

IL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

LINEE DI INDIRIZZO E ORIENTAMENTO

Roma 9 giugno 2003
Presidenza Consiglio dei Ministri - Palazzo Chigi

1. Metodologia generale: introduzione metodologica sull'organizzazione dipartimentale territoriale
2. Benchmarking: le esperienze Regionali e delle Province Autonome
3. Linee di Indirizzo: principi e indicazioni generali a garanzia di qualità
4. Glossario e Bibliografia

Introduzione metodologica sull'organizzazione dipartimentale territoriale: principi generali per i dipartimenti delle dipendenze

Giovanni Serpelloni (1), Francesco Zavattaro (2),

(1) *Dipartimento delle Dipendenze, Osservatorio Regionale delle Dipendenze - Regione Veneto*

(2) *SDA Bocconi, direttore del Executive Master in General Management in Sanità Pubblica*

Premesse

Aspetti particolari dei dipartimenti territoriali

Fabbisogni organizzativi generali e possibili risposte del dipartimento

Definizione di dipartimento e specifiche

La progettazione: elementi che condizionano le scelte dipartimentali nelle ASL

Il funzionamento del dipartimento, architettura strutturale, meccanismi operativi e cultura organizzativa:

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

Obiettivi generali del Dipartimento per le Dipendenze

Tipologie di dipartimenti: i diversi assetti possibili

Dipartimento strutturale (gestionale)

Dipartimento funzionale

Dipartimento integrato

Responsabilità e funzioni:

Direttore di Dipartimento

Comitato di dipartimento

Consiglio di Dipartimento

Responsabili delle Unità Operative

Le unità organizzative

L'impianto organizzativo del Dipartimento per le Dipendenze

Collaborazioni con altri Dipartimenti

Le comunità terapeutiche

I Medici di Medicina Generale

Rapporti tra distretto e Dipartimento

Altre problematiche organizzative

Conclusioni

Bibliografia

Premesse

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 e coinvolte 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 organizzativo 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) 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 spesso in un complesso di attività tra loro interrelate. 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, CSSA, 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 quindi 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 , fisiche, 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 paradigma della cultura della progettazione organizzativa, purchè venga attivato mediante un processo di cambiamento organizzativo partecipato e non semplicemente come conseguenza dell'emanazione di leggi o regolamenti.

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. Le principali peculiarità che sostengono la diversità dai dipartimenti ospedalieri, 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 eterogenicità).
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.

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.

	Fabbisogno	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 generati 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.
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. 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.
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	Preservazione 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.
5	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.

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.

Il Dipartimento per le Dipendenze si caratterizza soprattutto per la possibilità di mettere in linea diverse unità organizzative appartenenti all'ASL ma anche ad Enti esterni del privato sociale accreditato.

Il Dipartimento per le Dipendenze come tale deve essere ritenuto una forma organizzativa avanzata che per il proprio funzionamento organizzativo ha un forte bisogno di avere bene chiaro quattro principali elementi:

- La struttura, intesa come sistema delle responsabilità/organigramma,
- le regole e gli strumenti gestionali di funzionamento (meccanismi operativi)
- i processi assistenziali e gestionali
- il programma di intervento esplicitato in un "progetto/piano di Dipartimento".

I meccanismi interni di collaborazione tra le varie unità operative si dovrebbero basare soprattutto sul principio di decentrare i livelli decisionali e promuovere politiche di vero consenso tra i vari responsabili delle unità operative. Tutto questo si esprime nel concordare azioni, metodologie, indicatori di valutazione e momenti di verifica periodica su obiettivi chiari e prefissati, muovendosi quindi in una moderna logica orientata soprattutto al "project management" (gestione per progetti) ed "empowerment" (piena assunzione di responsabilità dei risultati e delle risorse da parte dei responsabili delle unità operative). I responsabili dell'U.O. dovrebbero quindi, in line di principio, essere responsabilizzati mediante il budget, sui risultati di attività e sull'utilizzo delle risorse messe loro a disposizione.

La progettazione dei dipartimenti: elementi che condizionano le scelte dipartimentali nelle ASL

Un principio di base da ricordare nella progettazione organizzativa dei dipartimenti è che non esiste una unica soluzione ottimale ma che è necessario individuare la soluzione che meglio risponde alle esigenze e caratteristiche dell'organizzazione oggetto del cambiamento. Occorre quindi affrontare il problema in un'ottica "contingency" cioè contestualizzata, valutando la forma dipartimentale più idonea relativamente al contesto aziendale e territoriale (extra aziendale) esistente.

Per poter attuare questa progettazione è indispensabile conoscere ex ante una serie di variabili, che rappresentano gli input a partire dai quali sviluppare la specifica soluzione aziendale e di singolo dipartimento:

- Variabili organizzative interne (cultura organizzativa professionale o gestionale dominante, struttura del potere formale ed informale, esigenze ed obiettivi primari, logistica dell'organizzazione, scelte strategiche aziendali, ecc.).
- Variabili organizzative esterne (pressioni istituzionali e sociali, isomorfismo verso soluzioni di successo, linee guida di riferimento, risorse finanziarie dedicabili, ecc.)

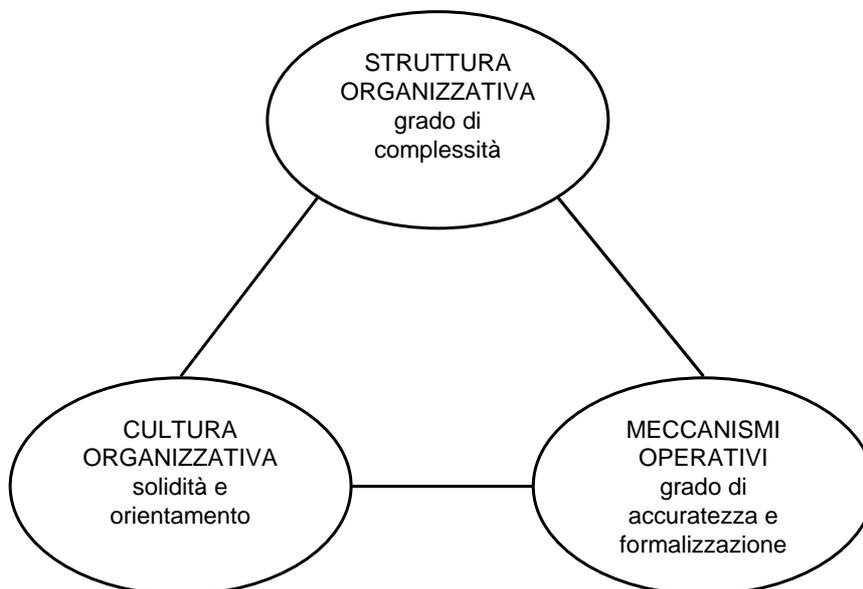
Le scelte dipartimentali sono condizionate quindi da una serie di variabili che rendono la soluzione organizzativa sempre molto contestualizzata alla realtà dove andrà ad operare il dipartimento.

