



Linee di indirizzo regionali per il consolidamento ed il rafforzamento del Dipartimento funzionale per le Dipendenze all'interno delle Aziende ULSS del Veneto



Dipartimento funzionale per le Dipendenze: razionale

Le dipendenze patologiche rappresentano un ambito ad alta integrazione sociosanitaria, perché coinvolgono dimensioni cliniche, comportamentali, familiari, lavorative, giudiziarie e comunitarie.

Il Dipartimento funzionale risponde a questa complessità attraverso un assetto di governo che collega unità operative diverse mantenendone autonomia tecnico-professionale, ma orientandole verso obiettivi comuni, procedure condivise, standard di qualità, raccolta sistematica dei dati e valutazione degli esiti. Il riferimento al carattere “funzionale” indica proprio la capacità di mettere in rete risorse e competenze senza necessariamente assorbirle in un’unica struttura gerarchica.

Il presente allegato non sostituisce le disposizioni di cui alla DGR n. 2217 del 22 giugno 1999, ma ne aggiorna il contenuto e definisce un quadro tecnico comune per l’attuazione, il monitoraggio e la valutazione del rafforzamento del Dipartimento per le Dipendenze nelle Aziende ULSS del Veneto. Gli standard e gli indicatori sono finalizzati a garantire omogeneità territoriale, integrazione della rete, qualità dei percorsi e misurabilità degli esiti. I valori soglia indicati assumono funzione di riferimento regionale minimo: le Aziende ULSS possono adottare obiettivi più sfidanti in relazione ai bisogni del territorio, alla maturità organizzativa e agli indirizzi della programmazione regionale.

Ambito	Standard minimo regionale	Valore soglia	Evidenza documentale
Governance dipartimentale	Responsabile di Dipartimento formalmente individuato, coordinamento tecnico-professionale attivo e riunioni periodiche con verbale	Almeno 4 riunioni documentate l’anno	Atto aziendale, regolamento dipartimentale, verbali, elenco presenze
Programmazione triennale	Definizione di obiettivi triennali dipartimentali coerenti con programmazione regionale e aziendale	Programma triennale approvato e condiviso con i Servizi pubblici per le Dipendenze e con le Comunità Terapeutiche degli Enti Gestori presenti nel territorio di afferenza	Piano operativo triennale aziendale, schede obiettivo, report di avanzamento
Accesso ai servizi	Punti di accesso identificabili, informazioni pubbliche aggiornate, procedura uniforme di accoglienza	Almeno una procedura di accoglienza attivata nel Dipartimento	Carta dei servizi, sito aziendale, procedure operative, report tempi di accesso
Presa in carico multiprofessionale	Valutazione integrata clinica, psicologica e sociale per i casi complessi e definizione del progetto terapeutico e riabilitativo individualizzato	Progetto terapeutico e riabilitativo individualizzato attestato dai verbali delle équipe; rivalutazione almeno semestrale per i casi complessi	Cartella clinica, verbali équipe, eventuali rivalutazioni semestrali



Ambito	Standard minimo regionale	Valore soglia	Evidenza documentale
Continuità assistenziale	Raccordo documentato tra servizi ambulatoriali, residenziali, semiresidenziali	Almeno un raccordo documentato per Comunità Terapeutica presente nel territorio AULSS	Inserimenti in SIRD, lettere di presentazione del Ser.D inviante, lettere di dimissione delle Comunità Terapeutiche
Integrazione con la rete	Protocolli o accordi operativi con altri attori della rete per le Dipendenze	Almeno un protocollo attivo documentato	Protocolli sottoscritti, accordi di programma, verbali dei tavoli territoriali
Formazione	Programmazione annuale di attività formative sulle dipendenze	Almeno un corso attivato e documentato	Piano formativo, registri presenze, attestati, valutazioni di apprendimento e gradimento

Gli standard sono applicati secondo un principio di progressività e proporzionalità, tenendo conto della dimensione del bacino di utenza, della distribuzione territoriale dei servizi, della presenza di sedi periferiche, della collaborazione con soggetti accreditati e della complessità dei bisogni assistenziali. Il mancato raggiungimento dei valori soglia non costituisce automaticamente inadempienza, ma richiede motivazione documentata e definizione di azioni correttive.

