

HEALTH CARE EXECUTIVE MASTER IN MANAGEMENT E COMUNICAZIONE PER DIRETTORI DI DIPARTIMENTI E SERVIZI DELLE DIPENDENZE

Organizzato da FeDerSerD e ISTUD (Istituto Studi Direzionali)
nel biennio 2003/04

Conclusioni progettuali

Esprimere dei "valori etici" è da sempre la sfida di grandi scrittori. Manifestarli in un "lavoro tecnico" può apparire superfluo se non addirittura inopportuno. Far trasparire dal nostro lavoro l'importanza di un'organizzazione dove la gravità delle patologie trattate, la sofferenza, la disperazione dei nostri pazienti e delle loro famiglie possa trovare sollievo con pari dignità di qualsiasi altra sofferenza è però necessario.

Carmine Nigro 2004

A partire dalla approvazione del Testo Unico D.P.R. 309/90 l'area della dipendenze ha subito profonde modificazioni legate a diversi fattori che ne hanno determinato allo stato attuale una definizione dei livelli organizzativi frammentaria, con forti disomogeneità regionali ed anche locali, talora inadeguata all'evoluzione dei fenomeni correlati. Gli stili di consumo e l'ampio spettro delle sostanze d'abuso, oltre le nuove forme di dipendenza che si affacciano prepotentemente sullo scenario dei paesi industrializzati, rappresentano una condizione in rapido divenire che richiede la chiara individuazione di obiettivi di salute e benessere attraverso un sistema integrato, quanto più ampiamente condiviso, trasversale rispetto all'u-

niverso delle risorse disponibili. L'evolversi dei fenomeni legati all'abuso o all'uso problematico di sostanze legali ed illegali ha visto nel tempo la fattiva collaborazione di diversi attori sia nel pubblico che nel privato sociale che rappresenta una ricchezza di saperi e di possibilità di intervento unica nel panorama internazionale. Il mondo della sanità è radicalmente mutato a seguito delle diverse riforme normative che si sono succedute negli ultimi anni. Le linee di sviluppo di questa trasformazione sono state l'aumento dei poteri e delle responsabilità delle istituzioni locali, l'aziendalizzazione delle vecchie Unità Sanitarie Locali con la riorganizzazione dei servizi e la loro collocazione in un sistema

di rete, la programmazione ed il lavoro fondati sull'integrazione sociosanitaria e la partnership tra pubblico e privato, l'introduzione di politiche centrate sui diritti dei cittadini.

La figura del dirigente sanitario è stata coinvolta dalle trasformazioni globali del sistema, ha acquisito nuovi compiti e responsabilità, un'identità ed un mandato specifici, in sintonia con gli obiettivi più generali dell'organizzazione sanitaria e della rete dei servizi.

Per migliorare le competenze e mettere in condizione di essere protagonisti efficaci delle trasformazioni della sanità italiana i dirigenti dei servizi e dei dipartimenti delle dipendenze, FederSerD e ISTUD (Istituto Studi Direzionali) hanno organizzato nel biennio 2003/04

L'Health Care Executive Master - Management e Comunicazione per Direttori di Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze che ha permesso a 36 dirigenti dei servizi italiani di apprendere, formarsi e progettare su:

- *Economia sanitaria e management sanitario*
- *Metodologie farmaco-economiche*
- *Controllo di gestione*
- *Organizzazione delle strutture sanitarie e negoziazione*
- *Marketing nelle organizzazioni sanitarie*
- *Comunicazione efficace*
- *Lavorare per progetti in sanità*

Uno dei prodotti di questo lavoro sono cinque project work sul tema dei dipartimenti, sulla storia dei servizi, sulle prospettive di sviluppo e alcuni nodi critici del settore, i cui risultati saranno pubblicati per i tipi editoriali del Sole 24 Ore la prossima primavera.

Anticipiamo con questa news letter alcuni contenuti dei lavori che riteniamo possano essere utili tutti coloro che operano nel settore.