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 “prescrittivi” 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
2	Finalità
3	Modello organizzativo generale adottato

5	Attività e funzioni del dipartimento e delle singole U.O.
6	Organi del dipartimento (composizione e ruoli): <ul style="list-style-type: none"> • <i>comitato di dipartimento</i> • <i>consiglio di dipartimento</i> • <i>gruppo di coordinamento/lavoro/studio e ricerca</i>
4	Attività e funzioni
5	Organi del dipartimento (composizione e ruoli): <ul style="list-style-type: none"> • <i>comitato di dipartimento</i> • <i>consiglio di dipartimento</i> • <i>gruppo di coordinamento/lavoro/studio e ricerca</i>
6	Unità Operative
7	Il sistema decisionale (chi decide, quali sono gli organi e le diverse responsabilità affidate): <ul style="list-style-type: none"> • <i>ruolo del direttore</i> • <i>ruolo dei responsabili delle U.O. complesse</i> • <i>ruolo dei responsabili delle U.O. semplici e riferimento gerarchico (direttore o resp. U.O.)</i>
8	Il sistema decisionale (chi decide, quali sono gli organi e le diverse responsabilità affidate): <ul style="list-style-type: none"> • <i>ruolo del direttore</i> • <i>ruolo dei responsabili delle U.O. complesse</i> • <i>ruolo dei responsabili delle U.O. semplici e riferimento gerarchico (direttore o resp. U.O.)</i>
9	Risorse del dipartimento
10	Risorse del dipartimento
11	Le modalità di attribuzione e gestione delle risorse
12	Le modalità di attribuzione e gestione delle risorse
13	Il sistema di programmazione e controllo (regole e budgeting)
14	Il sistema di programmazione e controllo (regole e budgeting)
15	Le relazioni del dipartimento: <ul style="list-style-type: none"> • <i>interne tra U.O.</i> • <i>tra differenti dipartimenti</i> • <i>con la direzione generale</i> • <i>con i distretti</i> • <i>con gli organi aziendali di staff</i> • <i>con i comuni</i>
16	Il sistema informativo previsto: struttura di base, debiti informativi (contenuti, creditori, timing), reporting.

17	Le relazioni del dipartimento: <ul style="list-style-type: none"> • <i>interne tra U.O.</i> • <i>tra differenti dipartimenti</i> • <i>con la direzione generale</i> • <i>con i distretti</i> • <i>con gli organi aziendali di staff</i> • <i>relazioni con istituzioni extra-aziendali (es. prefettura, enti locali, scuola, magistratura)</i>
18	I sistemi di coinvolgimento attivo degli operatori e dei dirigenti previsti per la consultazione
19	Il sistema informativo previsto
20	Le modalità di gestione della comunicazione interna ed esterna
21	I sistemi di coinvolgimento degli operatori e dei dirigenti previsti
22	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 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'allocazione 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 (Sert, Comunità terapeutiche ecc.), 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 progetto/lavoro dedicati allo studio di specifici problemi e processi organizzativi/produttivi:*

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 trovano 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 quindi 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 appartenenti a diverse linee specialistiche.

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 comorbilità 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

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, ecc. 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,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.

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 quindi 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 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.

Tipologie di dipartimenti: i diversi assetti possibili

I dipartimenti possono essere variamente organizzati e possono assumere delle valenze diverse, relativamente ai rapporti di potere interno, in base ai loro assetti e alle regole su cui si basa il loro funzionamento e ai rapporti tra le unità operative.

I principali tipi di dipartimenti sono: il dipartimento strutturale, quello funzionale e quello integrato.

Ogni forma ha caratteristiche specifiche che fa variare i rapporti interni tra unità operative, tra queste e la direzione del dipartimento, tra direzione del dipartimento e direzione strategica e tra dipartimento e distretti.

Non esiste una forma in assoluto migliore dell'altra, ma la scelta andrà fatta con una logica contingente in base alla realtà organizzativa ed ambientale dove tale dipartimento andrà ad inserirsi ed operare. Le soluzioni strutturali si sono dimostrate più idonee a creare organizzazioni più formalizzate e governabili, mentre quelle funzionali sono particolarmente adatte ad essere utilizzate dove l'assetto organizzativo è già fortemente strutturato, ma manca o è scarso il coordinamento in ambito tecnico scientifico.

Con il termine **dipartimento strutturale (o gestionale)** si deve intendere una forma organizzativa che ha la "proprietà" delle risorse che ad essa vengono affidate. Questa forma punta inoltre a creare una chiara gerarchizzazione delle unità operative appartenenti al dipartimento, con un governo basato su meccanismi budgettari ed un controllo delle risorse umane, dei comportamenti professionali e dei sistemi di incentivazione, fortemente centralizzati (nella fase di programmazione/allocazione e controllo) nel vertice del dipartimento, che assume così un ruolo direttivo e una capacità di influenza molto forti.

Il responsabile del dipartimento in questo caso esercita funzioni di direzione e coordinamento, provvede di solito alla negoziazione del budget con la direzione strategica per l'intero dipartimento ed in un secondo momento rinegozia con le varie unità operative del dipartimento la ripartizione interna delle risorse assegnate a livello centrale. Il dipartimento strutturale quindi dispone di risorse proprie e può anche prevedere una riallocazione interna di tali risorse tramite decisioni dirette della direzione. Per questo motivo il dipartimento strutturale viene anche definito "forte", prevedendo anche diversi rapporti con i distretti che in questo caso non esercitano un potere programmatico e/o gestionale sulle unità operative del dipartimento.

Il comitato di dipartimento può assumere valenze di organo di programmazione concertata delle attività e delle modalità operative dell'intero dipartimento che viene poi affidata per la sua direzione e controllo al direttore di dipartimento, che si muove quindi sulla base di un piano approvato dal comitato. Una seconda ipotesi di funzionamento è che il direttore abbia invece maggior potere decisionale, svincolato dalle decisioni del comitato che diventa così organo consultivo ma non vincolante. Nulla toglie che anche in questo caso il direttore possa esercitare un leadership partecipata e delegante e non necessariamente quindi accentrata e prescrittiva.

In questo tipo di dipartimento, molto spesso, per la complessità gestionale ed organizzativa, viene attivato uno staff di supporto alla direzione con finalità di produrre condizioni agevolanti in ambito di raccolta dati e reporting, formazione, controllo di gestione, coordinamento infermieristico, analisi e reingegnerizzazione dei processi, ecc..