Principi organizzativi fondamentali

Il modello dipartimentale si fonda su alcuni principi chiave: centralità della persona, integrazione multiprofessionale, prossimità territoriale, continuità della cura, appropriatezza degli interventi, partecipazione della famiglia quando utile e consenso dell'interessato, valorizzazione del privato sociale accreditato e raccordo con le politiche sociali locali.

La presa in carico globale richiede équipe multidisciplinari composte, a seconda dell'organizzazione locale, da medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori professionali, operatori sociosanitari e personale amministrativo. La valutazione iniziale deve condurre a un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, modulabile nel tempo e integrato con le risorse disponibili: ambulatoriali, domiciliari, residenziali, semiresidenziali, di prossimità e di reinserimento sociale.



Funzioni del Dipartimento funzionale autonomo

Le principali funzioni del Dipartimento funzionale per le Dipendenze possono essere ricondotte a cinque aree: governo clinico, programmazione territoriale, integrazione della rete, qualità e valutazione, innovazione e formazione. Le singole aree possono essere così definite:

- **Governo clinico:** definizione di percorsi condivisi, criteri di accesso, modalità di valutazione multidimensionale, presa in carico e monitoraggio dei trattamenti;
- **Programmazione territoriale:** lettura dei bisogni locali, pianificazione delle risposte, raccordo con i Piani di Zona, con i distretti, con i comuni, con le scuole, con il carcere e l'amministrazione penitenziaria, protocolli di collaborazione con i servizi per la salute mentale e i servizi ospedalieri;
- **Integrazione della rete:** coordinamento tra Servizi per le Dipendenze (Ser.D) strutture semiresidenziali e residenziali degli Enti Gestori delle Comunità Terapeutiche, unità di strada, servizi di bassa soglia, Enti del Terzo Settore e Privato Sociale Accreditato;
- **Qualità e valutazione:** raccolta dati e gestione delle cartelle cliniche, monitoraggio degli indicatori, verifica degli esiti, gestione del rischio e miglioramento continuo;
- **Innovazione e formazione:** aggiornamento degli operatori, sviluppo di percorsi su nuove sostanze, alcol, tabacco, gioco d'azzardo, dipendenze digitali, comorbilità psichiatriche e fragilità sociali.

La rete dei servizi e la presa in carico integrata

Il Dipartimento funzionale determina e favorisce lo sviluppo della rete dei servizi centrata sulla persona che soffre la dipendenza. I Servizi pubblici per le Dipendenze garantiscono accesso, valutazione, diagnosi, trattamento ambulatoriale, terapie farmacologiche, colloqui psicologici, interventi sociali ed educativi, prevenzione delle patologie correlate e invio a programmi residenziali o semiresidenziali. Attorno a essi si collocano le comunità terapeutiche, quali strutture accreditate afferenti ad Enti Gestori operanti nel Sistema sociosanitario regionale. Gli Enti locali, i servizi per l'inclusione lavorativa, la scuola, la magistratura, gli istituti penitenziari, la medicina generale, i Dipartimenti di salute mentale, gli Enti del Terzo Settore.

La presa in carico integrata deve prevedere un percorso riconoscibile: accoglienza e valutazione multidimensionale, definizione del progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, attivazione degli interventi appropriati, verifica periodica degli obiettivi, gestione delle ricadute, continuità post-trattamento e reinserimento sociale. In particolare, la continuità tra ambulatorio, comunità, territorio e famiglia è decisiva per evitare interruzioni che possono compromettere l'aderenza al percorso.



L'architettura del Dipartimento funzionale per le Dipendenze

Nel modello veneto, il Dipartimento funzionale si colloca dentro un assetto multilivello che valorizza sia la responsabilità aziendale che la connessione con gli Uffici regionali. La Regione del Veneto ha storicamente individuato il Dipartimento per le Dipendenze come forma organizzativa costituita da Ser.D e strutture del Privato Sociale Accreditato che, pur mantenendo autonomia tecnico-funzionale e gestionale, perseguono finalità comuni e sono tra loro interdipendenti.