I temi sviluppati nel biennio hanno preso la forma di cinque temi:

- **La dipartimentalizzazione dei Ser.T.: confronto tra le Regioni**
- **Verso l'organizzazione dipartimentale: senso e significato, aspetti organizzativi, economici, gestionali, culturali quali strumenti di gestione delle attività dei servizi.**
- **Costi ed esiti del percorso assistenziale delle dipendenze**
- **Policies and Practices**
- **Leadership e managerialità nella evoluzione dei servizi e dei dipartimenti per le dipendenze patologiche.**

Ciascun gruppo di lavoro, composto da 5/6 dirigenti ha sviluppato nel biennio, le ipotesi da verificare, alla luce delle conoscenze e degli approfondimenti tematici che si stavano affrontando nel corso del Master, costruendo un patrimonio di sapere, di interrogativi, di indirizzi, proposte o semplici suggestioni, che collocate in uno scenario di possibili integrazioni, cercano di definire le risposte che il dipartimento deve dare su due versanti: clinico-

culturale e gestionale-organizzativo.

Alcuni gruppi di lavoro hanno sviluppato un percorso che si è articolato sui seguenti punti:

- Ricognizione legislativa nazionale e regionale
- Ricognizione sui provvedimenti aziendali adottati per l'applicazione delle norme ed analisi della documentazione relativa
- Ricognizione dei Dipartimenti effettivamente operativi
- Analisi e confronto dei diversi modelli organizzativi
- Individuazione ed analisi delle criticità

Altri gruppi hanno affrontato il tema del rapporto costi ed esiti, delle policies internazionali, e del rapporto tra funzioni di leadership e management.

Dal lavoro del gruppo che ha analizzato la documentazione formale e gli atti predisposti dalle singole regioni in materia di dipartimenti e organizzazione dei servizi con dati aggiornati al novembre 2004 emerge una situazione organizzativa nazionale estremamente diversificata con queste caratteristiche:

STRUTTURATO	15%
STRUTTURATO A FORMA MISTA	5%
FUNZIONALE O DI COORDINAMENTO TECNICO	50%
FUNZIONALE A MATRICE	5%
NON LEGIFERATO	25%

A fronte degli atti formali che hanno disciplinato nel 75% dei casi l'organizzazione dei dipartimenti, il quadro reale attuato si presenta con questi dati:

STRUTTURATO	7%
STRUTTURATO A FORMA MISTA	7%
FUNZIONALE O DI COORDINAMENTO TECNICO	79%
FUNZIONALE A MATRICE	7%

La forma organizzativa più presente a livello nazionale è dunque quella del Dipartimento funzionale, presente nella maggior parte delle situazioni, mentre un quarto dei servizi ancora non è organizzato secondo un modello dipartimentale, non ostante le indicazioni dell'Atto di Intesa del 1999.

I principali tipi di dipartimenti sono: il Dipartimento Strutturale o Gestionale, il Dipartimento Tecnico-Funzionale e il Dipartimento Integrato o Misto.

Ogni forma ha caratteristiche specifiche che fanno variare i rapporti del Dipartimento con le unità operative intra ed extra aziendali.

Non esiste una forma in assoluto migliore dell'altra.

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.

Caratteristiche		Dipartimento		
		Strutturale	Funzionale	Integrato
1	Modello generale	Forte	Debole	Intermedio
2	Grado di identità propria	Alto	Basso	Alto
3	Assetto di governo	Accentrato con responsabilizzazione diffusa	Coordinato tra le 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
5	Finalità principali	Gestionali/organizzative	Coordinamento tecnico scientifico	Gestionali/organizzative
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: • regolamento di dipartimento • programmazione, budgeting e controllo • gruppi di progetto/lavoro • gestione del personale	Presente, articolato e cogente Compiti del dipartimento Centralizzata per il comparto, decentrata per i dirigenti	Presente non cogente Compiti delle U.O. Presenti e fondamentali Decentrata alle U.O.	Presente, articolato e cogente Compiti del dipartimento 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 al contratto	Autonome	Vincolate al contratto
10	Staff di direzione	Presente	Assente	Presente
11	Ruolo del responsabile di dipartimento	Direttore	Coordinatore	Direttore
12	Responsabili delle U.O.	Gestiscono le U.O. Subordinati al direttore di dipartimento Partecipano al comitato di dipartimento	Autonomi, non subordinati	Gestiscono le U.O. Subordinati al direttore di dipartimento Partecipano al comitato di dipartimento
13	Comitato di dipartimento	Consultivo e decisionale	Consultivo	Consultivo 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	Negoziazione del budget	Esercitata	Non esercitata	Esercitata
17	"Proprietà" delle risorse	Dipartimento	Unità Operative	Dipartimento
18	Rapporti con il distretto	Orizzontali	Verticali ed orizzontali	Orizzontali

