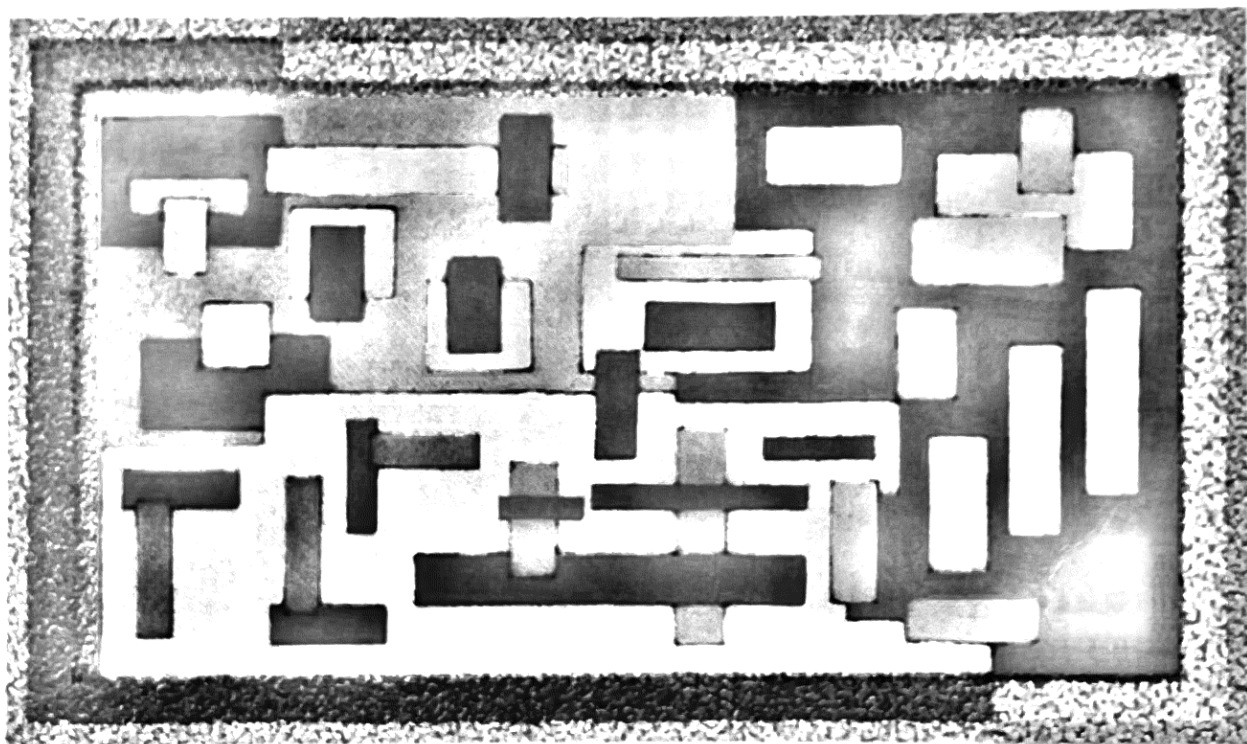


# **IL SISTEMA DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE**

**Programmazione, qualità  
e valutazione**

a cura di Umberto Nizzoli



**DIPENDENZE: STRUMENTI/LABORATORIO**

**FrancoAngeli**

## 46. Fondamenti del sistema curante

La costruzione del sistema curante si basa su fondamenti di riferimento cui la costruzione delle offerte si rivolge. Essi sono:

1. L'abuso di sostanze è una sindrome complessa, multicausale, stato a rischio cronico di ricaduta e che può portare alla completa perdita di autonomia. Esso dà esito ad una gamma di esperienze di uso di sostanze che spesso comportano complessi problemi sanitari e sociali che richiedono un trattamento per un periodo di tempo. Mentre alcuni consumatori di sostanze traggono beneficio da interventi brevi, altri richiedono trattamenti più intensivi o prolungati. In ogni caso l'obiettivo generale del trattamento è ricostruire l'autonomia.
  2. Le politiche recenti prevedono che i servizi si sforzino di offrire trattamenti di migliore qualità (si vedano le leggi sull'accreditamento). Il Governo Clinico stabilisce la necessità di focalizzarsi sulle attività che conducono alla resa di cure di alta qualità. Similmente, le politiche basate sulle best value orientano i servizi a considerare sia la qualità sia il costo, attraverso i mezzi più efficaci, più economici, più efficienti possibili.
  3. Un efficace sistema di servizi richiede uno spettro di cure, da quelle generiche (per esempio l'alloggio, il servizio medico e l'assistenza sociale generica) a quelle basate su strutturati programmi terapeutici (per esempio il counselling, la terapia comportamentale, la prescrizione di sostitutivi, i Centri diurni), fino a quelle che realizzano programmi intensivi specialistici (per esempio l'unità specialistica di ricovero o la riabilitazione residenziale). I consumatori di sostanze possono anche presentare bisogni complessi che richiedono l'accesso a servizi altamente specialistici ma non forniti solamente per loro (per esempio le unità ospedaliere per la cura del fegato, le unità psichiatriche, i servizi per terminali). Di conseguenza progettare un sistema di trattamento deve tenere conto della miriade di interfacce fra i servizi specialistici e generici per il trattamento delle dipendenze, le altre agenzie specialistiche e generiche sanitarie e sociali e le agenzie degli apparati della giustizia.
  4. Lo scopo del trattamento è abbinare il livello e l'intensità dei servizi terapeutici più attentamente possibile con i bisogni che si presentano. Per realizzare un sistema efficace che soddisfi le diverse esigenze di trattamento dei consumatori di sostanze, deve agire un processo composto da screening, valutazione, coordinamento e revisione del trattamento.
- Dato che il bisogno di trattamento evolve nel tempo, la valutazione deve essere un processo continuo, che in sé richiede differenti livelli di intensità, portata e abilità. La valutazione continua dovrebbe contribuire ad organizzare il percorso terapeutico. D'altro lato i consumatori di sostanze che lo desiderano dovrebbero potere accedere al sistema senza impedimenti. Infine, capita spesso che il consumatore di sostanze richieda il trat-

tamento simultaneo sia di servizi specialistici sia di servizi generici; ciò richiede una gestione particolarmente attenta, un coordinamento efficace e metodi di funzionamento congruo.

5. Ogni sistema di servizi locale deve includere una gamma di interventi, comprensivi dei consultori e della diffusione di informazioni, della riduzione del danno, dei programmi strutturati di psicoterapia collegati alla prescrizione di sostitutivi (ove necessario) e dei programmi residenziali. Ciò dovrebbe dare opportunamente adito ad una gamma di interventi e ad uno spettro di filosofie di trattamento.
6. I bisogni dei consumatori di sostanze sono influenzati in vario grado dalle caratteristiche demografiche personali (genere, origine etnica, età), dai tipi di droghe usate, dall'estensione dei danni e delle complicanze e dal tipo di situazione sociale e dei relativi supporti o stressori ambientali.

## 47. Le filiere dei servizi

Il sistema curante, fondato nel territorio, è composto da una serie di filiere di servizi e di tipologie di trattamento.

1. I servizi per i consumatori di sostanze possono essere raggruppati in 5 vaste filiere. Modelli a volte in uso per i servizi per la maternità, l'infanzia e l'adolescenza hanno prodotto qualcosa di simile.
- In ognuna di queste filiere sono identificabili diverse funzioni del Sistema dei servizi per il trattamento; ogni filiera aiuta a definire i criteri di accesso, così come il tipo di consumatore di sostanze ed i problemi specifici cui i servizi all'interno di ogni filiera possono provvedere.
2. I criteri per raggruppare i servizi sono:
  - definire il mandato dei servizi e la finalità dei vari interventi;
  - definire per ogni filiera i criteri di entrata e di uscita;
  - definire il gruppo target ed ottimizzare l'uso delle risorse;
  - aiutare la progettazione di un sistema completo di servizi di cura in ogni località o regione;
  - definire il punto in cui le diverse filiere si devono coordinare.

### Filiera 1: filiera di servizi generici (non esperti nelle tossicodipendenze).

La filiera 1 è formata dai servizi sociali e sanitari e dai loro professionisti che offrono una vasta gamma di prestazioni mediche generiche, per le cure primarie, gli operatori sociali, gli insegnanti, i farmacisti del territorio, i progetti di reinserimento sociale, i servizi di affidamento in prova, dagli alloggi popolari e le case alloggio e dai dormitori, gli operatori di quartiere. Gli ospedali generali ed i servizi psichiatrici hanno tra i loro pazienti una significativa prevalenza di persone che abusano di sostanze.