Con il termine **dipartimento funzionale** si deve intendere invece un assetto organizzativo dove viene esaltato il ruolo decisionale e discrezionale delle singole unità operative, senza gerarchizzazione e con un ruolo del caporesponsabile di dipartimento che si esprime prevalentemente con funzioni di coordinamento tecnico scientifico, senza possibilità di incidere sui meccanismi di budget. In questo caso il responsabile del dipartimento è un coordinatore che esplica funzioni di coordinamento e non di direzione, non negoziando il budget con la direzione strategica che lo fa invece con i singoli responsabili delle unità operative. La "proprietà" delle risorse è quindi delle singole unità operative e le attività di direzione vengono espletate dai singoli responsabili. Per questo motivo il dipartimento funzionale viene anche definito "debole", prevedendo anche diversi rapporti rispetto allo strutturale con i distretti che in questo caso esercitano invece un potere programmatico e/o gestionale sulle unità operative coordinate dal dipartimento ma strutturalmente appartenenti ai distretti. Il comitato di dipartimento assume cosicòsì valenze più di tipo tecnico scientifico, di allineamento delle conoscenze e di definizione di accordi, non trasformabili in "norma" vincolante e/o affidamento di compito istituzionale mediante assegnazione di obiettivi budget-obiettivi-budget con l'esercizio quindi del potere della direzione del dipartimento.

Con il termine **dipartimento integrato** si deve intendere una forma organizzativa mista che prevede un rapporto strutturale tra le unità operative appartenenti all'azienda sanitaria locale ma contemporaneamente un rapporto funzionale nei confronti delle unità operative non aziendali, quali per esempio le comunità terapeutiche. In questo modo non si ha una gerarchizzazione delle unità operative esterne che possono comunque essere vincolate nel loro operare al rispetto di condizioni, regole e modelli comportamentali in ambito professionale attraverso l'atto contrattuale (convenzione, ecc.). questo tipo di dipartimento può prevedere comunque la possibilità di operare con logica budgetaria anche per le unità operative esterne. Per questa evenienza però è necessario creare ex ante delle condizioni operative ed organizzative che permettano una maggior responsabilizzazione e autonomizzazione coordinata di queste unità operative, che diventerebbero cosicòsì paritetiche a quelle interne, con una contemporanea possibilità di programmazione e controllo da parte della direzione di dipartimento.

Il ruolo quindi delle Comunità terapeutiche dovrebbe assumere quindi connotazioni di "incaricati di pubblico servizio", fortemente integrati e coordinati nel sistema pubblico con partecipazione attiva alla programmazione ma contemporaneamente fortemente vincolate alle responsabilità derivanti dal fatto di assicurare una assistenza equanime, di qualità e continuativa, dal servizio pubblico e così come previsto dalla regolamentazione dei sistemi socio-sanitari nazionali e regionali/provinciali.

Il coordinarsi quindi all'interno del dipartimento, diventa condizione e requisito fondamentale per poter partecipare istituzionalmente alle attività del dipartimento stesso, attraverso il meccanismo della programmazione concertata, del budget e dell'accettazione del principio di garantire la continuità assistenziale ai pazienti, che in questo caso diventano "clienti" del dipartimento nel suo complesso a cui tutte le U.O. concorrono e devono concorrere ad assicurare l'assistenza ai vari livelli possibili, in base alla motivazione al trattamento del paziente, alle condizioni cliniche a alle possibilità di accettare e mantenere interventi a diversa soglia e complessità. Tutto questo tenendo conto che se il paziente non sarà eleggibile per una unità operativa (per mancanza dei criteri e delle condizioni cliniche e motivazionali) tale unità avrà comunque l'obbligo nei confronti del paziente, di assicurare la continuità terapeutica curando un corretto ed efficace invio ad altra U.O. del dipartimento.

Caratteristiche		dipartimento		
		<i>Strutturale</i>	<i>Funzionale</i>	<i>Integrato</i>
1	Modello generale	Forte	Debole	Intermedio
2	Grado di identità propria	Alto	Basso	Alto
3	Assetto di governo	Accentrato con responsabilizzazione diffusa	Totalmente decentrato alle U.O.	Accentrato con responsabilizzazione diffusa
4	Struttura organizzativa	Gerarchizzata, strutturata e formale	Non gerarchizzata, non strutturata	Gerarchizzata sulle U.O. aziendali, non gerarchizzata sulle U.O. extra aziendali
4	Struttura organizzativa	Gerarchizzata, strutturata e formale	Non gerarchizzata, non strutturata	Gerarchizzata sulle U.O. aziendali, non gerarchizzata sulle U.O. extra aziendali ma fortemente coordinato nella fase di programmazione, nei processi assistenziali e nella condivisione dei principi della continuità assistenziale
5	Finalità principali	Gestionali/organizzative (Programmazione e gestione coordinata delle risorse mediante meccanismi budgettari)	Coordinamento tecnico scientifico mediante linee guida, formazione e monitoraggio	Gestionali/organizzative (Programmazione e gestione coordinata delle risorse mediante meccanismi budgettari) e coordinamento tecnico scientifico
6	Compiti qualificanti	Programmazione Negoziazione del budget Controllo delle attività	Predisposizione delle linee guida e protocolli	Programmazione Negoziazione del budget Controllo delle attività Predisposizione delle linee guida e protocolli
7	Meccanismi operativi: <ul style="list-style-type: none"> • regolamento di dipartimento • programmazione, budgeting e controllo • gruppi di progetto/lavoro • gestione del personale 	<ul style="list-style-type: none"> • Presente, articolato e cogente • Compiti del dipartimento • Presenti • Centralizzata per il comparto, decentrata per i dirigenti 	<ul style="list-style-type: none"> • Presente, non cogente • Compiti delle U.O. • Presenti e fondamentali • Decentrata alle U.O. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presente, articolato e cogente • Compiti del dipartimento • Presenti e rilevanti • Centralizzata per il comparto, decentrata per i dirigenti, autonoma per U.O. extra aziendali
7	Meccanismi operativi: <ul style="list-style-type: none"> • regolamento di dipartimento • programmazione, budgeting e controllo 	<ul style="list-style-type: none"> • Presente, articolato e cogente • Compiti del dipartimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Presente, non cogente • Compiti delle U.O. • Presenti e 	<ul style="list-style-type: none"> • Presente, articolato e cogente • Compiti del dipartimento

