



STATEMENT DEL MODELLO CONCETTUALE PER LA VALUTAZIONE DELL'OUTCOME NEI TRATTAMENTI DELLE TOSSICODIPENDENZE

Sintesi a cura di Giovanni Serpelloni ,
Gruppo di Lavoro Progetto Sesit * (Ministero della Salute)

** Regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta*

PREMESSE

La necessità di concordare su un modello concettuale condiviso per la valutazione dei risultati degli interventi sulle persone tossicodipendenti, ha portato le Regioni e le Province Autonome a discutere ed analizzare all'interno del Progetto vari modelli ed orientamenti esistenti. Si riconosce la necessità indeclinabile di valutare costantemente i risultati raggiunti dai vari trattamenti ma si è preso anche atto delle forti diversità esistenti tra gli operatori del settore su che cosa si debba intendere per “risultati” e prima ancora per “obiettivi di trattamento” e quali siano gli indicatori quantitativi considerati validi per rappresentare le variazioni dello stato del cliente in relazione alle prestazioni ricevute. In altre parole vi è la necessità di concordare in maniera esplicita su come e per quali finalità è necessario rappresentare i risultati raggiunti dei vari trattamenti e attribuirne un giudizio di valore.

Con questo documento si intende mettere a punto ed esplicitare un modello concettuale di base per la valutazione dell'outcome.

Il modello qui presentato è stato condiviso dalle Regioni e dalla Provincie Autonome nelle sue linee generali e nelle parti specifiche relative a: definizione di outcome, finalità della valutazione, obiettivi di trattamento, macroindicatori, frequenza minima di rilevamento, ecc. e utilizza indicatori quantitativi orientati alla pratica clinica.

Da un punto di vista organizzativo inoltre si riconosce l'importanza che i modelli applicativi per la valutazione dei risultati sull'insieme dei clienti afferenti ai servizi aziendali, permettano di valutare l'efficacia in pratica dei trattamenti considerando come area territoriale standard per lo meno quella a livello di una azienda sanitaria locale di norma coincidente con quella di un dipartimento delle dipendenze. Tutto questo al fine di poter valutare l'efficacia in pratica non solo su una singola unità operativa ma dell'intero dipartimento che è formato dalle unità mobili, dai SerT, dalle comunità terapeutiche, dalle unità di reinserimento, ecc., come “settori” di un'unica filiera produttiva che dovrebbero essere coordinati e finalizzati ad un obiettivo di salute comune e condiviso. Si raccomanda questo orientamento essendo convinti che l'efficacia di un sistema assistenziale vada valutata, oltre che per la singola persona sottoposta ad intervento, anche per l'insieme delle persone assistite dal dipartimento nel suo complesso che dovrebbe operare in una specifica area territoriale, per convenzione assunta come quella minima di una azienda sanitaria territoriale a cui di norma corrisponde l'area di competenza di un dipartimento. Tutto questo

tenendo conto dei vari contesti terapeutici dove tali trattamenti avvengono, delle diversità dei clienti in essi inseriti (maggiore o minore gravità) e delle possibilità che i diversi ambienti offrono di operare sul singolo individuo.

Il presente modello è stato definito con il criterio fondamentale di rendere poi fattibile una sua applicazione in pratica anche attraverso la possibilità di informatizzare la raccolta e l'elaborazione dei dati.

Le Regioni e le Province Autonome infine concordano sulla necessità di creare un gruppo di lavoro permanente per il coordinamento e lo scambio continuo tra i vari progetti nazionali che si occupano di outcome.

DEFINIZIONI

Sinonimi: esito di un trattamento (o di un intervento), outcome, risultati clinici, efficacia curativa (e preventiva).

Efficacia di un trattamento/intervento:

la capacità dimostrabile di una organizzazione o di un intervento terapeutico o riabilitativo di produrre realmente risultati positivi esprimibili in termini di: grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata (e/o situazioni devianti) valutati in relazione alle condizioni cliniche e di rischio rilevate all'ingresso in trattamento.

L'efficacia in pratica (effectiveness) è l'efficacia ottenibile durante la normale pratica clinica e misurata in condizioni operative reali. Si differenzia dalla "efficacy" che viene invece considerata l'efficacia teorica.

L'effectiveness dipende da una serie di fattori ed in particolare: disponibilità dell'intervento (availability), l'accettabilità degli interventi e della forma organizzativa del servizio da parte del cliente (acceptability), l'accessibilità al servizio (accessibility), l'adeguatezza degli interventi in relazione ai bisogni (adequacy) e l'appropriatezza cioè la validità tecnico-scientifica di circostanza e di luogo dell'intervento (suitability).

L'efficacia è il rapporto esistente tra le prestazioni erogate (output prestazionale) e i risultati ottenuti (outcome).

Valutazione dell'outcome:

È il complesso processo finalizzato a comprendere l'effetto e l'utilità degli interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi, di un singolo cliente in termini di grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata.

Questo tipo di valutazione avviene confrontando la situazione di salute e di rischio rilevata in un cliente prima di un trattamento con quella osservata dopo tale trattamento in un periodo temporale definito.

La valutazione dell'outcome raccoglie e "valorizza" (cioè fornisce un giudizio di valore) informazioni sullo stato di salute (fisica, psichica e sociorelazionale) della persona sottoposta a trattamento, fornendo indicazioni utili ai processi decisionali.

Va quindi specificato che nel valutare l'efficacia nella pratica clinica si ritiene che la finalità principale di tale azione non debba essere quella di dimostrare il nesso causale esistente tra terapie eseguite ed esiti osservati ma soprattutto sia importante cogliere la variazione dello stato di gravità clinica prima e dopo il trattamento che si presuppone efficace e sicuro sulla base delle evidenze scientifiche a nostra disposizione e precedentemente ottenute dalla ricerca sperimentale. Questo tipo di valutazione ha infatti come finalità principale quello di fornire informazioni per il management clinico e non probatorio la validità dei trattamenti.

Nell'eseguire questo tipo di valutazione sarà indispensabile che i sistemi siano in grado di classificare in gruppi omogenei i pazienti all'entrata in trattamento sulla base della gravità clinica (classi ad isogravità) – che presentano diverse prognosi – per poter valutare in modo più corretto l'andamento degli esiti all'interno di classi omogenee di soggetti in trattamento.

Va infatti ricordato che la risposta ai trattamenti e il buon esito delle terapie dipende anche dalle condizioni di partenza del paziente oltre che dal tipo di trattamento e da un insieme di fattori ambientali non controllabili. l'outcome quindi andrà relativizzato alle condizioni di base del paziente, valutando però contemporaneamente anche in relazione ad un esito atteso in termini assoluti. In altre parole sarà necessario valutare gli esiti di un trattamento con due prospettive: la prima "relativa" considerando cioè gli esiti in relazione alle condizioni di partenza del paziente, la seconda "assoluta" valutando i risultati sulla base di una standard atteso "ideale" con il quale vengono comparati i risultati osservati.

Si ricorda che l'outcome nella pratica clinica può essere visto anche come rappresentazione della variazione dello stato di gravità (o severità clinica) da un tempo t_1 ad un t_2 nell'intervallo del quale si esplicano cure.