I servizi della filiera 1 funzionano con una vasta gamma di clienti ivi compresi i consumatori di sostanze, ma il loro scopo non coincide con il trattamento delle persone con disturbo da uso di sostanze; anzi questi ultimi non sono che una quota dei loro clienti. I professionisti di questi servizi devono essere adeguatamente addestrati e sostenuti per funzionare bene anche con i consumatori di sostanze che, in quanto gruppo emarginato, spesso si trovano in difficoltà per l'accesso ai servizi sociali e sanitari generici. Inoltre i professionisti della filiera 1 devono potere disporre liberamente dei riferimenti locali per l'invio dei consumatori ai servizi specialistici. È spesso molto utile utilizzare i professionisti appartenenti ai servizi della filiera 2 e della filiera 3 con re i professionisti appartenenti ad addestrare e sostenere i professionisti della filiera 1. Dove la prevalenza dell'abuso di sostanze è alta, come ad esempio nell'ospedale generale, è necessario che i servizi specialistici vi svolgano compiti di collegamento o di supporto. I professionisti e le agenzie della filiera 1 non sono perciò solo agenti di invio che indirizzano i consumatori. Essi fanno parte del sistema del trattamento. È essenziale che essi forniscano prestazioni coordinate con i servizi specializzati (per esempio le cure mediche generiche all'interno dei trattamenti comunitari, l'alloggio per i consumatori che abbandonano il trattamento residenziale). Infine, con l'adeguato addestramento specifico ed il necessario supporto, i professionisti generici possono fornire efficaci interventi focalizzati ai consumatori con bisogni meno complessi o tali da non giustificare che il consumatore debba riferirsi a un servizio specialistico. Insomma i tossicodipendenti non sono "figli" solo dei servizi specifici: altrimenti si formerebbe un ghetto. Di converso l'opportunità di rivolgersi a servizi della filiera 1 rientra tra i metodi della piena affermazione della loro cittadinanza.

#### **Filiera 2: i servizi per tossicodipendenti di libero accesso.**

All'interno di questa filiera i servizi forniscono prestazioni accessibili alla più vasta gamma possibile di consumatori di sostanze. I servizi sono di riferimento per una varietà di invianti, compresi gli auto-inviati. Lo scopo del trattamento in questa filiera è convincere i consumatori ad ingaggiarsi nel trattamento senza che siano necessariamente richiesti un livello elevato di impegno, come è invece previsto in programmi strutturati, né un processo complesso e lungo di valutazione.

I servizi di questa filiera includono anche i programmi di scambio di siringhe, i farmacisti del territorio che fanno lo scambio di siringa o i presidi medico-sanitari supplementari e le agenzie di strada che offrono sia informazioni sia sostegno e materiale ad hoc.

Gli operatori sociali specializzati nelle tossicodipendenze possono anche fornire i servizi all'interno di questa filiera come l'inserimento lavorativo, il sostegno alla genitorialità e la consulenza legale generica e l'assistenza sociale. I servizi della filiera non implicano però un più basso livello di abilità rispetto ai servizi a soglia più elevata. Effettivamente molte delle funzioni

all'interno di questa filiera richiedono un livello elevatissimo di formazione professionale e di abilità. Tuttavia, questa filiera è definita a bassa soglia avendo meno requisiti per accedervi, così come minori sono le regole cui i pazienti debbono sottostare. Frequentemente i consumatori di sostanze accedono ai servizi per le tossicodipendenze tramite quelli della filiera 2, per ingaggiarsi in seguito in quelli di filiere più alte.

#### **Filiera 3: servizi territoriali specialistici per le tossicodipendenze.**

Questa filiera include i servizi che forniscono prodotti terapeutici solo per i consumatori di sostanze. I servizi inclusi in questa filiera erogano programmi terapeutici strutturati (per esempio programmi basati sulla terapia cognitivo-comportamentale, la gestione di gruppi psico-educativi, la terapia sistemica e familiare, programmi di sostituzione a mantenimento o comunque strutturati, disintossicazione), terapie ambulatoriali (sia fornite in programma drug-free, sia integrate a trattamenti con metadone, o altro sostitutivo, prescritto anche dal medico di medicina generale. Altri Paesi consentono più facilmente al medico di famiglia di prescrivere sostituti. Ciò facilita l'accesso consentendo di raggiungere pazienti altrimenti appartenenti al sommerso e nel contempo limita i processi di negativa stigmatizzazione, che derivano inevitabilmente dalla frequenza a servizi così identificati socialmente come lo sono gli attuali Ser.T.; di converso però accelera i percorsi di dipendenza autogestiti e più intensamente recidivanti). L'attività di "osservazione e diagnosi" fa parte di questa filiera.

La principale aspettativa verso il consumatore che frequenta questo tipo di servizi è di conformarsi alla struttura del programma di cura (per esempio frequentare cinque giorni per settimana, rivedere il programma se la presenza è irregolare o si rintracciano sostanze stupefacenti nei reperti urinari). Di converso il consumatore ha l'aspettativa che le cure seguano il programma convenuto e che sia indicato il suo referente o coordinatore del caso che è responsabile di coordinare il piano individuale di cure. I cambiamenti al programma di cure devono avvenire in consultazione con il consumatore.