L'integrazione rappresenta il valore aggiunto che permette una corretta gestione delle risorse ed una offerta di qualità nei percorsi assistenziali nell'area delle dipendenze.

L'integrazione si realizza sia all'interno dell'azienda con la costruzione delle appropriate relazioni funzionali tra le diverse responsabilità cliniche ed organizzative, che all'esterno con la partecipazione attiva e coordinata degli altri attori accreditati e presenti a pieno titolo nel sistema integrato dei servizi.

L'integrazione si realizza per la disponibilità di risorse e motivazioni rivolte alla relazione sociale, descritta con il termine "capitale sociale"; questo rappresenta un fattore aggiuntivo, determinante nel mobilitare quel livello in più di risorse, sia personali - necessarie per raggiungere un alto livello di adesione ai cambiamenti proposti - che sociali e/o comunitarie - necessarie per garantire l'appoggio ed il supporto della comunità alle misure ed alle politiche messe in campo.

Un punto critico preso in considerazione dai gruppi di lavoro è quello dell'**analisi costo-esiti del percorso terapeutico nelle dipendenze patologiche** che appare di cruciale importanza per:

- la negoziazione di budget e di risorse con i DG
- la destinazione di risorse adeguate ai programmi di cura erogati dai SERT
- una migliore offerta di cura in un eventuale sistema di concorrenza pubblico/privato nelle scelte manageriali.

Obiettivo della ricerca era quello di:

- Individuare la natura ed il peso di indicatori di risultato attendibili con cui avviare una successiva analisi dei costi del percorso assistenziale nelle dipendenze patologiche
- Individuare punti di forza e di debolezza degli indicatori evidenziati nei lavori sull'argomento.

Dalla letteratura si evince che gli Indicatori standardizzati di risultato nelle dipendenze patologiche sono:

- l'astensione dal consumo di qualsiasi sostanza a

potenziale rischio di abuso;

- la stabilizzazione di uno stato di salute fisico e mentale in grado di incidere sulla vulnerabilità al rischio di ricadute;
- il raggiungimento o il mantenimento di una stabilità economica.

La percentuale di soggetti che concludono un percorso terapeutico nel rispetto di tali indicatori è all'incirca il 2% ed in genere inferiore al 5%^[1]. e "non sappiamo migliorare gli outcome terapeutici per i pazienti in trattamento, dopo la disintossicazione dalla sostanza abusata^[2]".

Sulla base delle riflessioni e delle esperienze maturate in questi anni, emerge la necessità di individuare indicatori che rispondano ai requisiti di:

- Applicabilità
- Flessibilità
- Specificità
- Rispondenza a differenti punti di vista (SSN, ASL, famiglia)
- Fattore tempo

in un contesto in cui i quadri normativi di riferimento, la mission dei servizi, le risorse umane e professionali messe in campo, i dispositivi organizzativi modificano sensibilmente l'espressione dei risultati.

Il percorso terapeutico delle dipendenze non è univoco in quanto deve considerare una necessaria flessibilità dell'erogazione di prestazioni rispetto a:

- Gravità della dipendenza (asse tossicologico)
- Comorbidità (asse psicopatologico)
- Sistema delle relazioni familiare e sociale.