La valutazione "quality oriented":

con questo termine si intende uno specifico tipo di valutazione che associa costantemente alla rilevazione e quantificazione degli esiti di un trattamento/intervento anche la contemporanea valutazione delle risorse impiegate (input), dei processi produttivi, e delle prestazioni erogate (output).

Punto qualificante del "quality oriented" è l'esistenza di una costante comparazione dei risultati in nostro possesso con standard definiti di "eccellenza".

FINALITÀ DELLA VALUTAZIONE ED AMBITI DI UTILIZZO (CLINICO-PRATICHE, SCIENTIFICHE-EPIDEMIOLOGICHE)

La finalità della valutazione dell'efficacia può avere tre dimensioni:

1. valutare l'evoluzione dello stato clinico di un singolo cliente al fine di monitorare l'efficacia del trattamento in essere e poter prendere decisioni sulle eventuali variazioni o mantenimento degli interventi (ambito di management clinico-pratico).
2. valutare su un insieme di clienti l'efficacia in pratica del trattamento al fine di comparare i risultati osservati con i risultati attesi sulla base delle evidenze scientifiche esistenti già acquisite (ambito clinico-pratico).
3. valutare la sicurezza e l'efficacia di un trattamento al fine di validarne l'uso su un insieme di clienti, mediante modelli scientifici e sperimentali, (ambito scientifico).

Come è possibile comprendere la valutazione con finalità scientifiche ha una valenza (e conseguentemente modalità ed applicazioni diverse) molto diversificate rispetto alla valutazione con finalità relative alla pratica clinica quotidiana. La prima deve costruire “evidenze scientifiche” quanto più affidabili possibili, la pratica clinica invece deve utilizzare queste evidenze per operare e valutare i risultati dei propri interventi mediante comparazione con i risultati ottenuti da tali ricerche e non per validare efficacia e sicurezza dei trattamenti quindi che già dovrebbero essere state valutate dalla ricerca scientifica.

OBIETTIVI DEI TRATTAMENTI:

Gli obiettivi del trattamento nella pratica clinica sono strettamente correlati alla strutturazione del sistema degli indicatori per la valutazione dell’outcome. Per poter definire tale sistema è necessario ex ante essere in possesso di un chiaro insieme di obiettivi ai quali agganciare specifici indicatori quantitativi.

In altre parole, ed in termini pratici, potremmo definire gli obiettivi generali e finali di un trattamento (o risultati attesi) come tendenti a:

1. sospendere l’uso di sostanze stupefacenti (legali o illegali)
 2. portare la qualità di vita nella persona il più vicino possibile alla “norma”
 3. reintegrare la persona sia da un punto di vista sociale/relazionale che dal punto di vista lavorativo/scolastico
 4. ridurre il rischio di acquisizione di patologie e/o situazioni devianti correlate.
-
1. Contemporaneamente risulta indispensabile porsi l’obiettivo di generare e mantenere condizioni di fattibilità del trattamento quali l’aggancio precoce, la ritenzione in trattamento e la fattibilità finanziaria. Il tutto a fronte di un volume idoneo ed una buona qualità delle prestazioni erogate in un contesto che generi soddisfazione per il cliente e costi coerenti con il contesto economico generale e i diversi tipi di trattamenti disponibili e parimenti efficaci.

Tali obiettivi, in considerazione del fatto che per il loro raggiungimento sono necessari tempi diversificati, possono essere ulteriormente distinti (sulla base di un criterio temporale) in obiettivi raggiungibili nel breve/medio/lungo termine.

Gli obiettivi di breve termine di un trattamento sono:

1. sospendere/ridurre l’uso di sostanze stupefacenti (illegali e legali)
2. ridurre/annullare il rischio di patologie (e/o situazioni devianti) correlate all’assunzione di sostanze
3. mantenere/incrementare la ritenzione in trattamento (condizione di fattibilità)

Gli obiettivi di medio termine di un trattamento sono:

1. mantenere la riduzione/sospensione dell’uso di sostanze stupefacenti
2. mantenere la riduzione/annullamento del rischio di patologie (e/o situazioni devianti) correlate
3. far aumentare la qualità di vita

4. reinserire socialmente e lavorativamente la persona
5. mantenere/incrementare la ritenzione in trattamento (condizione di fattibilità)

Gli obiettivi nel lungo termine di un trattamento sono:

1. raggiungere/mantenere la sospensione dell'uso di sostanze stupefacenti
2. mantenere la riduzione/annullamento del rischio di patologie (e/o situazioni devianti) correlate
3. stabilizzare la qualità di vita
4. mantenere il reinserimento socialmente lavorativo

INDICATORI QUANTITATIVI CORRELATI

Per poter valutare l'esito di un trattamento, per ogni obiettivo è necessario quindi identificare e correlare uno specifico indicatore quantitativo intendendo con questo termine una variabile (semplice o complessa) numerica in grado di misurare quantitativamente (direttamente o indirettamente) e di rappresentare validamente (cioè in maniera affidabile) il fenomeno oggetto di osservazione ed i suoi cambiamenti, dando una rappresentazione sintetica utile ai processi decisionali.

Obiettivi & indicatori nei trattamenti

Obiettivi	Indicatori
<ol style="list-style-type: none"> 1. Costruire e mantenere condizioni di fattibilità del trattamento (aggancio precoce, ritenzione in trattamento) 2. Curare e reinserire socialmente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Di performance (efficienza): <ol style="list-style-type: none"> a. delay time – t tra inizio uso e inizio primo trattamento b. Grado di adherence 2. Di esito (efficacia)

Secondo il palinsesto degli obiettivi di cura e di quelli tendenti a creare le condizioni di fattibilità degli interventi sopra riportati, i macro indicatori identificati sono:

Tabella 1

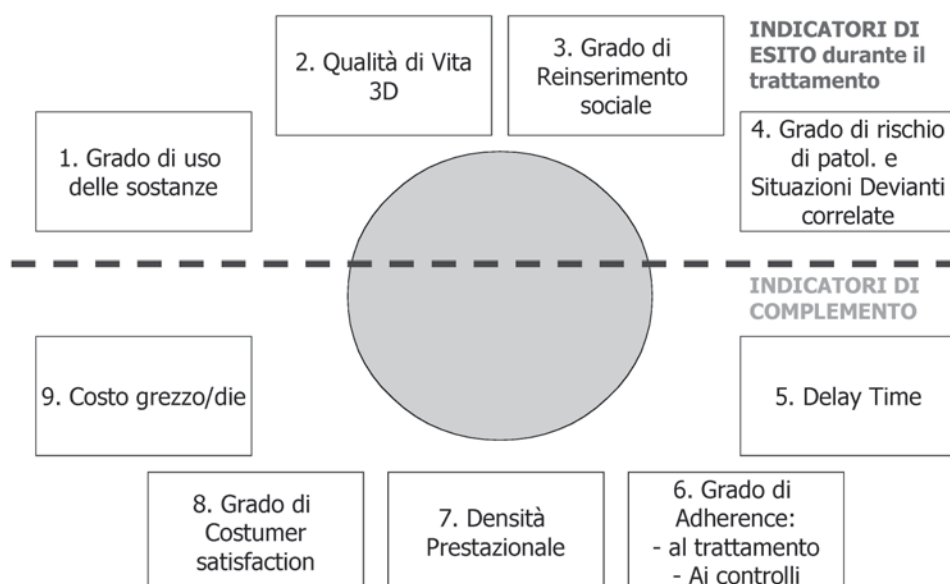
	OBIETTIVI DI CURA		MACRO INDICATORI POSSIBILI (DI ESITO)
1	sospendere l'uso di sostanze stupefacenti (legali o illegali)	1	% di esami positivi alle singole sostanze/tempo
2	portare la qualità di vita nella persona il più vicino possibile alla "norma"*	2	Qualità di vita correlata alla situazione sociale oggettivamente rilevata Qualità di vita correlata allo stato di salute oggettivamente rilevato Qualità di vita percepita dal soggetto relativamente alla sua situazione sociale e al suo stato di salute (soggettivamente riferita)
3	reintegrare la persona sia da un punto di vista sociale/relazionale che dal punto di vista lavorativo/scolastico	3	Social Conformity score % di sog. non T.D. nel gruppo sociale di riferimento volume di reddito legale/mese n. di gg lavorate / n. di gg da lavorare/anno n. di gg frequentati scuola/ n. di gg da frequentare/anno
4	Ridurre: il rischio di acquisizione di patologie e/o insorgenza o mantenimento situazioni devianti correlate (attività di prostituzione e criminalità)	4	n. di comportamenti a rischio per infezioni (HIV, HV, MTS, ecc.) n. di episodi di overdose n. di episodi di prostituzione (e/o scambio sesso per droga) n. di episodi criminali/illegali