Ogni quartiere o Comune o località omogenea deve disporre dell'accesso sia ai servizi della filiera 2 sia a quelli della filiera 3 per accogliere la gamma dei bisogni e delle fasi motivazionali dei consumatori di sostanze.

#### **Filiera 4: servizi residenziali specialistici per tossicodipendenti.**

I servizi di questa filiera sono orientati su quegli individui con un elevato livello di bisogno. I servizi di questa filiera includono le unità di trattamento in regime di ricovero, la riabilitazione residenziale e i centri residenziali di osservazione e diagnosi. Anche i centri crisi residenziali per tossicodipendenti fanno parte della filiera. I servizi della filiera 4 richiedono solitamente un livello elevato di motivazione ed un impegno da parte del consumatore ben più alto rispetto ai servizi delle filiere più basse. Fatto salvo per le unità di intervento in stato di crisi, i pazienti accedono molto di rado direttamente a

questi servizi, dato che normalmente entrano in contatto prima con i servizi della filiera 2 e/o della filiera 3.

I servizi della filiera 4 richiedono ai loro clienti di sottoporre i propri animali drogati all'astinenza; richiedono un come effetto previsto del programma di disintossicazione prima dell'entrata o come effetto previsto del programma di disintossicazione prima dell'entrata alla filiera 4 richiede una valutazione ed una preparazione. L'accesso alla filiera 4 richiede una valutazione ed una preparazione. La compliance alle cure.

**Filiera 5: servizi specialistici.**

**Filiera 5: servizi specialistici.** Sono altamente specializzati e ad alta soglia: Alcuni servizi della filiera 5 sono altamente specializzati e ad alta soglia: si rivolgono a persone con elevatissimi livelli di bisogno (per acuzie o per se-  
si rivolgono a persone con elevatissimi livelli di bisogno (per acuzie o per se-  
verità o per implicazione dell'uso di strumenti di eccellenza tecnologica).  
verità o per implicazione dell'uso di strumenti di eccellenza tecnologica).  
Questi servizi devono avere stretti collegamenti con i servizi delle altre filie-  
Questi servizi devono avere stretti collegamenti con i servizi delle altre filie-  
re. Gli esempi includono le unità di epatologia che trattano le complicanze  
re. Gli esempi includono le unità di epatologia che trattano le complicanze  
le. Gli esempi includono le unità di epatologia che trattano le complicanze  
le. Gli esempi includono le unità di epatologia che trattano le complicanze  
delle affezioni epatiche alcolcorrelate e le unità di malattie infettive, i servizi  
delle affezioni epatiche alcolcorrelate e le unità di malattie infettive, i servizi  
di contenzione per i criminali affetti da grave patologia mentale, le unità spe-  
di contenzione per i criminali affetti da grave patologia mentale, le unità spe-  
cialistiche per la cura dei disturbi del comportamento alimentare, i servizi per  
cialistiche per la cura dei disturbi del comportamento alimentare, i servizi per  
terminali. Un altro tipo di esempio di servizio della filiera 5 è il ricovero psi-  
terminali. Un altro tipo di esempio di servizio della filiera 5 è il ricovero psi-  
chiatrico di emergenza. I consumatori di sostanze possono presentare severi  
chiatrico di emergenza. I consumatori di sostanze possono presentare severi  
disturbi mentali, non esclusivamente in conseguenza dall'abuso di  
disturbi mentali, non esclusivamente in conseguenza dall'abuso di  
droghe (per esempio la suicidalità, le condotte criminali, le psicosi indotte da  
droghe (per esempio la suicidalità, le condotte criminali, le psicosi indotte da  
droga). I servizi di emergenza sono forniti giustamente dai servizi psichiatrici  
droga). I servizi di emergenza sono forniti giustamente dai servizi psichiatrici  
per acuti piuttosto che da servizi della filiera 4. Tra l'altro è spesso poco  
per acuti piuttosto che da servizi della filiera 4. Tra l'altro è spesso poco  
chiario quanto è il contributo dell'abuso nella presentazione delle acuzie psi-  
chiario quanto è il contributo dell'abuso nella presentazione delle acuzie psi-  
chiatriche. Inoltre, i servizi della filiera 4 sono spesso basati sui principi della  
chiatriche. Inoltre, i servizi della filiera 4 sono spesso basati sui principi della  
Comunità Terapeutica, dove sarebbe inadeguato ricoverare individui con psi-  
Comunità Terapeutica, dove sarebbe inadeguato ricoverare individui con psi-  
cose acute o in Trattamento Sanitario Obbligatorio. Il percorso di accredita-  
cose acute o in Trattamento Sanitario Obbligatorio. Il percorso di accredita-  
mento ed il superamento della storica classificazione delle Comunità Tera-  
mento ed il superamento della storica classificazione delle Comunità Tera-  
peutiche nelle sole tradizionali categorie di pedagogiche e terapeutiche stan-  
peutiche nelle sole tradizionali categorie di pedagogiche e terapeutiche stan-  
do favorendo la formazione di strutture specialistiche settoriali, riservate a  
do favorendo la formazione di strutture specialistiche settoriali, riservate a  
persone con problemi legati alla dipendenza, ma per "doppia diagnosi", op-  
persone con problemi legati alla dipendenza, ma per "doppia diagnosi", op-  
pure per "madre-bambino" o per altri bisogni specialistici. La programmazione  
pure per "madre-bambino" o per altri bisogni specialistici. La programmazione  
di queste strutture dovrebbe basarsi su un corretto rilevamento dei bisogni  
di queste strutture dovrebbe basarsi su un corretto rilevamento dei bisogni  
ad evitare dannose sottoutilizzazioni delle risorse coinvolte; il che si tramute-  
ad evitare dannose sottoutilizzazioni delle risorse coinvolte; il che si tramute-  
rebbe in insoddisfazione ed in dequalificazione dei gruppi operativi. Affinché  
rebbe in insoddisfazione ed in dequalificazione dei gruppi operativi. Affinché  
ciò non accada sarà bene progettare le strutture specialistiche su bacini terri-  
ciò non accada sarà bene progettare le strutture specialistiche su bacini terri-  
toriali sufficienti per garantirne la domanda.