	<ul style="list-style-type: none"> • gruppi di progetto/lavoro • gestione del personale 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenti • Centralizzata per il comparto, decentrata per i dirigenti 	<ul style="list-style-type: none"> • fondamentali • Decentrata alle U.O. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenti e rilevanti • Centralizzata per il comparto, decentrata per i dirigenti, autonoma per U.O. extra aziendali
8	Unità operative aziendali	Subordinate al direttore di dipartimento	Autonome	Subordinate al direttore di dipartimento
9	Unità operative extra aziendali	Vincolate con contrattualizzazioni al rispetto del regolamento e delle linee guida Fortemente responsabilizzate	Autonome	Vincolate con contrattualizzazioni al rispetto del regolamento e delle linee guida Fortemente responsabilizzate
9	Unità operative extra aziendali	Vincolate con contrattualizzazioni al rispetto del regolamento e delle linee guida Fortemente responsabilizzate	Autonome	Vincolate con contrattualizzazioni al rispetto del regolamento e delle linee guida Fortemente responsabilizzate
10	Staff di direzione	Presente	Assente	Presente
11	Ruolo del responsabile di dipartimento	Direttore. Autorità sovraordinata rispetto ai responsabili di struttura complessa. È titolare della programmazione e sviluppo del dipartimento. Negozia il budget con la dir. Strategica Gestisce l'allocazione delle risorse umane all'interno del dipartimento	Coordinatore, agevolante i processi di allineamento delle conoscenze e dei processi. Non ha autorità sovraordinata alle U.O.	Direttore. Autorità sovraordinata rispetto ai responsabili di struttura complessa. È titolare della programmazione e sviluppo del dipartimento. Negozia il budget con la dir. Strategica Gestisce l'allocazione delle risorse umane all'interno del dipartimento
11	Ruolo del responsabile di dipartimento	Direttore. Autorità sovra-ordinata rispetto ai responsabili di struttura complessa. È titolare della programmazione e sviluppo del dipartimento. Negozia il budget con la dir. Strategica Gestisce l'allocazione delle risorse umane all'interno del dipartimento	Coordinatore, agevolante i processi di allineamento delle conoscenze e dei processi. Non ha autorità sovraordinata alle U.O.	Direttore. Autorità sovra-ordinata rispetto ai responsabili di struttura complessa. È titolare della programmazione e sviluppo del dipartimento. Negozia il budget con la dir. Strategica Gestisce l'allocazione delle risorse umane all'interno del dipartimento Coordina la concertazione sull'allocazione delle risorse
12	Responsabili delle U.O.	Gestiscono le U.O. Subordinati al direttore di dipartimento	Autonomi, non subordinati	Gestiscono le U.O. Subordinati al direttore di dipartimento Partecipano al comitato di dipartimento
13	Comitato di dipartimento	Ruolo Consultivo Non decisionale Orientato agli aspetti organizzativi gestionali	Organo di definizione degli orientamenti tecnico scientifici	Ruolo di programmazione e decisionale

14	Componenti del comitato	Responsabili delle U.O. aziendali	Responsabili delle U.O. aziendali ed extra aziendali	Responsabili delle U.O. aziendali ed extra aziendali
15	Consiglio di dipartimento	Consultivo	Consultivo	Consultivo
16	Negoziare del budget	Il direttore del dipartimento negozia il budget (non per ogni singola unità operativa ma per l'intero dipartimento) con la direzione strategica e affida il budget ai responsabili delle U.O. del dipartimento	Nessuna funzione	Il direttore del dipartimento negozia il budget (non per ogni singola unità operativa ma per l'intero dipartimento) con la direzione strategica e affida il budget ai responsabili delle U.O. del dipartimento
17	“Proprietà” delle risorse: <ul style="list-style-type: none"> • personale del comparto • personale dirigente • spazi operativi comuni • spazi in uso a singole U.O. • attrezzature comuni • finanziamenti specifici 	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento • U.O. • Dipartimento • Dipartimento • Dipartimento • Dipartimento 	<ul style="list-style-type: none"> U.O. U.O. U.O. capofila U.O. U.O. capofila U.O. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dipartimento • U.O. • Dipartimento • U.O. • Dipartimento • U.O.
18	Rapporti con il distretto	Le U.O. aziendali appartengono al Dipartimento che governa l'offerta, gestisce le risorse e produce l'offerta. Il distretto non ha responsabilità sui fattori produttivi dei dipartimenti e delle U.O. Esso rappresenta e governa la domanda espressa, espleta attività di coordinamento per area territoriale	Le U.O. aziendali appartengono al distretto U.O. subordinate al distretto. Il distretto governa la domanda e gestisce le risorse per produrre l'offerta. Il dipartimento è senza responsabilità sui fattori produttivi e governa il know how	Le U.O. aziendali appartengono al Dipartimento che governa l'offerta, gestisce le risorse e produce l'offerta. Il distretto non ha responsabilità sui fattori produttivi dei dipartimenti e delle U.O. Esso rappresenta e governa la domanda espressa, espleta attività di coordinamento per area territoriale

Responsabilità e funzioni

Direttore di Dipartimento

Nel dipartimento strutturale o integrato, il responsabile esercita le funzioni di direzione complessiva e coordinamento del Dipartimento (strategie e politiche di sviluppo, programmazione delle attività, formazione, investimenti, allocazione delle risorse finanziarie, valutazione della dirigenza, ecc.). Il Direttore ha una autorità sovra ordinata ai responsabili delle unità operative. Il Direttore ha poteri forti e negozia il budget direttamente con la direzione strategica per tutte le unità operative. Egli dovrà agire ricercando l'accordo dei responsabili dei Ser.T, delle Comunità e delle altre unità operative, in armonia con le altre strutture interessate non sociosanitarie e assicurando l'allineamento con gli obiettivi aziendali e regionali.

Il Direttore del Dipartimento potrà essere scelto dal Direttore Generale tra i responsabili che appartengono al comitato operativo Dipartimento o attingendo a professionisti esterni. Al ruolo di Direttore del Dipartimento potranno essere nominati, indipendentemente dalla provenienza, dirigenti medici con documentate e verificate qualifiche e riconoscimenti nel campo

dell'organizzazione, del management, dell'assistenza, della formazione e nel campo del coordinamento di gruppi e progetti di ricerca/intervento.

L'incarico di Direttore di Dipartimento dovrà essere sottoposto a verifiche e riconferme sulla base dei risultati raggiunti relativamente agli obiettivi preconcordati.

Il ruolo del Direttore di Dipartimento si configura anche come coordinatore tecnico del progetto del Fondo Regionale Lotta alla droga.

Il Dipartimento, si coordinerà, mediante modelli operativi definiti da linee guida e da protocolli concordati ed adottati da tutte le unità operative individuate come facenti parte del Dipartimento stesso, riunite nel comitato organo di Dipartimento.

Le linee guida e i protocolli operativi assunti dal Dipartimento dovranno essere redatte sulla base di criteri, standard ed evidenze scientifiche di efficacia.

Le principali attività del Direttore del Dipartimento sono riportate nella tabella 6 successiva.