* "Norma" intesa in senso di "media statistica", tenendo in considerazione la variabilità individuale e sociale di tale concetto. Ricondurre le situazioni problematiche del paziente alla norma vuol dire portare le condizioni del soggetto in cura il più vicino possibile alle condizioni dei soggetti di pari età, grado sociale e condizioni generali del contesto sociale di riferimento che non presentano tossicodipendenza.

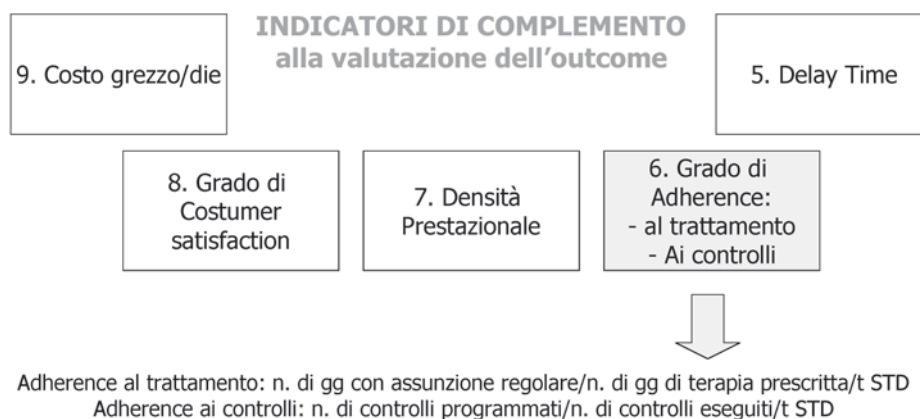
Tabella 2

	OBIETTIVO PER GENERARE E MANTENERE LE CONDIZIONI DI FATTIBILITA' DEL TRATTAMENTO		MACRO INDICATORI POSSIBILI (DI COMPLEMENTO)
1	Agganciare precocemente le persone tossicodipendenti	1	Delay Time (tempo intercorso dall'inizio d'uso e l'entrata in trattamento)
2	Ritenere in trattamento il paziente riducendo la possibilità di drop out ed assicurando l'aderenza ai controlli e alle terapie prescritte	2	Grado di adherence al trattamento Grado di adherence ai controlli
3	Assicurare un volume ed una qualità prestazionale idonea a mantenere i livelli essenziali di assistenza	3	Densità prestazionale media
4	Contenere i costi dei trattamenti attuando un criterio costo/beneficio e costo/efficacia per la scelta dei trattamenti	4	Costo grezzo per gg di trattamento/sogg Benefici diretti generati
5	Soddisfare il cliente	5	Costumer satisfaction

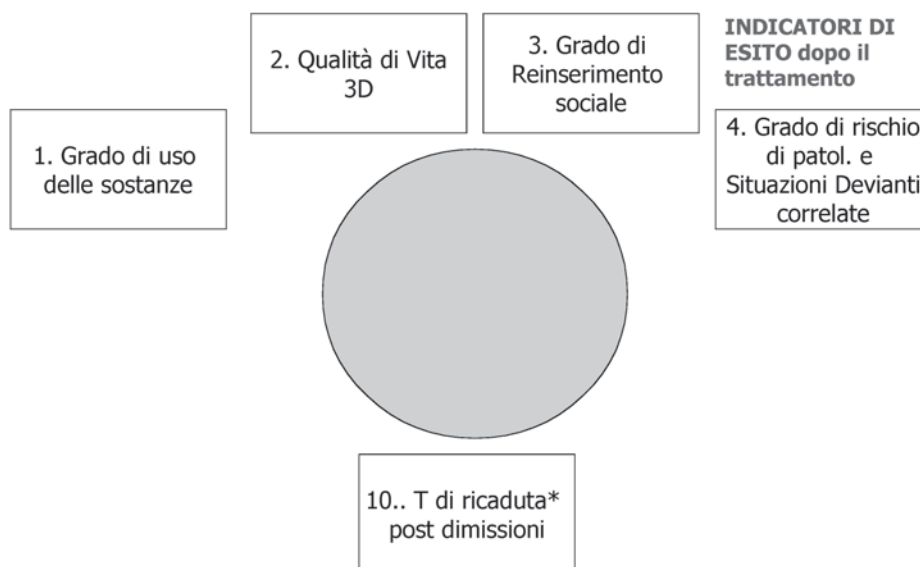
Pannel degli indicatori su singolo individuo per la valutazione dell'outcome nella pratica clinica
(DURANTE IL TRATTAMENTO)



Pannel degli indicatori su singolo individuo per la valutazione dell'outcome nella pratica clinica



Pannel degli indicatori su singolo individuo per la valutazione dell'outcome nel follow-up (POST TRATTAMENTO)



* Ripristino di una nuova condizione di addiction post dimissione

MODELLO OSSERVAZIONALE (TEMPI, FREQUENZA RILEVAMENTO DATI):**In treatment**

Lo stato dell'indicatore viene rilevato all'ingresso del cliente in trattamento (definizione dello stato di gravità iniziale) e periodicamente durante tutto il trattamento (valutazione delle variazioni temporali degli indicatori) con una frequenza minima trimestrale.

La valutazione dell'outcome si basa quindi sulla valorizzazione dello spostamento tra il valore iniziale al t1 e il successivo valore al t2.

Out treatment – follow up

Alla "dimissione" del cliente tali indicatori restano validi e orientativamente dovrebbero essere rilevati (anche con metodologie indirette utilizzando indicatori proxy) con un periodismo così rappresentato: 6 mesi, 12 mesi, 24 mesi, 36 mesi, 5 anni.