L'accesso ai servizi della filiera avviene solo su invio da parte di operatori delle filiere 2, 3, 4.

Il complesso dei servizi del sistema curante può essere immaginato come una piramide, senza tuttavia implicare un giudizio di maggiore professionalità quanto più si sale lungo di essa. Non solamente per dignità ed esigenze di

salvaguardia della collaborazione fra i professionisti dei servizi delle varie filiere si dovrà curare che le relazioni siano fondate sulla pari dignità, ma l'equilibrio fra i servizi delle diverse filiere sorge anche dalla constatazione che operare nei servizi di base richiede sensibilità capacità al dialogo, apertura mentale di notevole spessore.

In un qualsiasi dato momento il numero di individui che frequentano i servizi della filiera 5 è inferiore a quello dei servizi a soglia più bassa e così crescendo fin alla filiera 1. Di conseguenza in termini di pianificazione i servizi della filiera 5 necessitano di un bacino geografico più ampio per raggiungere la massa critica di clientela necessaria per avere il massimo impatto delle risorse investite dei servizi della filiera 4 o 3. e questi ultimi lo avranno più vasto dei servizi della filiera 2.

#### 48. Un coordinamento efficace delle cure

1. Le filiere precedentemente descritte suggeriscono un continuum delle cure, dove gli individui possono salire o scendere lungo le cinque filiere per accedere al servizio più appropriato.  
Già ora qualche fornitore tra i più esperti può utilizzare un metodo di cure fatto a passi per coordinare il programma del paziente nel tempo. Tuttavia l'innovazione offerta dalla realizzazione del programma per le dipendenze patologiche consiste in un considerevole miglioramento nel coordinamento delle varie attività. Il nucleo della presente proposta è di dotarsi degli strumenti per garantire il coordinamento delle cure.
2. Il Sistema dei servizi ha come principio cruciale che le offerte sono centrate sul cliente paziente e non sul servizio fornitore (i suoi interessi, le sue carriere, i suoi poteri, le sue tecniche, i suoi metodi). In pratica deve finire l'autoreferenzialità dei servizi e delle varie agenzie di produzione e delle professioni. Al centro c'è il cliente-paziente coi suoi bisogni. Gli obiettivi sono:
  - fornire una valutazione adeguata dei suoi bisogni;
  - facilitare l'accesso ad un programma di cure sociali e sanitarie integrate e coordinate e;
  - minimizzare il drop-out dal sistema di trattamento; minimizzare i rischi e ridurre i danni provocati dai fattori di vulnerabilità.
3. Tutti i consumatori di sostanze dovrebbero avere accesso ad appropriati assessment e gestione delle cure. Quest'ultima non è affatto territorio esclusivo degli operatori sociali; anzi, una vasta gamma di professionisti potrebbe intraprendere il care-management.

Un più diffuso utilizzo della valutazione e del care-management iscritti in chiari piani sanitari locali aiutano il sistema curante a entrare in contatto prima, meglio e più diffusamente con un numero maggiore di consumatori e con un più ampio spettro di bisogni.