Tuttavia gli studi presi in esame hanno evidenziato soprattutto lavori di analisi effettuata separatamente su singoli indicatori come:

- Semplice tariffazione delle prestazioni
- Indicatori di processo
- Indicatori di gravità, evolutività.

Le analisi effettuate fino ad oggi risentono della metodologia storica con cui sono stati costruiti i lavori

¹ Magura S et al.: Pre- and in- treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis. *Addiction*, 93 (1); 51-60, 1998.

² Magura S, Rosenblum A: Leaving methadone treatment: lessons learned, lessons forgotten, lessons ignored. *Mount Sinai J of Medicine*, 68 (1), 62-70 (2001).

costo/esiti in ambito sanitario, anche se emerge una maggiore attenzione ad indicatori flessibili, specifici del livello di gravità, evolutività e di intensità delle cure. Andrebbero presi in considerazione indicatori predittivi di outcome che potrebbero permettere una più attenta aggregazione per tipologia di domanda o per fasi di trattamento.

Sul tema delle **Policies and Practices** si è tentato di indagare e conoscere se e con quali criteri negli altri Paesi vengono utilizzati e finanziati i trattamenti residenziali, con l'obiettivo specifico di:

- Sapere se gli interventi in comunità terapeutica sono rimborsati dal servizio sanitario o dai servizi sociali
- Conoscere la numerosità di trattamenti ambulatoriali vs quelli residenziali nei territori in rapporto alla popolazione
- Conoscere i costi dei trattamenti ambulatoriali vs quelli residenziali
- Conoscere eventuali criteri di inclusione o esclusione ai trattamenti residenziali.

A questo scopo è stata predisposta una breve indagine di 4 domande inviate ad alcuni referenti di area europea e del mondo anglosassone.

Le risposte pervenute consentono di dire che la "residenzialità" (inpatients) è riferibile unicamente a ricoveri in reparti ospedalieri poiché le comunità terapeutiche sono "rimborsate" dai servizi sociali dei comuni e non dal servizio sanitario nazionale.

Il costo ricostruito annuale dei trattamenti ambulatoriali vs quelli residenziali sembra sovrapponibile a quelli italiani, così come la percentuale di interventi residenziali vs quelli ambulatoriali (ove ricostruibile).

I criteri, ove presenti, sono clinici e, nel piccolo campione considerato, apparentemente contrapposti.

La conclusione è che vi è necessità di raccogliere dati e informazioni secondo criteri di maggiore sistematicità, e nel caso in cui fossero confermati i primi risultati, bisogna esplicitare la separazione delle funzioni e delle responsabilità tra servizi sanitari e servizi sociali, sia governativi che privati, in modo da giungere a una coerente e adeguata individuazione e definizione dei possibili ambiti di assistenza.

Si conferma in sostanza la "particolarità" della situazione italiana, che sarebbe utile mettere a confronto rigoroso con gli altri modelli più diffusi, o per avere conferme dimostrate sulla efficacia del "modello italiano" o per metterlo intelligentemente in discussione.

Da ultimo si è cercato di comprendere se e come, il processo di **trasformazione del management**, importato nella sanità da altri settori produttivi, ha inciso e con quali effetti nel nostro sistema di intervento e come ha influenzato nel tempo gli stili di direzione.

Si è scelto di misurare queste possibili variazioni individuando alcuni indicatori rappresentativi delle funzioni tipiche del management e della capacità di leadership,

rilevando alcuni dati di produttività, di funzionamento, di organizzazione e di gestione, nonché alcune valutazioni e percezioni soggettive sulle modalità di investimento dei ruoli e sul clima lavorativo.

E' stato costruito un questionario composto di 63 domande, che è stato inviato a tutti i partecipanti al master ISTUD.

Le domande sono state raggruppate per tre periodi storici, scelti come i più significativi per seguire l'evoluzione dei servizi per le dipendenze (1985 - 1995) (1995 - 2003) (2003 -2005).