VALUTAZIONE DELL'OUTCOME E CONTESTO: ESITO A FRONTE DEI COSTI GENERATI ED EFFICACIA ALLOCATIVA

La valutazione dell'outcome non può essere disgiunta dalla valutazione dei costi sostenuti per raggiungere tali risultati. In altre parole è necessario valutare l'economicità dei trattamenti confrontando i costi per raggiungere tali risultati con:

1. analoghi trattamenti
2. altri trattamenti alternativi (a parità di risultati ottenibili)

Indicatori di Impatto dei "trattamenti"**Sull'insieme della popolazione interessata:**

1. Incidenza patologie correlate (overdose, HIV, HV, MTS, TBC...)
2. Tasso di letalità
3. Ind. Domanda (n. di sogg. Richiedenti un trattamento/t STD)
4. Ind. Di Offerta (n. di sogg. Inseriti in trattamento/t STD)
5. Rapporto D/O
6. Stima del n. di assuntori per sostanza
7. TREND degli indicatori precedenti
8. N. di soggetti trattati e dimessi in condizioni drug free, ricaduti (e t medio di ricaduta)

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE DI RIFERIMENTO (PRINCIPALI STUDI E MODELLI)

1. Delany, P. J., Broome, K. M., Flynn, P. M., & Fletcher, B. W. (2001). Treatment service patterns and organizational structures: An analysis of programs in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research, 16*(6), 590-607.
2. Etheridge, R. M., Hubbard, R. L., Anderson, J., Craddock, S. G., & Flynn, P. M. (1997). Treatment structure and program services in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors, 11*(4), 244-260.
3. Galaif, E. R., Hser, Y., Grella, C. E., & Joshi, V. (2001). Prospective risk factors and treatment outcomes among adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research, 16*(6), 661-678.
4. Grella, C. E., and Joshi, V. (1999). Gender differences in drug treatment careers among clients in the national Drug Abuse Treatment Outcome Study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25*(3), 385-406.
5. Grella, C. E., Hser, Y. I., Joshi, V., & Rounds-Bryant, J. L. (2001). Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(6), 384-392.
6. Grella, C. E., Hser, Y., Joshi, V., & Anglin, M. D. (1999). Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence, 57*, 151-166.
7. Grella, C. E., Joshi, V., & Hser, Y. (2000). Program variation in treatment outcomes among women in residential drug treatment. *Evaluation Review, 24*(4), 364-383.
8. Grella, C. E., Joshi, V., & Hser, Y. (2000). Program variation in treatment outcomes among women in residential drug treatment. *Evaluation Review, 24*(4), 364-383.
9. Hser, Y. I., Anglin, M. D., & Fletcher, B. W. (1998). Comparative treatment effectiveness: Effects of program modality and client drug dependence history on drug use reduction. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15*(6), 513-523.
10. Hser, Y. I., Grella, C. E., Chou, C. P., & Anglin, M. D. (1998). Relationships between drug treatment careers and outcomes: Findings from the national Drug Abuse Treatment Outcome Study. *Evaluation Review, 22*(4), 496-519.
11. Hser, Y., Grella, C. E., Hsieh, S., Anglin, M. D., & Brown, B. S. (1999). Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence, 57*, 137-150.
12. Hser, Y., Shen, H., Grella, C., & Anglin, D. (1999). Lifetime Severity Index for cocaine use disorder (LSI-Cocaine): A predictor of treatment outcomes. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187*(12), 742-750.
13. Knight, K., Hiller, M. L., Broome, K. M., & Simpson, D. D. (2000). Legal pressure, treatment readiness, and engagement in long-term residential programs. *Journal of Offender Rehabilitation, 31*(1/2), 101-115.
14. Kristiansen, P. L., & Hubbard, R. L. (2001). Methodological overview and research design for adolescents in the Drug Abuse Treatment Outcome Studies. *Journal of Adolescent Research, 16*(6), 545-562.
15. Lucchini, A., (2001). La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze, 35-179. Franco Angeli, Milano.
16. Rajkumar, A.S., & French, M.T. (1997). Drug use, crime costs, and the economic benefits of treatment. *Journal of Quantitative Criminology, 13*, 291-323.
17. Rounds-Bryant, J. L., & Staab, J. (2001). Patient characteristics and treatment outcomes for

- African American, Hispanic, and White adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16(6), 624-641.
18. Rounds-Bryant, J. L., Kristiansen, P. L., & Hubbard, R. L. (1999). Drug Abuse Treatment Outcome Study of adolescents: A comparison of client characteristics and pretreatment behaviors in three treatment modalities. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(4), 573-591.
 19. Simpson, D. & Brown, B. (Eds). (1999). Special issue on treatment process and outcome studies from DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*.
 20. Simpson, D. & Brown, B. (Eds). (1999). Special issue on treatment process and outcome studies from DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*.
 21. Simpson, D. D. & Brown, B. (Eds.,) (1999). Special issue: Treatment process and outcome studies from DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2).
 22. Simpson, D. D., & Curry, S. J. (Eds.) (1997). Special Issue: Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4).
 23. Simpson, D. D., Joe, G. W., & Brown, B. S. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 294-307.
 24. Simpson, D. D., Joe, G. W., Broome, K. M., Hiller, M. L., Knight, K., & Rowan-Szal, G. A. (1997). Program diversity and treatment retention rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 279-293.
 25. Simpson, D. D., Joe, G. W., Fletcher, B. W., Hubbard, R. L., & Anglin, M. D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 507-514.
 26. Simpson, D., Joe, G., Fletcher, B., Hubbard, R., & Anglin, D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 507-514.
 27. Simpson, D., Joe, G., Fletcher, B., Hubbard, R., & Anglin, D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 507-514.

GLOSSARIO TECNICO SESIT E DEFINIZIONI per il management clinico e i sistemi di sorveglianza epidemiologica nei Dipartimenti delle Dipendenze

PREMESSE

Le finalità generali di questo documento sono quelle di creare delle linee di indirizzo per una standardizzazione del linguaggio ed una modellizzazione dei principali processi assistenziali e terapeutici nell'ambito delle dipendenze in modo tale da permettere una corretta e coerente raccolta dati ed un agevole confronto tra le varie realtà regionali e provinciali.

Il glossario tecnico e le varie definizioni sono state formulate sulla base del processo assistenziale generale tipico delle singole unità operative dei dipartimenti delle dipendenze, dividendo tale processo in macrofasi in modo tale da rendere più semplice ed agevole la comprensione del modello generale e dei termini utilizzati.

Le Regioni e Province Autonome hanno quindi discusso e concordato su tali standard di linguaggio operativo con l'impegno di renderli propri anche a livello dei singoli operatori dei servizi e delle comunità terapeutiche, ferme restando le specificità ed autonomie locali.

Il glossario tecnico SESIT rappresenta quindi un punto di riferimento, anche se non vincolante, al fine di definire e realizzare i sistemi informativi ed organizzativi nell'area delle dipendenze delle singole Regioni e Province Autonome, che mantengono comunque la facoltà di sviluppare in autonomia i propri sistemi.

