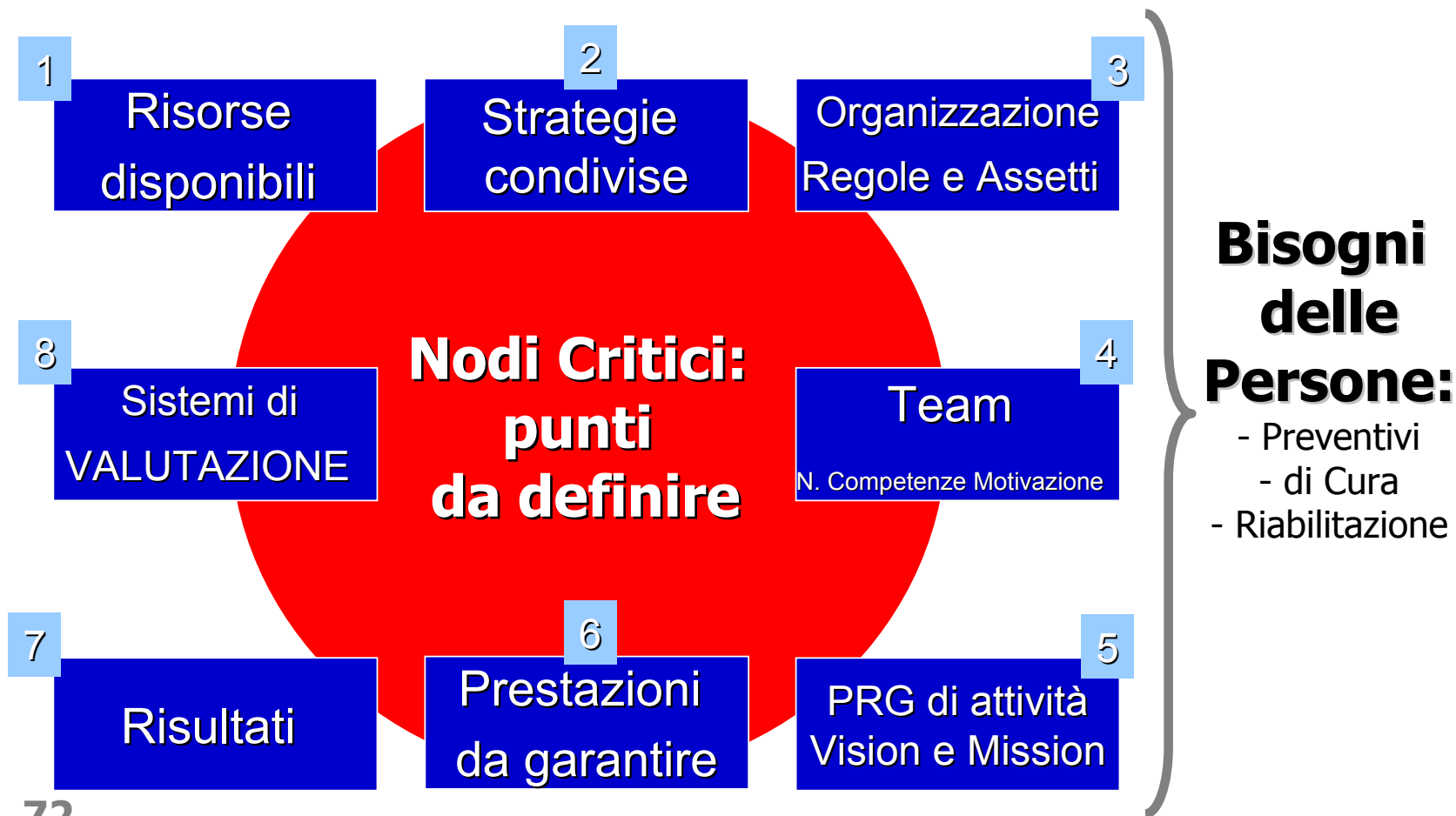
Le raccomandazioni sono state formulate e divise quindi in base ai vari attori che dovrebbero intervenire, chiaramente con ruoli e compiti diversi, nel realizzare quanto auspicato relativamente all'organizzazione dei dipartimenti delle dipendenze:

- A. Amministrazioni Centrali e gruppo di coordinamento tecnico delle Regioni/Province autonome
- B. Amministratori/politici – Regioni/Province Autonome
- C. ASL E AMMINISTRAZIONI LOCALI
- D. Dipartimento/Operatori

C. ASL

- Attivare i Dipartimenti delle Dipendenze senza indugio
- Attribuire uno specifico budget, congruo con i bisogni assistenziali ma che assicuri nel contempo la possibilità di realizzare una assistenza e trattamenti coerenti con i criteri ed i requisiti di qualità nell'ambito delle dipendenze (vedi documento specifico).
- dotarsi di un "regolamento di dipartimento" che preveda un assetto organizzativo e modalità di funzionamento come quelle sopra riportate e che garantiscono quanto definito nel documento sui criteri di qualità dei trattamenti (vedi documento specifico).
- prevedere un forte coordinamento con altre strutture aziendali – reparti, DSM, PS, ecc. del dipartimento delle dipendenze

Nodi critici: la necessità di scomporre le complessità (approccio antiFantozzi)



Ridotte risorse finanziarie disponibili:

possibili soluzioni

1. Ripensare i propri processi clinici sulla base delle valutazioni dei risultati – OUTCOME
2. Creare economie di scala → Riorganizzazione delle U.O. → DIPARTIMENTO (tenendo conto dei nuovi bisogni e delle “nuove virtù” da acquisire)
3. Incrementi di quote:
 - No ai fondi indistinti
 - Impegno a % fissa (3%) sui bilanci di previsione ASL
 - Impegno a % fissa sui bilanci di previsione per le amministrazioni Comunali e Provinciali nell’ambito della prevenzione e del reinserimento
 - Sì alle sponsorizzazioni regolamentate, da aziende non implicate con la propria produttività nel area delle dipendenze (farmaceutiche escluse)

Ridotte risorse finanziarie disponibili:

possibili soluzioni

4. Recupero di finanziamenti dai sequestri della mafia e della criminalità per finanziare il sistema delle dipendenze
5. Instaurare un sistema 8/1000 per la lotta alla droga
6. Compartecipazione dell'utente (per fasce specifiche)?

Introduzione ai sistemi assistenziali
orientati alla Clinical Governance

**ASSETTI ORGANIZZATIVI E
ADEGUAMENTO DELLE RISPOSTE
AI CAMBIAMENTI:
il Dipartimento delle Dipendenze**

**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE**

Palermo, dicembre 2005

DNPA - DIPARTIMENTO NAZIONALE POLITICHE ANTIDROGA

Giovanni Serpelloni