Tab. 6: Principali attività del Direttore di Dipartimento

Ambiti	Principali attività
Direzione e coordinamento <ul style="list-style-type: none"> • Supervisiona le u.o. • Definisce linee guida e standard 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Negozia il budget per tutto il Dipartimento con la Direzione strategica ▪ Definisce il budget per le U.O. del Dipartimento ▪ Si rapporta e si coordina con la Direzione strategica ▪ È responsabile delle attività trasversali quali la prevenzione primaria, l'assistenza in carcere e gli altri interventi ▪ Propone alla direzione strategica la valutazione dei dirigenti responsabili dell'U.O. ▪ Si coordina con il comitato operativo
Organizzazione <ul style="list-style-type: none"> • Organizza e coordina i gruppi di lavoro trasversali 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizza le U.O. del Dipartimento ▪ Promuove attività per l'integrazione degli operatori delle strutture pubbliche e private ▪ Garantisce e presiede lo svolgimento delle riunioni di comitato di Dipartimento ▪ Gestisce e distribuisce le risorse umane tra le U.O. del Dipartimento in base ai bisogni rilevati
Programmazione e controllo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Predispone il "progetto generale di intervento" del Dipartimento ▪ Predispone per la Direzione strategica il piano di zona alla tossicodipendenza ▪ Attua una valutazione delle performance delle varie U.O. ▪ Cura l'attività di reporting ▪ Propone e verifica la rispondenza alle procedure e ai processi del Dipartimento da parte delle singole U.O. ▪ Attua correttivi al fine del raggiungimento degli obiettivi di budget (attività e costi) concordati con la direzione strategica
Formazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attiva e predispone attività di formazione per gli operatori del Dipartimento in ambito tecnico-scientifico e organizzativo-manageriale. ▪ Promuove la cultura del Total Quality Management ▪ Garantisce adeguata formazione sulle norme di sicurezza professionale
Rapporti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ È subordinato alla direzione strategica ▪ È sovraordinato ai responsabili delle U.O. ▪ Garantisce la continuità dei rapporti operativi con gli enti esterni (prefettura, scuola, enti locali, ecc.)
Rapporti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ È subordinato alla direzione strategica ▪ È sovraordinato ai responsabili delle U.O. ▪ Garantisce la continuità dei rapporti operativi con gli enti esterni (prefettura, scuola, enti locali, ecc.)

Nel dipartimento funzionale il ruolo del direttore assume caratteristiche più di coordinamento tecnico scientifico, non esercitando poteri di sovraordinazione dei responsabili delle U.O. il

direttore in questo caso risulta un “agevolatore” dei processi di coordinamento puntando soprattutto a creare condizioni di allineamento culturale e professionale tra le diverse U.O..

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 potere 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.

Responsabili delle Unità Operative

Ai Responsabili dei Ser.T saranno affidati compiti di direzione e controllo dell'assetto organizzativo complessivo del Servizio e le responsabilità relative alle risorse assegnate, previste a suo tempo per i compiti di cui al decreto del Ministero della Sanità, ferme restando quindi le loro responsabilità dirette in ambito organizzativo e di risultato economico.

Il responsabile del Ser.T, avrà un proprio centro di responsabilità e di costo, mantenendo autonomia di gestione delle risorse assegnate e quella tecnico-funzionale sulla base del budget negoziato con il Direttore di Dipartimento (per il dipartimento strutturale) o con la direzione strategica (per il dipartimento funzionale).

Ai Responsabili delle Comunità Terapeutiche sarà richiesto un allineamento sia in ambito tecnico-scientifico che organizzativo gestionale. Considerata la loro posizione esterna all'azienda, la condivisione operativa di tali indicazioni dovrà essere prevista negli atti convenzionali (contratti) regolamentanti il rapporto con l'azienda stessa. La contrattualizzazione potrà essere sottoposta a condizioni tali da poter attribuire responsabilità dirette a tali strutture, inserendole a pieno titolo come unità operative del dipartimento, subordinate alla condivisione e al rispetto delle regole generali del dipartimento. Tale responsabilizzazione potrà riguardare sia gli aspetti clinici sia quelli organizzativi/gestionali. Anche in questo caso il tipo di rapporto e la consistenza delle relazioni dipenderà dal modello di dipartimento scelto.

Tab. 7: Principali attività del responsabile dell'U.O.

Ambiti	Principali attività
Direzione e coordinamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Negozia il budget della propria U.O. con il Direttore di Dipartimento (dip. Strutturato o integrato) o con la direzione strategica (dipartimento funzionale) ▪ Dirige i professionisti delle U.O. ▪ Applica le linee guida degli standard del Dipartimento ▪ Valuta i propri operatori ▪ È responsabile del risultato economico della propria U.O. (attività e costi) ▪ E' il responsabile clinico e dei percorsi terapeutico-riabilitativi: dirige l'equipe dell'unità operativa che predispone i programmi terapeutici
Organizzazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizza i professionisti e i gruppi di lavoro interni alle U.O. ▪ Promuove l'integrazione multidisciplinare ▪ Garantisce la diffusione delle informazioni derivanti dal Dipartimento agli operatori dell'U.O. ▪ Affida funzioni e compiti agli operatori ▪ Garantisce la partecipazione dei propri operatori a gruppi trasversali
Programmazione e controllo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propone il proprio budget al Direttore di Dipartimento ▪ Assicura e controlla il raggiungimento dei propri obiettivi di budget (attività e costi) ▪ Pone in essere eventuali correttivi e/o rinegozia con il direttore del Dipartimento gli obiettivi ▪ Programma e controlla le attività dell'U.O. coerente con le indicazioni dipartimentali ed aziendali
Formazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantisce la partecipazione alle attività di formazione del Dipartimento dei professionisti dell'equipe dell'unità operativa ▪ Provvede alla formazione sulle norme di sicurezza professionale ▪ Rileva i bisogni formativi e li propone al Dipartimento ▪ Collabora all'attività di formazione del Dipartimento
Rapporti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ È subordinato al direttore di Dipartimento (dipartimento strutturale o integrato) ▪ È sovra ordinato ai professionisti dell'U.O. che dirige ▪ Garantisce la continuità dei rapporti con il Dipartimento

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 Alcologiche) e quelle non appartenenti all'azienda (organizzazioni del privato sociale accreditate).

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.

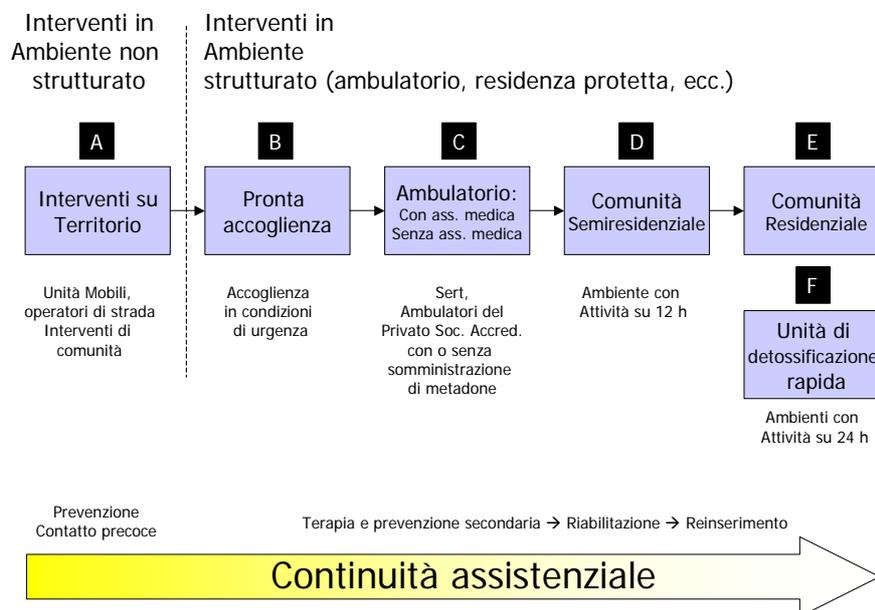
Le unità organizzative sulla base della loro attività prevalente nel campo delle tossicodipendenze e della loro dislocazione possono essere ulteriormente distinte tra U.O. di settore (es. Ser.T e

Comunità terapeutiche) e non di settore (es. Pronto Soccorso, Reparti ospedalieri, ecc.), e tra U.O. intra ed extra Azienda ASL.