ASSETTI ORGANIZZATIVI STANDARD

In relazione agli obiettivi ed ai compiti dei Dipartimenti delle Dipendenze definiti nella normativa nazionale vengono definiti i seguenti assetti organizzativi standard, che potranno essere variati in base alle indicazioni ed esigenze Regionali:

MANDATO ISTITUZIONALE DEI DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE (TASK)

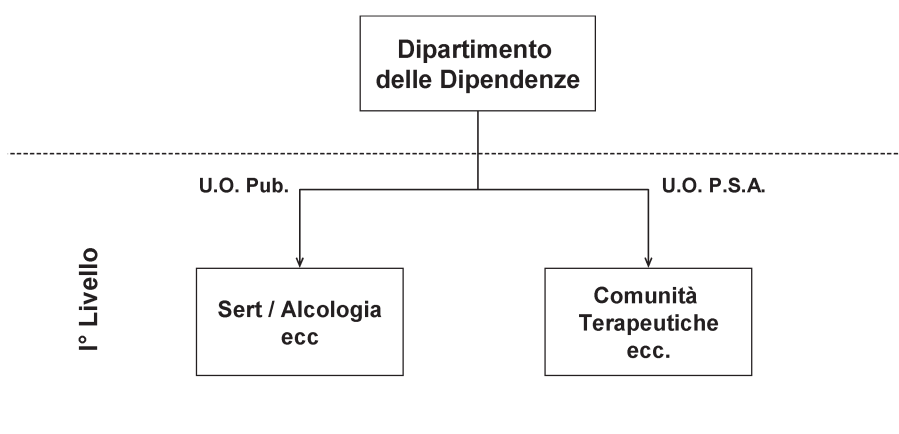
I Dipartimenti delle Dipendenze devono assolvere principalmente ai seguenti compiti:

- a) garantire l'assistenza a diverse tipologie di utenti/pazienti in base all'uso e/o alla dipendenza

- di sostanze stupefacenti legali e/o illegali, in relazione all'assunzione di comportamenti di addiction o al fine di contrastare comportamenti a rischio di addiction
- b) soddisfare gli adempimenti medico-legali derivanti dalle segnalazioni della Prefettura (art. 121, art. 75), gli invii della Magistratura (art. 90, art. 94) e della Commissione Medica per le patenti
 - c) pianificare ed attuare interventi di prevenzione primaria su singoli utenti o gruppi di soggetti.

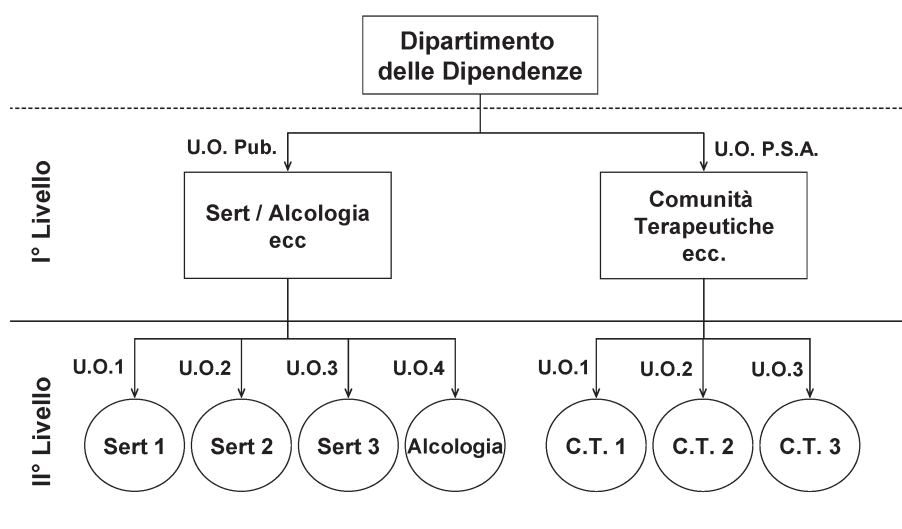
Macrotipologie di Unità Organizzative: la struttura tipo dell'organigramma dei Dipartimenti delle Dipendenze, può essere caratterizzata al primo livello da due macrotipologie di Unità Organizzative: le Unità Organizzative Pubbliche rappresentate dall'insieme dei Sert, delle Unità di Alcolologia delle Unità carcerarie, ecc, e le Unità Organizzative del Privato Sociale Accreditato (solo quelle accreditate) raffigurate principalmente dalle Comunità Terapeutiche.

Macrotipologia di U.O.



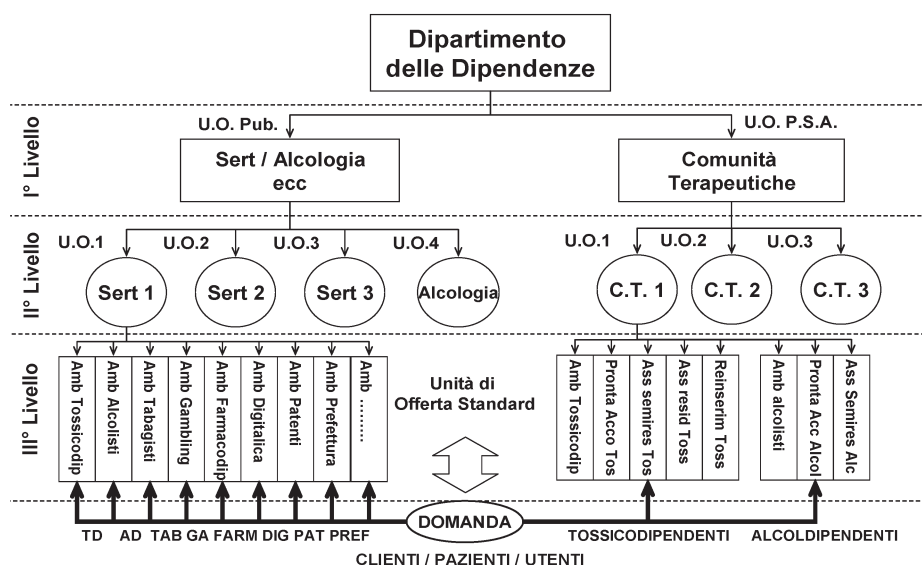
Unità Organizzative di secondo livello: ad un livello inferiore (il secondo) ciascuna macrotipologia è rappresentata da Unità Organizzative (U.O. II° livello), definite sulla base di criteri di responsabilità e/o geografici. Ciascuna U.O. II° livello risulta quindi univocamente individuata in relazione all'esistenza di un responsabile della U.O. II° livello, ovvero in corrispondenza a due o più U.O. II° livello dirette da uno stesso responsabile.

Unità Organizzative di II° livello



Unità di Offerta Standard: all'interno delle U.O. II° livello, in corrispondenza del terzo livello dell'organigramma dei Dipartimenti delle Dipendenze, vengono definite le Unità di Offerta Standard (U.O.S.), quale unità organizzativa (di vario assetto: ambulatorio, gruppo di lavoro, ecc.) che può erogare offerta, sottoforma di prestazioni specialistiche, per specifici gruppi di patologie. Le unità di offerta vengono definite "standard" in quanto previste essere presenti, in linea generale e non vincolante, per tutte le unità operative di II° livello (Sert) appartenenti al Dipartimento creando così una offerta "standard" che, teoricamente, dovrebbe essere presente in tutti i Dipartimenti della Regione. La varianti possibili dipendono dalle politiche e dagli assetti Regionali che possono risentire delle scelte strategiche anche delle singole Aziende socio sanitarie locali.