Al vertice del Dipartimento è posto il Direttore del Dipartimento funzionale per le Dipendenze.

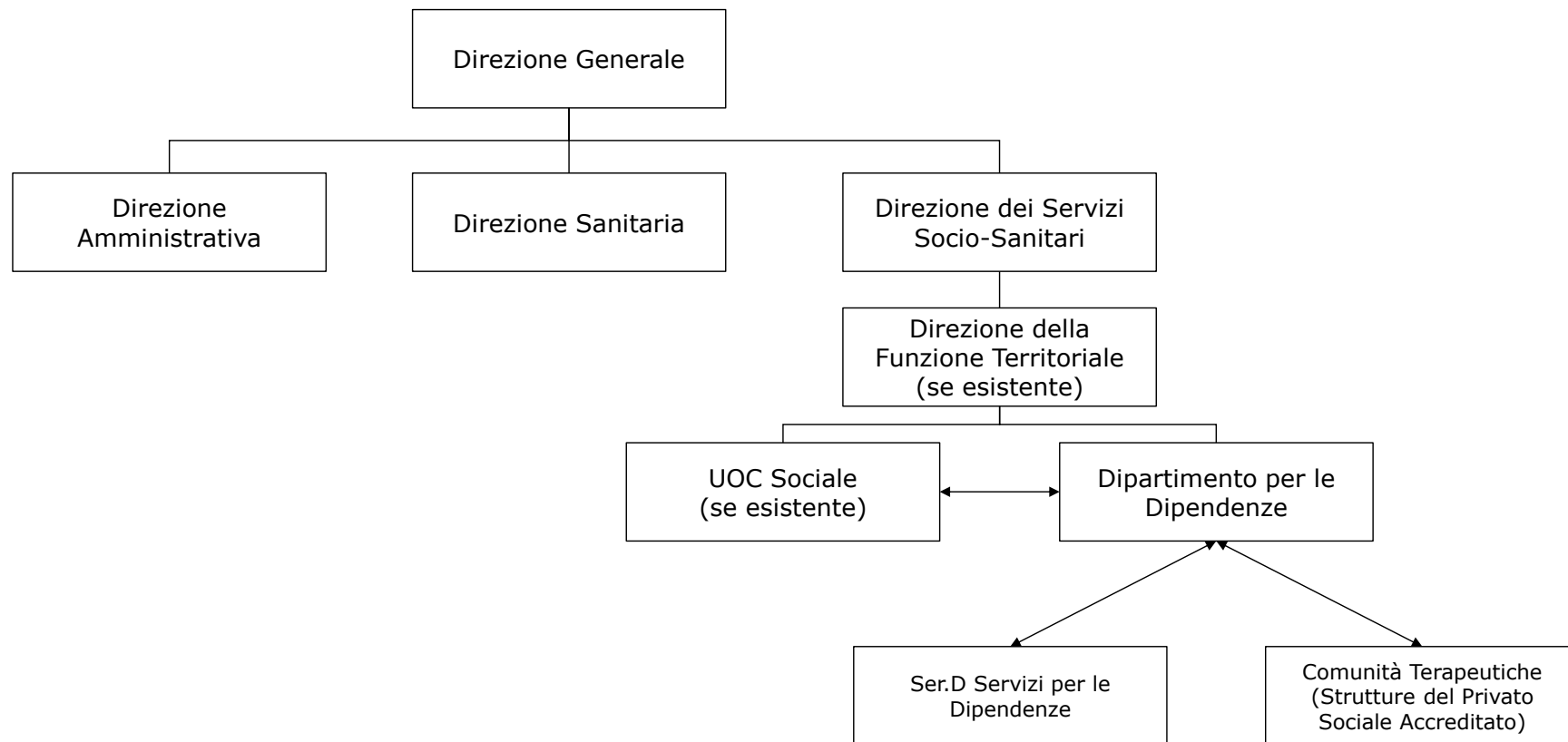
Nel Dipartimento possono essere individuati i seguenti livelli funzionali:

- un primo livello è quello della **Direzione dipartimentale**, con compiti di indirizzo, raccordo con la Direzione aziendale e traduzione operativa delle indicazioni regionali;
- un secondo livello è quello del **Comitato operativo di Dipartimento**, nel quale trovano rappresentanza le Unità Operative pubbliche (Ser.D) e gli Enti Gestori del Privato Sociale Accreditato e nel quale vengono condivise linee di lavoro, protocolli, programmi e verifiche;
- un terzo livello è costituito dal **Coordinamento territoriale di Dipartimento** che è rappresentativo delle interazioni del Dipartimento con i diversi attori del territorio, quali ad esempio: altre strutture aziendali, Ambiti Territoriali Sociali, Amministrazioni comunali, Istituti scolastici, Enti del Terzo Settore;
- un quarto livello è relativo alle **Comunità di pratica intersettoriali** dedicate ad aree quali prevenzione, adolescenza, alcol, gioco d'azzardo, nuove sostanze psicoattive, riduzione del danno e dei rischi, carcere, comorbidità psichiatrica e reinserimento sociale;
- un ulteriore livello è rappresentato **Sistema informativo dipartimentale**, orientato alla raccolta, analisi e restituzione dei dati utili alla programmazione, al monitoraggio e alla valutazione degli esiti.

Questa articolazione consente di disporre di una visione dei livelli di responsabilità strategica (il primo), livelli di coordinamento tecnico-organizzativo (tutti e quattro) e livelli operativi di produzione dei servizi (il secondo). Il valore aggiunto del modello veneto risiede proprio nella possibilità di far dialogare stabilmente questi piani: la Regione definisce cornici programmatiche e obiettivi generali; l'Azienda ULSS assicura il governo organizzativo e l'integrazione con gli altri servizi territoriali e ospedalieri; il Dipartimento funzionale per le Dipendenze coordina la rete locale; il Comitato operativo di Dipartimento garantisce continuità decisionale; le Comunità di pratica intersettoriali traducono gli indirizzi in pratiche condivise; i Servizi pubblici per le Dipendenze e le strutture del Privato Sociale Accreditato realizzano concretamente i percorsi di prevenzione, cura, riabilitazione e inclusione sociale.

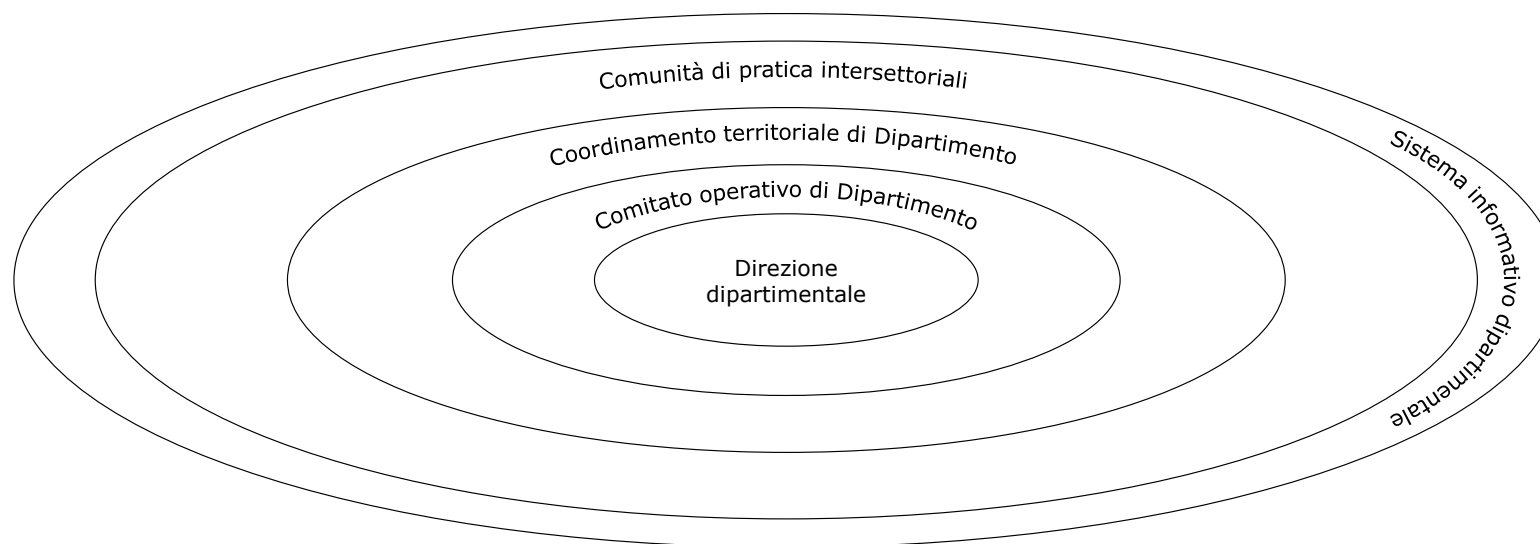
La corretta gestione del Sistema informativo dipartimentale supporta l'attività di tutti gli altri livelli, garantendo dati e informazioni indispensabili alla pianificazione e programmazione aziendale in materia di dipendenze.