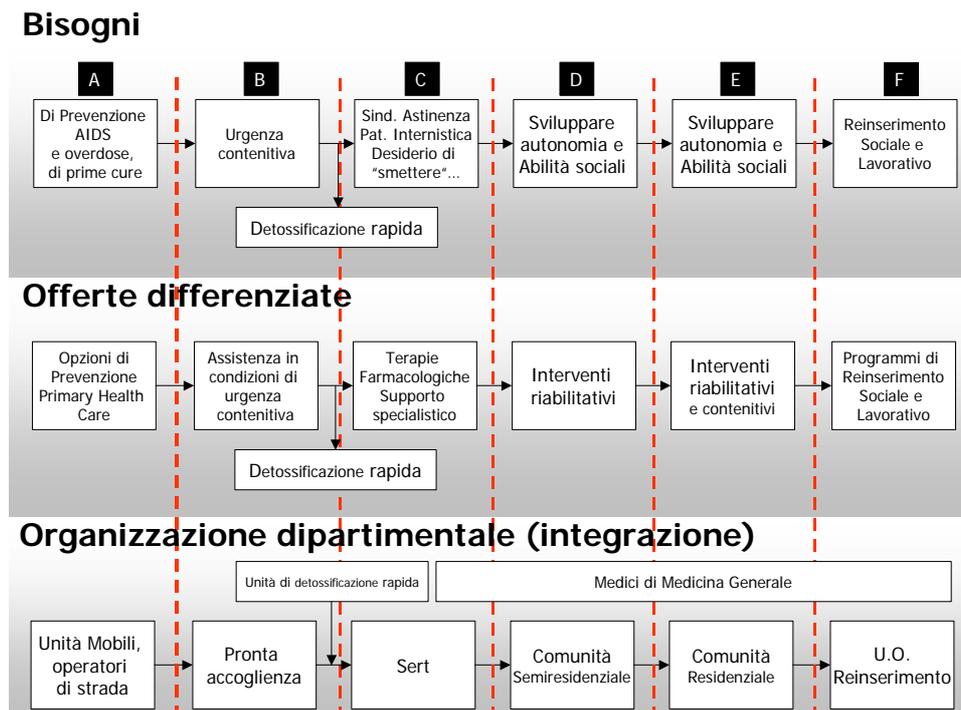
Le unità organizzative, presuppongono una autonomia tecnico-funzionale e gestionale con riferimento alle attività professionali ed organizzative interne, in accordo con gli indirizzi definiti in sede di Dipartimento per le Dipendenze e del budget assegnato.

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.



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.

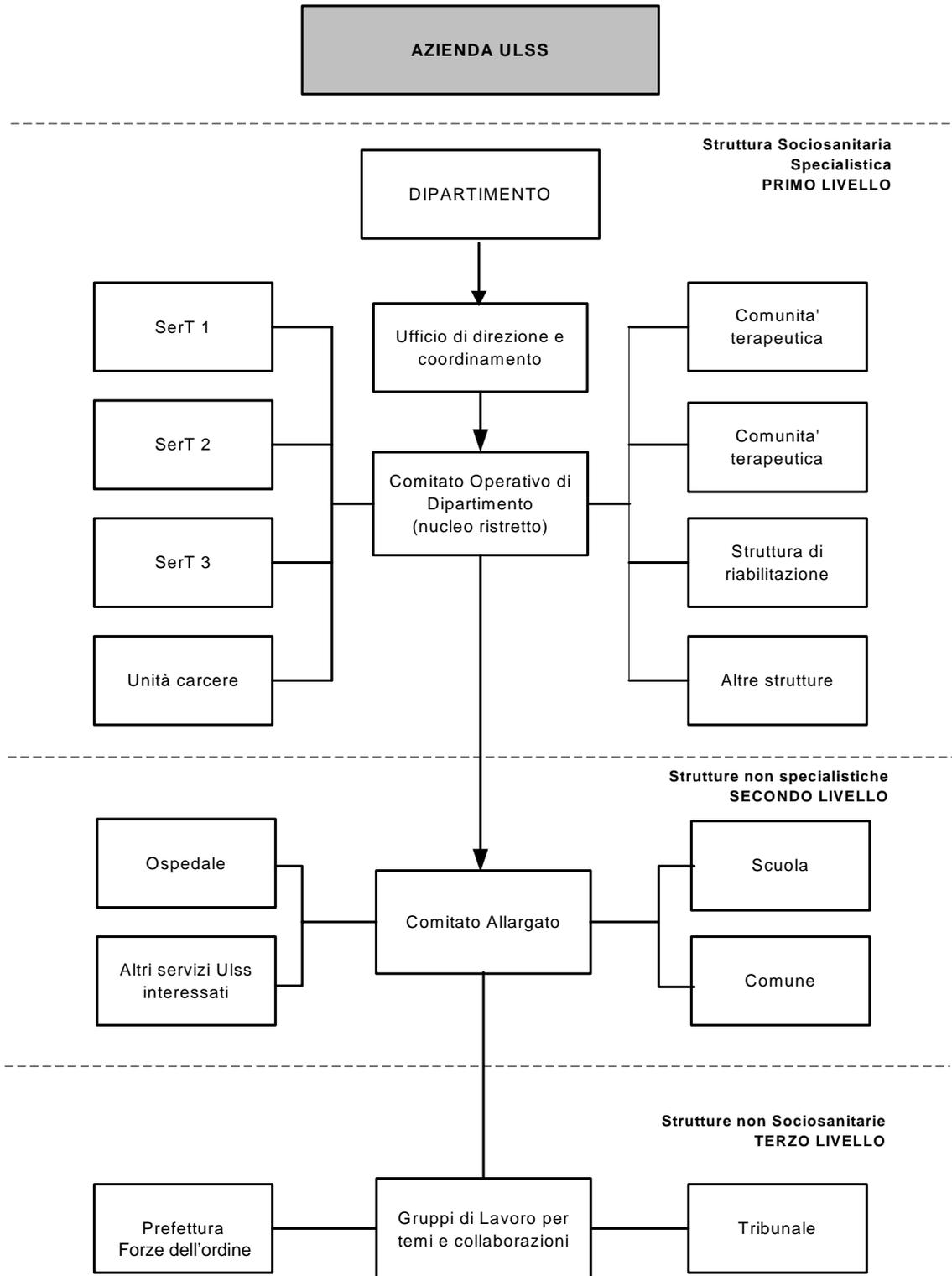
Nella tabella successiva vengono riportate le componenti del Dipartimento ed i loro principali ruoli e funzioni. Appare chiaro che un ruolo centrale in termini di proposizione e promozione appartiene al "comitato di dipartimento" che si avvale poi del "Consiglio di dipartimento" con un rapporto periodico 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 volte 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.
Comune, Scuola	Scuola

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 famigliari che dovrebbero essere riorientati verso la gestione di questo tipo di problematiche. Il loro utilizzo odierno infatti appare generalmente sottodimensionato rispetto alle risorse stanziare.