Unità di Offerta Standard



Nell'ambito delle U.O. di II° livello del servizio sanitario pubblico, le U.O.S. sono rappresentate in generale da singole unità ambulatoriali differenziate rispetto alla tipologia di utenza che afferisce all'U.O. di II° livello. Nel settore del privato sociale accreditato, le U.O.S. sono individuate dal regime di assistenza erogata (ambulatoriale, prima accoglienza, semiresidenziale, residenziale, reinserimento) secondo la tipologia di utenza assistita.

A titolo esemplificativo nel prospetto di seguito riportato, in corrispondenza delle principali tipologie di clienti/pazienti/utenti che esprimono un bisogno socio-sanitario, vengono indicate le rispettive unità di offerta standard che caratterizzano in generale i Dipartimenti delle Dipendenze.

Tabella: prospetto indicativo delle principali unità di offerta standard

	PRINCIPALI UNITA' DI OFFERTA STANDARD	PRINCIPALI GRUPPI DI DOMANDA
1	Tossicodipendenze (Assistenza ambulatoriale)	Tossicodipendenti
2	Alcologia (Assistenza ambulatoriale)	Alcoldipendenti
3	Gambling (Assistenza ambulatoriale)	Giocatori d'azzardo patologici
4	Tabagismo (Assistenza ambulatoriale)	Tabagisti
5	Patologie digitaliche (Assistenza ambulatoriale)	Pazienti con patologie da tecnologia digitale
6	Prefettura (segnalazioni - Assistenza ambulatoriale)	Utenti da Prefettura
7	Patenti (Assistenza ambulatoriale)	Utenti da Commissione Patenti
8	Carcere	Tossicodipendenti in carcere
9	Unità mobili / Drop in (Interventi di strada)	Tossicodipendenti in strada
10	Internistica / infettivologica (Assistenza ambulatoriale)	Pazienti HIV positivi
11	Familiari / Educatori (Assistenza ambulatoriale)	Familiari o educatori
12	Prevenzione	Soggetti a rischio: a scuola, in ambiente lavorativo, in ambiente esterno
13	Pronta accoglienza (Comunità)	Tossicodipendenti o Alcoldipendenti in PA, ecc
14	Semiresidenziale (Comunità)	Tossicodipendenti o Alcoldipendenti in CSR, ecc
15	Residenziale (Comunità)	Tossicodipendenti o Alcoldipendenti in CR, ecc
16	Reinserimento (Comunità)	Tossicodipendenti o Alcoldipendenti in R, ecc
17	Altro	Altri clienti/pazienti/utenti

Una possibile U.O. standard potrebbe essere definita anche per i disturbi comportamentali alimentari in base alle indicazioni Regionali/Provinciali

Sistema di classificazione dell'utenza all'ingresso: al fine di definire la domanda potenziale espressa dalla popolazione, l'utenza che afferisce alle unità organizzative di II° livello dei Dipartimenti delle Dipendenze si distingue in due macrocategorie: il singolo cliente e l'organizzazione o il gruppo di utenti.

La singola persona viene classificata sulla base di tre criteri che possono variamente essere presenti e combinarsi dando origine alle diverse unità di offerta standard: canale di invio/accesso, tipo di sostanza primaria/ comportamento additivo e tipo di cliente. Le organizzazioni o i gruppi di utenti vengono individuati secondo il tipo di problema correlato alla domanda e per tipologia di cliente che ha espresso un bisogno socio-sanitario.

A. RECORD SOGGETTO

Canale di invio / accesso (*)	Tipo di sostanza / comportamento di Addiction	Tipo di cliente
1 Volontario 2 Familiari 3 Sert/comunità regionali 3.1. Sert 3.2. Comunità 4 Medico di base 5 Pronto soccorso/altri reparti – medico privato 6 Servizi sociali 7 Giustizia 7.1. Magistrato (art. 90, art. 94) 7.2. Prefetto (art. 121) 7.3. Prefetto (art. 75) 7.4. Polizia/carabinieri 7.5. Carcere 7.6. Ospedale militare 8 Altro 9 Commissione patenti 10 Non rilevato/sconosciuto	1. Sostanze Stupefacenti illegali 2. Alcol 3. Farmaci 4. Tabacco 5. Gioco d'azzardo 6. Da tecnologia digitale 7. Doping 8. Multifattore (poliassuntore) 9. Altro 10. Non definito	1. User/addictive behaviours 2. Persone a rischio (non user dichiarato o documentato, ma con possibile rischio) 3. Altro (non 1 e non 2) Familiari, Insegnanti Educatori 9. Non definito

(*) secondo standard OEDT

B. RECORD ORGANIZZAZIONE O GRUPPO

Tipo di problema correlato alla domanda	Tipo di cliente (organizzazione/gruppo)
1. Da sostanze o comportamenti addittivi 1.1. Sostanze stupefacenti illegali 1.2. Alcol 1.3. Farmaci 1.4. Tabacco 1.5. Gioco d'azzardo 1.6. Digitalica 1.7. Doping 2. Organizzativo / progettuale 3. Legale	1. Scuola: 1.1 Gruppo di studenti 1.2 Gruppo di insegnanti 1.3 Gruppo di genitori 2. Organizzazioni del lavoro 3. Gruppo di auto aiuto 4. Associazioni 5. Parrocchie 6. Enti locali 7. Altro