La collocazione di massima del Dipartimento funzionale per le Dipendenze nella Struttura organizzativa aziendale (la configurazione può essere differente a seconda dell'Azienda ULSS considerata).





L'architettura del Dipartimento funzionale per le Dipendenze è strutturata per centri concentrici: un modello strutturale in cui gli elementi del sistema sono disposti ad anelli attorno a un nucleo centrale, rappresentato dalla Direzione dipartimentale.

Gli elementi qualificanti per un modello efficace di Dipartimento funzionale

Dall'analisi del primo modello veneto risalente al 1999 emergono alcuni elementi qualificanti che possono orientare la progettazione e il rafforzamento di un Dipartimento funzionale per le Dipendenze autonomo, adeguato alla realtà attuale. In primo luogo, è necessario un mandato chiaro di governance, con responsabilità definite, sedi di coordinamento stabili e strumenti di programmazione condivisi. In secondo luogo, occorre garantire l'omogeneità dei percorsi sul territorio, evitando



differenze eccessive nell'accesso, nella valutazione e nell'offerta terapeutica. In terzo luogo, è fondamentale costruire un sistema informativo comune, utile non solo alla rendicontazione, ma anche alla lettura epidemiologica e alla valutazione degli esiti.

Un ulteriore elemento è la capacità di differenziare l'offerta in base ai bisogni: accessi a bassa soglia per persone marginalizzate, percorsi dedicati per adolescenti e giovani adulti, interventi dedicati alle famiglie, programmi per alcol e tabacco, trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo, presa in carico delle dipendenze comportamentali, percorsi per persone detenute o sottoposte a misure giudiziarie, integrazione con gli altri servizi finalizzati alle fragilità. La rete deve essere sufficientemente flessibile da accompagnare la persona in fasi diverse del percorso, dalla motivazione iniziale alla stabilizzazione, fino alla riabilitazione e al reinserimento.

Il modello veneto, già caratterizzato da integrazione pubblico-privato sociale e governance funzionale, può essere ulteriormente aggiornato attraverso interventi innovativi coerenti con le esigenze di flessibilità, integrazione, innovazione, valutazione degli esiti, percorsi terapeutico-assistenziali e interoperabilità dei sistemi informativi. L'obiettivo non dovrebbe essere sostituire l'impianto esistente, ma renderlo più capace di intercettare precocemente i bisogni emergenti, personalizzare le risposte, ridurre le disuguaglianze territoriali e misurare con maggiore precisione l'efficacia degli interventi.

Una delle azioni possibili potrebbe consistere nell'attivare percorsi specialistici regionali o interaziendali per bisogni ad alta complessità: nuove sostanze psicoattive, poliassunzione, dipendenze comportamentali, gioco d'azzardo, dipendenze digitali, disturbi alimentari associati, doppia diagnosi, persone senza dimora, donne con figli, minori e giovani adulti. Tali percorsi potrebbero essere organizzati con logica hub and spoke, ovvero alcuni nodi regionali o aziendali con competenze avanzate potrebbero supportare i servizi territoriali attraverso consulenza, formazione, supervisione e presa in carico condivisa dei casi più complessi.