Vediamo gli elementi principali del coordinamento delle cure.

La buona pratica del coordinamento delle cure ha i seguenti elementi:

- lo screening sistematico e la valutazione continua dei bisogni sanitari e sociali di tutti quelli che sono in cura ai servizi;
- un piano terapeutico che identifichi i bisogni sanitari e sociali e vi corrisponda;
- l'identificazione di un care-manager per organizzare le cure tramite le varie agenzie e che si mantenga in contatto col consumatore;
- la revisione regolare del piano terapeutico.

Il coordinamento delle cure per gli stati di abuso include tutti gli strumenti territoriali: servizi e progetti. Ad esempio si inserisce anche nel progetto-obiettivo per la salute mentale.

È tuttavia importante sottolineare che il programma di coordinamento del Sistema dei servizi per il trattamento degli stati di abuso è differente dal programma di tutela della salute mentale. I due sistemi rimangono separati come branche operative, anche se afferiscono ad un medesimo programma che si sub-articola in due progetti. Tra le due linee operative (è supponibile che anche i servizi per il trattamento dei disturbi mentali possano essere articolati in 4 o 5 filiere, distinte tra loro) vanno incentivati le comunicazioni ed i collegamenti.

Il metodo di coordinamento del Sistema dei servizi di cura delle dipendenze patologiche qui esposto non è totalmente nuovo. Metodi che gli si avvicinano sono adottati in certe agenzie, anche se in modo non sistematico e non pianificato. Ad esempio la Legge regionale 722/97 della Regione Emilia-Romagna istituisce il Sistema dei servizi e prevede appositi strumenti sia regionali sia territoriali di coordinamento tra servizi pubblici, privati ed autonomie locali. Esistono quindi buone pratiche e varrebbe la pena di valorizzarle. Qui però si tratta di rendere il metodo sistematico e capillare. Tanto più che la maggior parte delle zone del Paese non ha neppure vagamente tali sistemi. La loro introduzione poi richiede governi coerenti nel tempo e investimenti in formazione, tecnologie, incentivi poiché non è possibile adottare semplicemente i sistemi migliori. Ciò nonostante i committenti dovrebbero da subito porre questo metodo tra i requisiti richiesti ai produttori sia pubblici che privati, incominciando a riconoscere che i fornitori devono avere le risorse e la capacità per seguirlo. Ne conseguono implicazioni importanti nelle risorse così come nell'organizzazione di linea delle competenze dei fornitori di prodotti. Le direzioni generali delle aziende sanitarie contengono un doppio (contraddittorio) mandato: esse condensano sia la responsabilità della protezione globale della salute di tutti i cittadini, di cui sono espressione, sia la gestione della principale parte delle unità produttive. Da un lato dovrebbero incalzare i servizi per proteggere i cittadini, dall'altro dovrebbero proteggere i servizi dalle critiche e dalle contestazioni che in effetti si rivolgono in ultima istanza a loro. In questo modo normalmente le direzioni aziendali sacrificano

il ruolo di garanti dei diritti dei cittadini a vantaggio di quello di produttori dei servizi. Lavorare per piani ed usarli per la programmazione continua richiede invece che le direzioni aziendali facciano un deciso spostamento delle priorità del loro lavoro privilegiando la funzione di committenti. Se le direzioni aziendali non dovessero essere nelle condizioni di operare questa scelta per non lasciare scoperte le responsabilità dei servizi, meglio allora sarebbe se si differenziasse fra chi gestisce i servizi e chi esercita il ruolo della committenza. In questo caso la committenza potrebbe essere riportata in capo ad un organismo che raccolga la rappresentanza dei cittadini, gli eletti nei comuni e nelle province o un loro consorzio.

#### 49. Linee-guida del programma unitario per le dipendenze patologiche: il razionale

Qualsiasi sia il modello organizzativo prescelto, riuscire finalmente a produrre un programma unitario ed integrato del Sistema dei servizi va considerata un'assoluta priorità destinata a rinforzare il mandato dei servizi per il trattamento degli stati di abuso. Infatti il Governo Clinico è finalizzato a promuovere la qualità, l'efficienza e l'efficacia del Sistema dei servizi per la cura delle dipendenze patologiche. D'altra parte nelle varie realtà territoriali un modello di sistema comunque esiste sia che viva allo stato implicito dato dalla compresenza di diversi servizi affastellati sia che nasca da un progetto razionale. Evidentemente tutta questa monografia mira al progetto unitario integrato (il programma) razionalmente stilato.

Il fuoco del programma è posto sulla gestione e sul coordinamento efficaci di vari servizi e agenzie con cui i consumatori sono in contatto e che, assieme, costituiscono il Sistema dei servizi per il trattamento.