MODELLO ASSISTENZIALE, PROCESSO GENERALE E MACROFASI

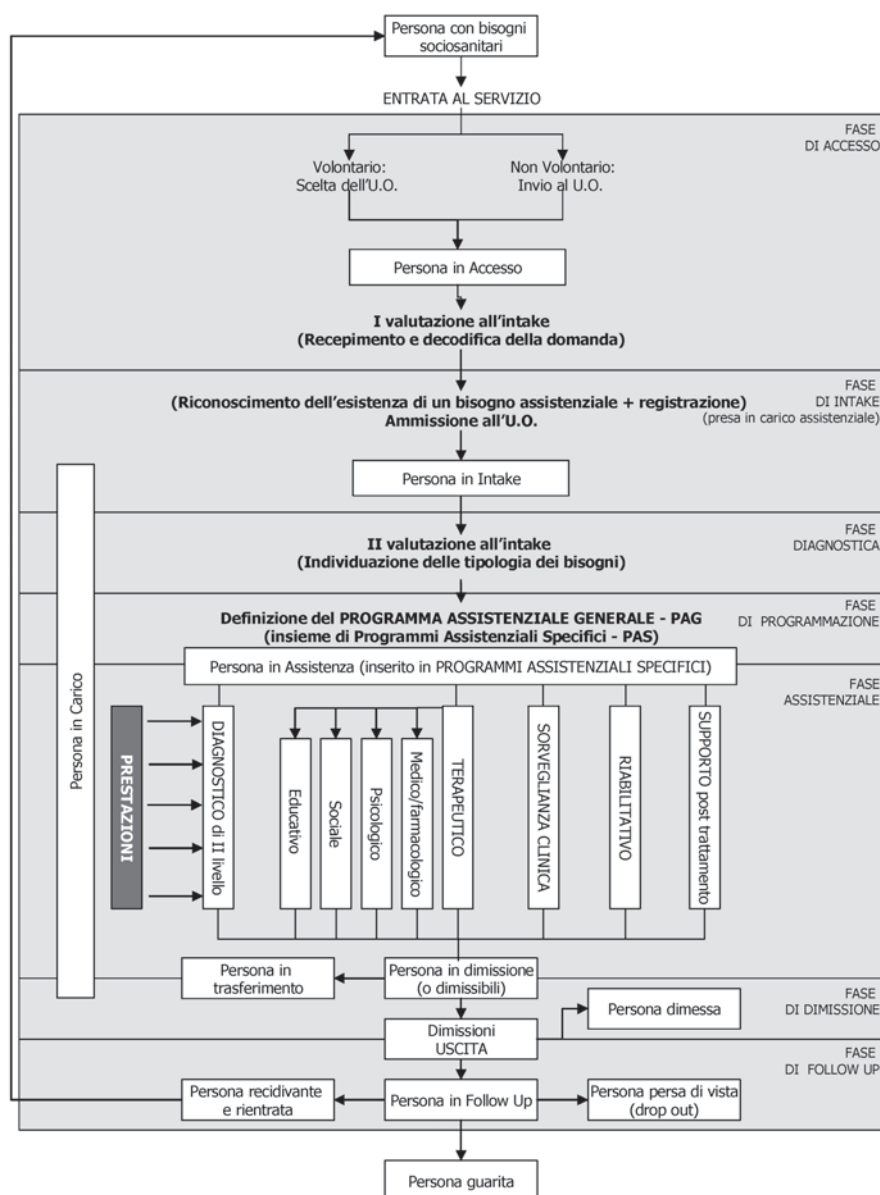
Per meglio comprendere la logica utilizzata nella stesura del glossario tecnico, vengono riportati in seguito alcuni schemi rappresentanti il modello assistenziale generale a cui si farà riferimento per la descrizione dei vari termini. Per migliorare la comprensibilità si è inoltre provveduto a definire il processo assistenziale generale dividendolo per macrofasi operative.

Per uniformare la terminologia da utilizzare relativamente ai soggetti in assistenza o in vario modo in contatto con i servizi, si è scelto di utilizzare i termini “persona o soggetto”, unificando così i vari sinonimi comunemente utilizzati (cliente, utente, paziente, caso, soggetto, ecc.) in un unico termine facilmente comprensibile e condivisibile. Al termine “persona” verranno via via

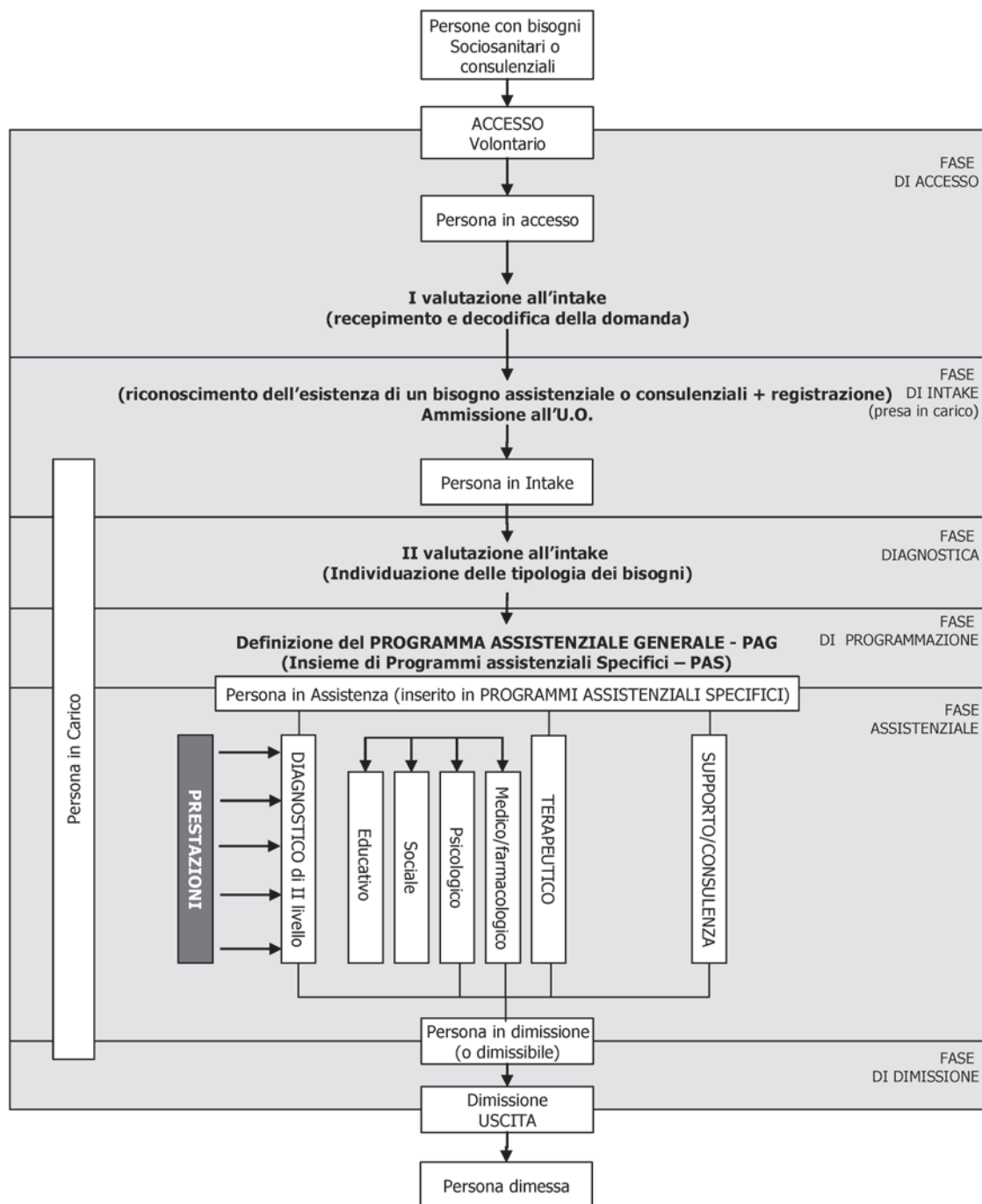
associate varie specifiche, anch'esse standardizzate come ad esempio: con bisogni sociosanitari, in fase di accesso, in fase di accoglienza o in intake, in fase diagnostica, in assistenza – per una diagnosi di II livello, per un trattamento o per una sorveglianza clinica, ecc. –, in dimissione, in follow up ecc.) per far comprendere e differenziare i vari macrogruppi di persone in transito per varie ragioni e con diverse modalità all'interno dei Dipartimenti e delle Unità Operative. Le definizioni di queste tipologie di persone sono riportate più avanti nella fase del processo assistenziale corrispondente.

I processi generali di attività sono stati definiti in base alle tre categorie di possibili “clienti” dei Dipartimenti delle Dipendenze e nello specifico: persone utilizzatori di sostanze o con comportamenti di addiction, famigliari/educatori e enti/organizzazioni che a vario titolo si rivolgono ai servizi.