Un altro profilo di aggiornamento riguarda la partecipazione attiva degli utenti, dei familiari e degli operatori pari. Il modello dipartimentale potrebbe prevedere consultazioni periodiche, strumenti di ascolto strutturato, gruppi di auto-mutuo aiuto, coinvolgimento di esperti per esperienza e percorsi di co-progettazione con il Terzo Settore. Ciò permetterebbe di migliorare accessibilità, linguaggio dei servizi, aderenza ai trattamenti e capacità di contrastare stigma e isolamento.

Infine, l'innovazione dovrebbe tradursi in un sistema stabile di valutazione degli esiti e apprendimento organizzativo. Ogni progetto aziendale dovrebbe essere accompagnato da indicatori di processo, esito e impatto: tempestività dell'accesso, continuità della presa in carico, riduzione dei comportamenti a rischio, miglioramento della qualità di vita, reinserimento sociale, soddisfazione degli utenti, appropriatezza degli invii e integrazione tra servizi. Il Comitato operativo di Dipartimento potrebbe assumere il compito di leggere periodicamente questi dati e proporre idonee azioni correttive, mentre il Coordinamento territoriale di Dipartimento potrebbe trasformare le evidenze raccolte in protocolli, formazione e linee di miglioramento.



Il Dipartimento funzionale per le Dipendenze orientato al futuro

Le trasformazioni dei consumi, la diffusione delle dipendenze comportamentali, l'abbassamento dell'età di primo contatto con sostanze e pratiche a rischio, l'aumento delle condizioni di cronicità e fragilità sociale impongono di **superare una logica esclusivamente prestazionale**. Il Dipartimento del futuro dovrà essere una *piattaforma territoriale* capace di leggere precocemente i fenomeni, attivare risposte flessibili e accompagnare la persona lungo percorsi non lineari, nei quali prevenzione, cura e riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo siano parti di un unico progetto.

Per il Veneto, questa evoluzione può tradursi in una nuova fase del modello dipartimentale: dal coordinamento funzionale della rete alla costruzione di un vero **ecosistema regionale delle dipendenze**. Tale ecosistema dovrebbe collegare Dipartimenti, Ser.D, Privato Sociale Accreditato, Distretti, Case della Comunità, Ambiti Territoriali Sociali e gli altri attori esistenti nell'ambito di azione dell'Azienda ULSS. La riforma dell'assistenza territoriale e il rafforzamento delle reti di prossimità offrono l'occasione per rendere i servizi per le dipendenze più visibili, accessibili e integrati nei luoghi ordinari della salute e della comunità, senza disperdere la specificità clinica e relazionale maturata nel settore.

Un punto decisivo sarà la capacità di coniugare personalizzazione e standardizzazione. Da un lato, ogni programma terapeutico-riabilitativo dovrà restare individualizzato, rispettoso della storia della persona, del contesto familiare e della fase motivazionale. Dall'altro, la Regione potrà promuovere standard comuni per accesso, valutazione multidimensionale, continuità dei trattamenti, gestione delle comorbidità, invio alle comunità, presa in carico dei giovani e monitoraggio degli esiti. In questo modo il Dipartimento funzionale potrà garantire equità tra territori diversi, riducendo variabilità organizzative non giustificate e valorizzando al tempo stesso le sperimentazioni locali più efficaci.

La prospettiva futura richiede inoltre una governance più adattiva. Il Comitato operativo di Dipartimento potrebbe assumere una funzione permanente di **regia evolutiva**: analizzare dati, individuare segnali emergenti, proporre priorità annuali, valutare sperimentazioni, promuovere formazione e facilitare la diffusione delle buone pratiche tra Aziende ULSS. Le Comunità di pratica intersettoriali potrebbero diventare laboratori regionali di innovazione, capaci di produrre protocolli condivisi, strumenti operativi, modelli di intervento e percorsi formativi comuni.

Nel medio periodo il modello dovrebbe puntare anche a una maggiore integrazione tra salute pubblica, clinica e politiche sociali. Le dipendenze non possono essere affrontate solo come problema sanitario individuale, ma come fenomeno che riguarda comunità, disuguaglianze, accesso all'abitare, lavoro, scuola, giustizia, solitudine e fragilità familiari. Per questo il Dipartimento funzionale dovrà sviluppare ulteriormente alleanze strutturate con Comuni, Ambiti Territoriali Sociali, servizi per il lavoro, istituzioni scolastiche, università, forze dell'ordine, magistratura e organizzazioni del Terzo Settore.