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

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 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 organizzativi, attività prestazioni (volume e qualità) e risorse dedicate, con un rapporto tra comunità e Dipartimento paritetico a quello dei Ser.T.

La Regione auspica l'attivazione di forme sperimentali in questo senso ma a tal fine le aziende ASL interessate dovranno concordare 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" adottando formali processi e protocolli diagnostici e di valutazione dell'outcome standard, concordati 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.

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 generale 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.

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.

Fig. 3: Struttura organizzativa del Distretto a Dipartimenti forti

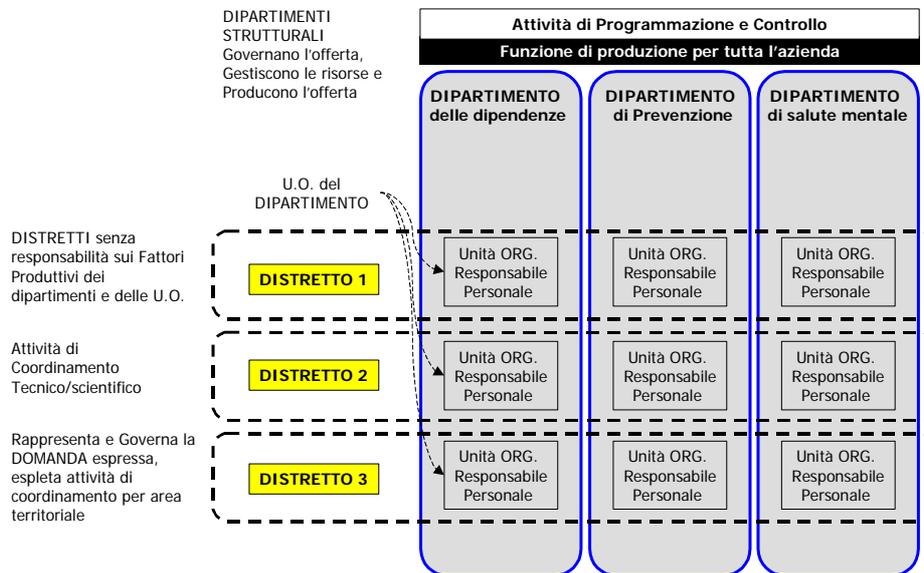


Fig. 4: Dipartimenti forti: tipologie di negoziazione

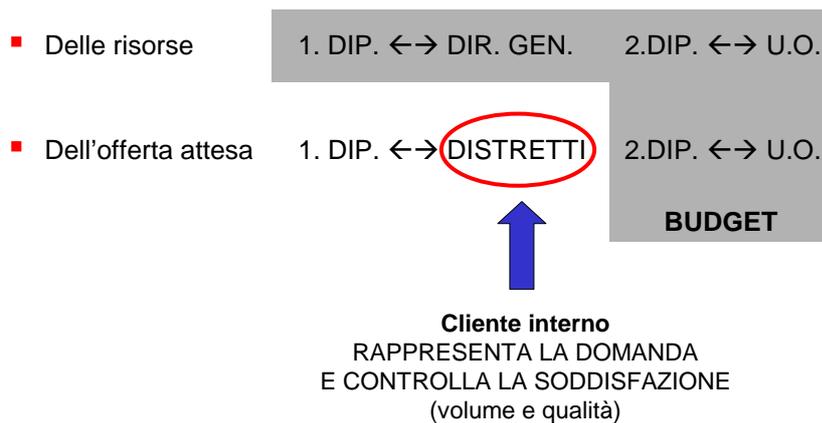


Fig. 3: Struttura organizzativa a Dipartimenti deboli

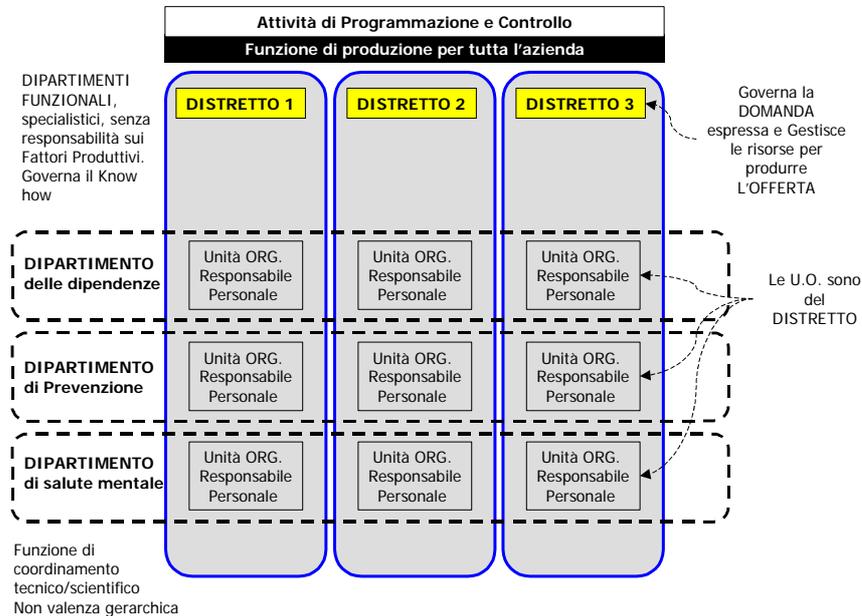
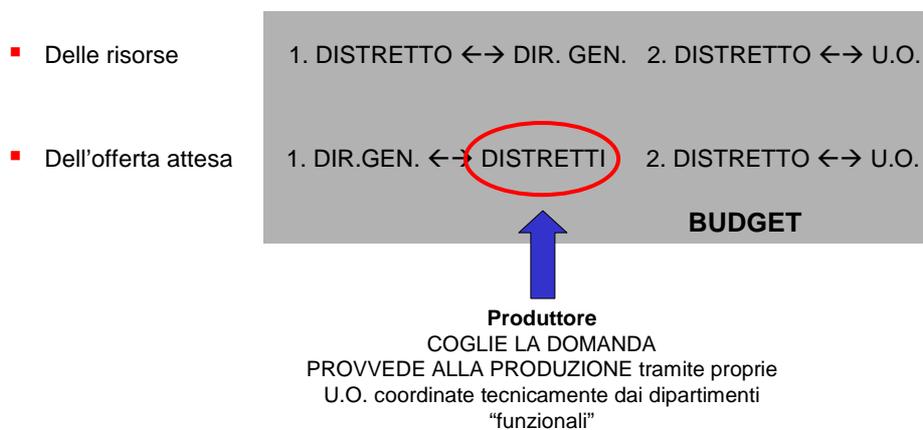


Fig. 4: Dipartimenti deboli: tipologie di negoziazione



Altre problematiche organizzative

Alcune realtà Regionali stanno definendo una nuova organizzazione territoriale sperimentale, dove assume una fondamentale importanza la Conferenza dei Sindaci che, tramite le “società della salute (SDS)” esercitano attività di programmazione zonale anche di tipo sanitario. Le SDS hanno un proprio comitato di gestione con forte potere demandato ai Comuni ed un proprio direttore. Queste società opererebbero su aree geografiche corrispondenti ai Comuni coinvolti, negoziando con la ASL le risorse.