I presupposti razionali su cui si basa il programma sono:

1. Il trattamento efficace riunisce una gamma di servizi che vanno da quelli generici ai programmi specialistici intensivi (le filiere).
2. Dato che i bisogni dei consumatori sono differenti e mutevoli, un processo di valutazione sistematica e continua è il modo migliore per fare combaciare i bisogni dei consumatori di sostanze con gli interventi più appropriati.
3. Nel sistema attuale, i bisogni dei consumatori di sostanze non sono sufficientemente accolti tramite i contatti appropriati per mancanza di adeguati metodi di facilitazione dell'accesso e di assessment. Ciò è un effetto della mancanza di corretta valutazione dei bisogni e dell'assenza di sistemi di cura coordinati.
4. I consumatori di sostanze dovrebbero potere disporre dell'accesso a servizi adatti ai loro bisogni, indipendentemente dall'età, dal genere, dall'origine etnica e geografica e dalla loro posizione sociale.

La mia organizzazione ha un elevato livello qualitativo ed ottimi standard etici.  
La mia organizzazione mi aiuta ad aiutare la mia comunità.  
Sono davvero soddisfatto del mio lavoro.  
Conosco la Mission della mia organizzazione.  
I leader della mia organizzazione usano i valori dell'organizzazione stessa per prendere le loro decisioni.  
I leader creano un ambiente di lavoro favorevole al mio lavoro.  
I leader diffondono e condividono le informazioni relative all'organizzazione.  
I leader mi incoraggiano ad imparare ed a fare avanzare la mia carriera.

## **69. Audit e monitoraggio**

Il controllo del sistema di screening dovrebbe permettere di verificare se e quanto lo screening realizza/ottiene invii migliori. Un sistema di audit che coinvolga gruppi di operatori significativi e rilevi la corrispondenza fra le migliori pratiche dichiarate, riconosciute, promesse e gli effettivi percorsi assistenziali realizzati permette di intervenire laddove maggiori appaiono i ritardi e le difficoltà; e di mettere in circolazione le pratiche migliori.

## **70. L'ambiente organizzativo**

La sanità è continuamente dilaniata fra spinte specialistiche, vissute come riduzionistiche o settorializzanti, e necessità olistiche, criticate però per il loro genericismo; così come confliggono desideri di completa oggettivazione, ma delegittimata a causa della irraggiungibilità del fine, e spazi di soggettività, criticati per il loro allontanarsi dall'approccio scientifico e per lo scadimento dell'operato clinico nello stile artistico.

Poco dopo la nascita delle Aziende si formarono i Dipartimenti territoriali tra cui quello delle dipendenze patologiche. Ai Dipartimenti territoriali, cosiddetti "leggeri", avendo solo i compiti di programmazione, indirizzo e verifica, si affiancavano i Dipartimenti ospedalieri ("forti") poiché forniti di budget.

I Dipartimenti lavorano proponendo piani di razionalizzazione, indicatori e standard dei vari prodotti ed obiettivi individuati, linee-guida sulle principali pratiche, criteri e stili per la best practice, iniziative di bench-marking.

I Dipartimenti però progressivamente funzionano come macro-servizi, separati l'uno dall'altro.

Va detto che l'esito aggregativo su base organizzativa omogenea non è inatteso, semplicemente esso rappresenta l'ennesimo fallimento di uno dei motori originari della riforma della sanità. Infatti la nascita dei distretti sanitari aveva come mandato forte quello di spezzare le canne d'organo, cioè la separatezza organizzativa fra servizi specialistici, riportando nel territorio



l'integrazione fra le discipline. Anche la figura del medico di medicina generale ha voluto contenere in sé la ricomposizione unitaria e globale della storia e dell'individualità del soggetto-paziente altrimenti ridotto a patologia d'apparato o a sintomatologia emergente.

Dovendo fronteggiare fenomeni complessi, a eziologia multideterminata, fortemente disomogenei e con risorse modeste la soluzione di gran lunga migliore è comunque quella del Dipartimento che mette a sistema servizi medici, psicologici, sociali ed educativi, su aree geografiche sufficientemente vaste; che sa connettersi al sociale pur offrendo risposte specialistiche; che integra il pubblico ed il privato profit e no-profit; che relaziona servizi di pronta accoglienza con quelli residenziali o semi-residenziali. Il problema di dipendenze patologiche infatti non è di esclusiva pertinenza sanitaria. Vi giocano un ruolo preventivo e terapeutico importante attori che non appartengono al mondo della sanità: servizi sociali, volontariato, privato-sociale. È evidente che un corretto uso delle risorse umane e tecnologiche dovrebbe prevedere l'inclusione con pari dignità nella logica dipartimentale anche di costoro.