Infine, la sostenibilità futura del modello dipenderà dalla capacità di sviluppare le competenze professionali e la formazione.

La direzione evolutiva può quindi essere sintetizzata in una visione: un Dipartimento funzionale per le Dipendenze come infrastruttura pubblica di prossimità, conoscenza e inclusione. Prossimità, perché deve raggiungere le persone nei luoghi in cui vivono; conoscenza, perché deve fondare le decisioni su dati, valutazione e



apprendimento; inclusione, perché deve contrastare stigma, marginalità e discontinuità dei percorsi. In questa prospettiva il modello veneto può consolidare il proprio ruolo di rete integrata e, al tempo stesso, diventare un laboratorio di innovazione organizzativa.

Il Dipartimento funzionale per le Dipendenze rappresenta una risposta organizzativa avanzata alla complessità delle dipendenze patologiche, perché consente di superare la frammentazione dei servizi e di ricondurre prevenzione, cura, riabilitazione, riduzione del danno e inclusione sociale dentro una cornice unitaria. La sua forza non risiede soltanto nella capacità di coordinare strutture diverse, ma nel promuovere una cultura comune della presa in carico, fondata sulla centralità della persona, sulla continuità dei percorsi, sull'integrazione sociosanitaria e sulla corresponsabilità degli attori della rete.

Nel caso del Veneto, il modello dipartimentale dispone di una base solida: una tradizione di collaborazione tra servizi pubblici e privato sociale accreditato, una struttura funzionale articolata su più livelli, il ruolo del Comitato operativo di Dipartimento, la presenza di gruppi tematici e la possibilità di utilizzare osservatori e sistemi informativi per orientare la programmazione. Tuttavia, la fase attuale richiede un salto di qualità: il Dipartimento non può limitarsi a garantire il raccordo tra soggetti già esistenti, ma deve diventare una piattaforma regionale di innovazione, prossimità, conoscenza e valutazione.

Le esperienze di altre Regioni confermano che l'evoluzione del sistema passa attraverso alcuni assi comuni: programmi trasversali e comunità di pratica, come nell'esperienza emiliano-romagnola; organizzazioni per intensità assistenziale e reti hub and spoke, come nello scenario lombardo; co-progettazione e integrazione con il terzo settore, come richiamato dall'esperienza toscana; politiche mirate su fenomeni specifici, come il gioco d'azzardo patologico nell'esperienza piemontese. Il Veneto può valorizzare questi spunti senza rinunciare alla propria specificità, costruendo un modello capace di tenere insieme specializzazione, prossimità e governo unitario della rete.

La prospettiva futura impone inoltre di affrontare le criticità in modo esplicito: sostenibilità organizzativa, equità territoriale, continuità informativa, aggiornamento professionale, riduzione dello stigma, partecipazione degli utenti e valutazione degli esiti. Tali sfide non sono elementi accessori, ma condizioni decisive per la credibilità del modello. Senza risorse adeguate, dati condivisi, standard comuni e responsabilità chiare, il rischio è che il Dipartimento resti una cornice formale; al contrario, se dotato di strumenti effettivi, può diventare il luogo in cui la rete produce valore pubblico misurabile.

In conclusione, il modello veneto del Dipartimento funzionale per le Dipendenze può rappresentare, nei prossimi anni, un laboratorio di modernizzazione del sistema nazionale delle dipendenze. Perché ciò avvenga, occorre consolidare la governance multilivello, rendere strutturali gli interventi innovativi, rafforzare la partecipazione della comunità e assumere la valutazione come pratica ordinaria. Solo un Dipartimento capace di apprendere dai dati, ascoltare le persone, sostenere gli operatori e cooperare stabilmente con il territorio potrà garantire percorsi realmente personalizzati, tempestivi e inclusivi. In questa direzione, il Dipartimento funzionale non è soltanto un modello organizzativo, ma una garanzia istituzionale di continuità, dignità e qualità della cura.