Le SDS sono dotate di risorse proprie derivanti sia dalle risorse ASL che da quelle Comunali e che le società possono governare autonomamente dalle ASL. Le funzioni classiche distrettuali quindi verrebbero assorbite e “sovrapposte” a quelle delle SDS.

In questo contesto (ancora da definire nelle sue linee specifiche ma già impostato nelle sue linee generali) il bisogno di coordinamento tra SDS, al fine di garantire equità e standard prestazionali su tutto il territorio della ASL e tra i vari comuni, diventa molto forte. Il dipartimento, nella sua valenza trasversale, può rappresentare una buona soluzione per raggiungere obiettivi di coordinamento tra le varie SDS.

Tale attività però andrà ad esplicarsi sugli aspetti tecnico-scientifici ma molto meno su quelli gestionali essendo le varie Società vere e proprie “microaziende” dotate di forte autonomia e indipendenza. In questo caso il dipartimento di tipo funzionale potrebbe essere una soluzione idonea, avendo la consapevolezza però che questo tipo di organizzazione non possiede leve forti per condizionare i comportamenti professionali delle varie U.O..

Nulla toglie che le SDS possono concordare, per aspetti specifici quali ad esempio le dipendenze e la salute mentale, di definire e accettare dipartimenti di tipo strutturale o integrato al fine di dare ancora più omogeneità e coordinamento agli interventi nella lotta alla droga o nella gestione dei pazienti con disturbi psichiatrici. Sicuramente si potrebbe così migliorare l'impatto globale sul fenomeno nel suo complesso anche oltre i confini comunali assicurando quindi interventi omogenei tra comune e comune evitando asincronie e contraddizioni, questo anche in considerazione della grande mobilità dei pazienti tra i vari comuni.

Conclusioni

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 compartecipazione 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.

Bibliografia

- ASSR: il dipartimento nel servizio sanitario nazionale, *Progettare per la sanità*, 37: 50-64, 1997
- Bergamaschi M., *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw Hill – libri Italia, 2000
- Bonicchi R.: ruoli e compiti nella organizzazione dipartimentale, Edizioni Minerva Medica, torino 1996
- Cantarelli C., Casat G., Cavallo M., Cocchi T., Elefanti M., Formentoni A., Lega F., Maggioni S., Sassi M., Malarico E., Zucco F., *Il percorso del paziente*, EGEA, 1999
- Cochrane A.L., *Efficienza ed efficacia*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Corradini A. *I modelli organizzativi per le aziende U.L.S.: tradizione ed innovazione*, *Mecosan* n.20, 17-33, 1997
- Costa G., Nacamulli R.C.D., *Manuale di organizzazione aziendale*, UTET
- EMCDDA, *Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drus users*, EMCDDA, dicembre 2000
- Focarile F., *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*, Centro Scientifico Editore, 1998
- Gaia E., Poncini D., *Il Dipartimento ospedaliero*, Edizioni Minerva Medica, 1996
- Galbraith J., *La progettazione organizzativa: un'analisi dal punto di vista del trattamento delle informazioni*, *Problemi di gestione*, vol.9, 1975
- Galbraith J., *Organization desing*, Addison-Wesley, Reading, 1997
- Gartner Group, *Rapporto sui principali tools per interventi di Business Process Reengineering*, 1998-99
- Grandori A., *L'organizzazione delle attività economiche*, Il Mulino, 1995
- Grilli R., Penna A.e Liberati A., *Migliorare la pratica clinica*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
- Guzzanti E. et AL, *Aree funzionali omogenee e dipartimenti*, *Federazione Medica*, 4-8, novembre 1994
- Hammer M., Champy J., *Ripensare l'azienda*, Sperling&Kupfer, 1993
- Hammer M., *Ripromettiamo il lavoro: automatizzare non basta, bisogna rivoluzionare*, Harward Espansione, 1990
- Hronec S.M., *Segni vitali: come utilizzare gli indicatori di qualità, tempo e costo per tracciare il futuro della vostra azienda*, Franco Angeli, 1995
- Jefferson T., Demincherelli V., Mugford M., *La valutazione economica degli interventi sanitari*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- Lega F.: *dalla struttura alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento*, *Mecosan*, n. 30, 1999
- Marchiali R., Rognoni G., *Cause Effetti in medicina*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1994
- Meneguzzo M., *Dall'azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie: una prima valutazione dell'efficacia dei network sanitari*, *Mecosan*, n°19 1996
- Mintzberg H., *Le strutture organizzative*, Il Mulino, 1985
- Montironi M., Genova M., *Riorganizzare i servizi pubblici*, *Sviluppo & Organizzazione*, n.167, 1998
- Mooney G., *Problemi chiave dell'economia sanitaria*, a cura di Garattini L., Il Pensiero Scientifico Editore, 1996
- Normann Richard, *La gestione strategica dei servizi*, ETASLIBRI, 1984
- Oggioni E., *Le organizzazioni professionali a network*, *Sviluppo & Organizzazione*, n°140, 1993
- ONU, *World Drug report 2000*, United Nations Office for Drug Contorl and Crime Prevention, 2000
- Perrone V., *Le strutture organizzative d'impresa*, EGEA, 1990
- Rachele U., Perrone V., *Modelli per la gestione del cambiamento organizzativo*, *Economia & Mangement*
- Ruffini R., *Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie*, *Mecosan* n°18, 1996
- Rugiadini A., *Organizzazione d'impresa*, Giuffrè, 1979
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., *Eroina Infezione da HIV e patologie correlate*, Leonard Edizioni, 1995
- Serpelloni G. et all. *Quality management per le aziende sanitarie*. Ministero della salute, Ed. PFT 2002
- Serpelloni G. et all. *Project management*. Ministero della Salute, Ed. PFT 2002
- Temali D., Maj M., Capatano F., Giordano G., Saccà C. *ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*, Masson, 1996
- Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., *Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie*, Centro Scientifico Editore, 1999