Sono stati inviati 37 questionari; di questi ne sono stati restituiti compilati 20, dato significativo, sia per la numerosità del campione che per la distribuzione regionale dei servizi rappresentati (9 regioni del nord, 4 regioni del centro, 7 regioni del sud/isole).

Inoltre i dirigenti che hanno risposto rappresentano livelli organizzativi che comprendono circa 800 professionisti del settore, pari al 15% circa del totale dei professionisti italiani di area pubblica.

Indubbiamente si può affermare che la trasformazione delle USL in Aziende Sanitarie Locali ha inciso profondamente nello sviluppo di culture orientate al management, al governo della domanda, alla produzione di risultati verificabili, nel settore delle dipendenze patologiche che abbiamo analizzato, con l'obiettivo di evidenziare e descrivere i cambiamenti nello stile di governo dei suoi dirigenti.

Per trarre indicazioni più consistenti e fondate, sarebbe stato necessario accompagnare questa inchiesta con una indagine sul campo, per cogliere meglio gli elementi antropologici e culturali che caratterizzano gli stili di direzione, le culture e le storie dei gruppi e dei servizi per le dipendenze, che a differenza di altri servizi sanitari, sono sorti in Italia con caratteristiche locali peculiari relative al contesto, sono cresciuti con il contributo di professionisti "prestati" o provenienti dalle più diverse esperienze, si sono dovuti "inventare" nel tempo obiettivi e strategie per il loro raggiungimento, strumenti e metodologie di intervento, alleanze strategiche con partner diversi, sia del sistema dell'area del pubblico che del privato, standard di funzionamento, fonti aggiuntive di finanziamento.

L'attesa del gruppo di progetto all'avvio della ricerca era di trovare una realtà dei servizi e dei loro dirigenti segnata, in una prima fase, da una forte propensione alla leadership nello stile di governo, caratterizzata oggi da una trasformazione "obbligata", maggiormente improntata alla managerialità.

Tale ipotesi era supportata dalla convinzione che la nascita e lo sviluppo dei servizi per le dipendenze è stata resa possibile quasi ovunque in Italia dalla caparbietà, capacità e creatività di professionisti/leader, fortemente motivati da ragioni valoriali, etiche, politiche oltre che scientifiche.

Vi era la necessità di emergere o talora semplicemente di sopravvivere, in un contesto organizzativo molto buro-

cratico, poco sensibile, con impostazioni dell'intervento spesso di tipo moralistico e pregiudiziale.

L'attesa era di trovare una storia dei servizi e dei loro dirigenti, che in virtù della instabilità e incertezza e delle difficoltà sopra ricordate che caratterizzavano i primi periodi indagati, fosse segnata da una forte propensione alla leadership nel governo dei servizi.

L'ipotesi è che questo fosse l'effetto determinato dalla necessità di emergere o talora semplicemente di sopravvivere, in un contesto organizzativo frutto più di applicazioni burocratiche di disposizioni normative, disintesse, timori, pregiudizi, che non di reali investimenti accompagnati dal pensiero che potessero essere efficaci. Questa aspettativa almeno in parte viene confermata e trova riscontro in alcuni dati relativi soprattutto alla capacità di rapportarsi e negoziare con i partner sociali, nella tensione a sviluppare cultura, senso di appartenenza, motivazione e identificazione all'interno del gruppo di lavoro.

Tutto ciò probabilmente avveniva senza una chiara consapevolezza dei fattori e dei processi sottesi all'esercizio della leadership e senza una precisa conoscenza degli strumenti e delle abilità ad essa connesse.

Tuttavia si può ritenere che in molti casi sia stata efficace sia nel produrre azioni di successo, che nello stabilizzare situazioni organizzative e gestionali, indubbiamente difficili.

L'abitudine a lavorare in condizioni di estrema incertezza e di pochi riconoscimenti ha probabilmente facilitato la fase di transizione, ancora da completare, verso la aziendalizzazione.