Senza considerare poi che la sanità non coincide con la salute. Anzi. Nonostante la sanità produca salute, lo stato di salute della popolazione di riferimento è determinato circa solo per un quarto dai servizi sanitari. Stili di vita, condizioni ambientali, patrimoni culturali e stato sociale ed economico delle popolazioni contribuiscono ben più dei servizi sanitari a definire il livello di benessere o di malattia. Diventa perciò un'esigenza pensare al Dipartimento in forma aperta. I suoi confini programmatici e di indirizzo non possono concludersi all'interno dell'Azienda sanitaria.

La prevenzione, cura e reinserimento delle persone con dipendenza patologica non si realizzano con le esclusive competenze del servizio sanitario né del solo servizio pubblico.

Ovviamente il rapporto con soggetti che fuoriescono dall'ambito istituzionale dell'Azienda sanitaria è cosa tutt'altro che semplice e scontata. Molti passaggi vanno correttamente pianificati e le alleanze necessarie vanno adeguatamente perseguite, pur sempre nel rispetto dei differenti ruoli.

## 71. Ser.T. e Dipartimento

Il Ser.T. è il presidio sanitario specialistico per la cura delle tossicodipendenze, ma è un soggetto particolare. Infatti finora dispone del monopolio degli invii: chiunque (medico di famiglia, medico ospedaliero, polizia, prefettura, esercito, scuola, volontari) è tenuto ad inviare il tossicodipendente in prima battuta al Ser.T. il quale ha il compito di redigere un profilo individuale in modo da indicare un trattamento personalizzato, il ricovero in Comunità può essere uno di questi. Perciò il Ser.T., finché non ci sarà un presidio privato

accreditato per l'esercizio dell'accoglienza e della certificazione, è l'inviante unico del sistema complessivo di cure possibili.

In secondo luogo il Ser.T. è un dispensatore di cure: di fatto solo il Ser.T. somministra metadone e buprenorfina, inoltre attua terapie socio-educative o psicoterapie familiari o individuali o gruppal, gestisce centri-diurni e in qualche caso ha anche una propria Comunità Terapeutica.

Perciò il Ser.T. può inviare i tossicodipendenti per un trattamento all'esterno oppure presso se stesso. Di fatto la scelta spesso è influenzata non soltanto dal volere del singolo o della sua famiglia ma anche dei movimenti volontari di pressione sociale, che sono straordinariamente forti e diffusi e condizionano pesantemente la vita delle amministrazioni pubbliche. Basti pensare che il governo per anni ha utilizzato come propri consulenti quasi esclusivamente i leader carismatici delle più grandi Comunità Terapeutiche.

In terzo luogo il Ser.T. paga tutte le prestazioni che vengono rese ad un tossicodipendente in ragione del proprio stato.

Infine il Ser.T. è lo strumento pubblico per effettuare il controllo e la vigilanza sui servizi privati affinché rispondano ai requisiti previsti dalla Legge.

Il Ser.T. stipula delle convenzioni con i servizi privati che lo attorniano.

Come si può vedere il Ser.T. assomma compiti di diversa natura che, messi in relazione col principale partner, la Comunità del privato-sociale, ne fanno un soggetto ibrido.

Rispetto alla Comunità il Ser.T. è l'inviante, un collega, un collaboratore, un concorrente, il pagatore ed il controllore.

## 72. Il Dipartimento per le dipendenze ed il Terzo

Pur nella differenza dei ruoli esiste una forte omogeneità di stili e metodologie fra servizio pubblico e servizio privato che ha consentito di parlare di sistema unico (Borzaga, 2000).

Nel rapporto col privato-sociale spesso vi è competizione mascherata da collaborazione. Esso si sente avvinghiato al Dipartimento dei Ser.T. da cui non può prescindere, desidera una pari dignità, per questo va sottoposto a pari regole; diffida però della parzialità del soggetto gestore che considera schiacciato inevitabilmente sull'interesse dei Ser.T. Per questo spesso è stato invocato il "Terzo super partes". Un Terzo che si collochi equidistante dal pubblico e dal privato. Rimane che il Terzo, inteso come garante del rispetto delle regole, non può essere che un pubblico.

Nella Regione Emilia-Romagna fu istituito in ogni Azienda sanitaria un Coordinamento Tecnico Territoriale con compiti di programmazione, indirizzo e verifica al complesso di tutti i servizi sia pubblici che privati. Il CTT era composto dai responsabili dei Ser.T., delle Comunità convenzionate, dei Comuni e del volontariato. L'esperienza dei CTT è andata in crisi a causa del