Infatti a differenza di altri settori della sanità, che non abbiamo indagato in questa analisi, ma di cui sono note le resistenze alla introduzione del management clinico e gestionale, i dirigenti del settore dipendenze non sembrano soffrire né una perdita di potere né il sentimento di spersonalizzazione così diffuso tra altri dirigenti della sanità.

Le attese di successo personale sembrano in gran parte soddisfatte e la proiezione attuale è fortemente orientata allo sviluppo di nuovi modelli organizzativi e gestionali, che pur con le enormi difficoltà derivanti dalla generale contrazione di risorse destinate alla sanità, vengono proposti, discussi e sostenuti col vigore che deriva dalla consolidata esperienza a confrontarsi con instabilità, incertezze, competitori socialmente forti e accreditati.

Sembra perciò che l'essere stati indotti in molti casi a sviluppare funzioni di leadership in contesti poco strutturati, dai confini piuttosto imprecisi e con un mandato a volte contraddittorio, abbia in un certo senso facilitato l'acquisizione nel tempo di competenze manageriali e attitudini alla governance.

Non esiste la controprova perché trenta anni fa nessuno di noi era un manager, e quindi possiamo solo ipotizzare che, forse è più semplice orientare in senso manageriale un buon leader che non fare acquisire abilità e competenze da leader ad un buon manager.

Complessivamente si delinea un quadro rappresentativo, aggiornato e reale della situazione dei servizi italiani, che mette in luce i punti di forza e di debolezza del sistema attuale, interessante sia per chi dall'interno della propria struttura, a volte fa fatica a cogliere le linee di tendenza più generali e a confrontarsi con esse, sia per i decisori politici ed i vertici tecnici che li rappresentano, che a volte sembrano non possedere le conoscenze necessarie per delineare strategie efficaci nel settore.

Ci auguriamo quindi che questo contributo, di cui daremo puntuale notizia al momento della pubblicazione estesa di tutto il materiale, possa suscitare altri interessi e percorsi di apprendimento, che come FederSerD intendiamo continuare a promuovere nell'interesse di tutti i professionisti del settore.

(a cura di MAURIZIO FEA)

Hanno partecipato al Master

Baldassarre Clara - ASL Napoli 1
 Balestra Roberta - ASL Trieste
 Barletta Giuseppe - ASL Roma F
 Brogna Fabio - ASL Catania
 Cataldini Roberto - ASL Lecce 2
 Coacci Alessandro - ASL 9 Grosseto
 Cozzolino Edoardo - ASL Città di Milano
 D'Amore Antonio - ASL Caserta 2
 De Rienzi Sergio - ASL Napoli 1
 D'Egidio Pietro - ASL Pescara
 Di Mauro Paolo - ASL Arezzo
 D'Orsi Maurizio - ASL Napoli 4
 Faillace Guido - ASL 9 Trapani
 Falconi Emanuela - ASL Velletri
 Fasciani Paola - ASL Chieti
 Fea Maurizio - ASL Pavia
 Ferdico Michele - ASL Sciacca
 Fois Angelo - Ser.T Guspini (CA)
 Grande Bernardo - ASL Catanzaro
 Leonardi Claudio - ASL Roma C
 Lovaste Raffaele - ASL Trento
 Lucchini Alfio - ASL Milano 2
 Magnelli Fernanda - ASL Cosenza
 Manzato Ezio - ASL 21 Legnago
 Margaron Henri - ASL Livorno
 Marino Vincenzo - ASL Varese
 Mazza Carmelo - ASL Catania
 Nigro Carmine - ASL Nocera Inferiore
 Pentiricci Norberto - ASL 1 Città' di Castello
 Polidori Edoardo - ASL Ravenna
 Ruschena Maurizio - ASL Asti
 Serio Giorgio - ASL 6 Palermo
 Simeone Vincenzo - ASL Taranto
 Taranto AntoniovASL Molfetta
 Tidone Laura - ASL Bergamo
 Turini Daniele - ASL 6 Torino
 Urcioli Renato - Ser.T ASL 3 Genova
 Zanusso Germano - ASL Treviso