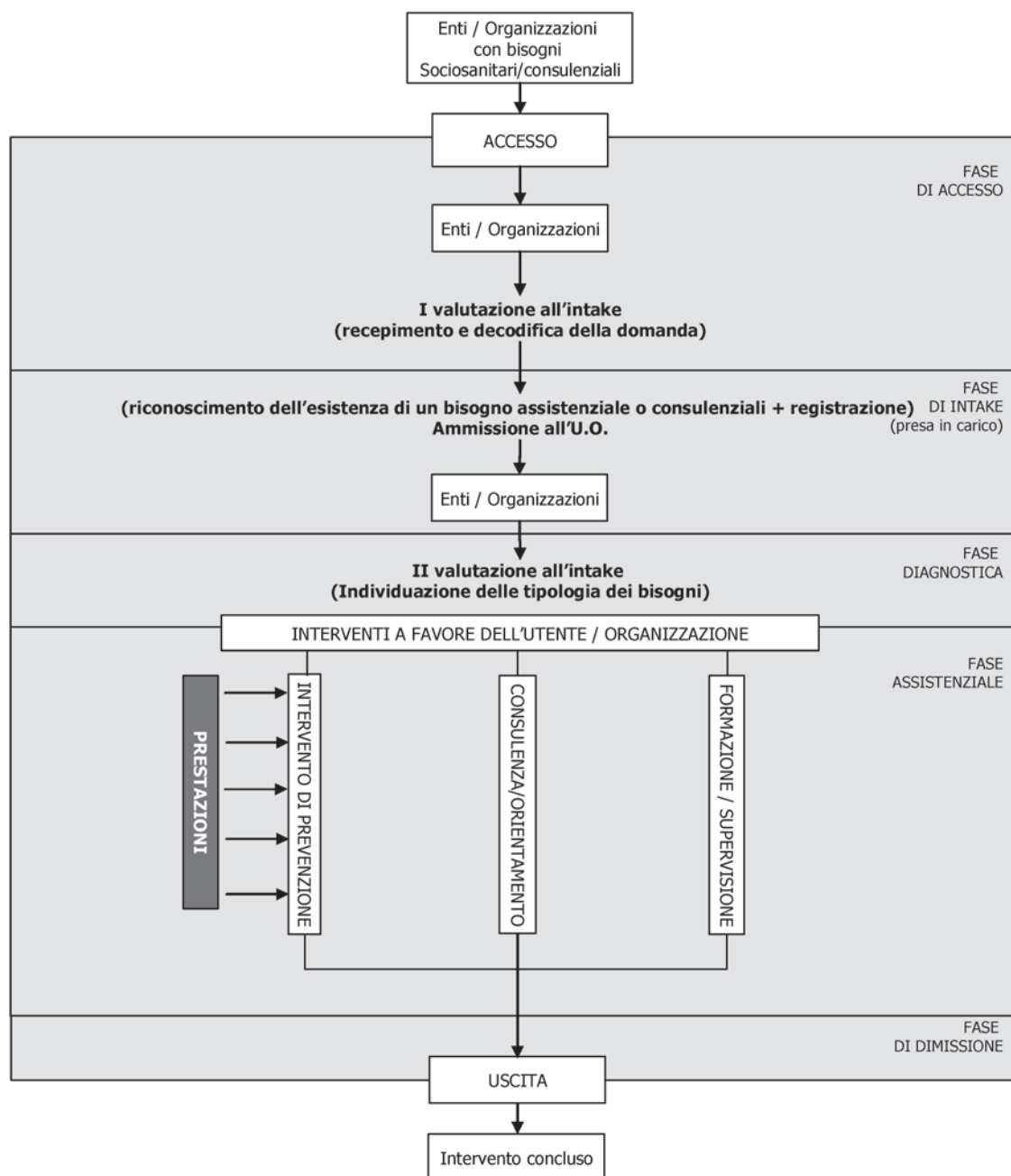
Persone utilizzatori di sostanze o con comportamenti di addiction



Familiari / Educatori



Enti / Organizzazioni



BISOGNI SOCIO-SANITARI

Persona con bisogni socio-sanitari: persona che presenta una serie di problematiche che generano necessità (consulenziali, diagnostiche, terapeutiche ecc.) socio-sanitarie (dirette/proprie o indirette/di terze persone a lei collegate – es: figli) correlate all'uso di sostanze stupefacenti psicotrope legali e/o illegali o a comportamenti addittivi, che non ha ancora scelto di accedere ad un servizio di diagnosi e cura (unità operativa) e presenta necessità assistenziali.

Ente/Organizzazione richiedente: struttura esterna (istituzionale o spontanea, es. scuola, sindacato, Comuni, associazioni di volontariato ecc.) richiedente una prestazione di vario tipo (consulenza, intervento formativo o informativo ecc.).

FASI DEL PROCESSO ASSISTENZIALE

Si articolano secondo sequenze di azioni organizzate in raggruppamenti logici omogenei che presentano un punto di inizio identificabile (start), un punto di fine (END) e un prodotto atteso (OUTPUT) predefinito

1. FASE DI ACCESSO

Fase in cui la persona accede ad un servizio (unità operativa) del Dipartimento per scelta volontaria o per un invio (non volontario). Inizia (start) con l'entrata al servizio e l'esplicitazione della domanda da parte della persona o dell'Ente / Organizzazione con bisogni sociosanitari e finisce (end) con l'espletamento della decodifica della domanda da parte degli operatori. Produce (output) una prima valutazione delle problematiche espresse dalla persona sulla base delle quali si può determinare la successiva "ammissione" o l'invio ad altro servizio.

Accesso volontario: entrata della persona con bisogni sociosanitari all'unità operativa su libera scelta o su indicazione dei familiari senza alcun condizionamento esterno diretto, dovuto ad attivazione di procedimenti amministrativi e/o legali. L'accesso volontario può essere anche "condizionato" da pressioni più o meno forti dei famigliari e/o terze persone non appartenenti ad istituzioni (vedi accesso non volontario)

Accesso non volontario: entrata della persona con bisogni sociosanitari all'unità operativa per condizionamenti/obblighi esterni attivati da strutture istituzionali (es. Prefettura, forze dell'ordine, magistratura, ospedale militare, commissione patenti ecc.) per l'effetto dell'applicazione di leggi e/o regolamenti

Persona in accesso: persona che ha scelto volontariamente di accedere all'U.O. e richiede una prestazione di varia natura (esprime una domanda), al fine di soddisfare un bisogno sociosanitario o consulenziale in ambito preventivo, curativo, riabilitativo o di supporto ed orientamento, non ancora formalmente "preso in carico" ed inserito in percorsi assistenziali.

La persona può accedere anche non volontariamente all'U.O. inviato da organizzazione / ente esterni, per vari motivi (persone invitate dalla prefettura, commissione patenti, ecc.).

2. FASE DI INTAKE O PRESA IN CARICO

Fase in cui avviene la vera “presa in carico” (intake) per varie finalità assistenziali. Inizia (start) con l’ammissione all’interno delle U.O, anche mediante la “registrazione anagrafica” conseguente al riconoscimento dell’esistenza del bisogno assistenziale (preventivo, terapeutico, riabilitativo ecc.). Finisce (end) con l’inizio della seconda valutazione all’intake. Produce l’anagrafica formale e l’invio alla successiva valutazione

MINISTERO DELLA SALUTE

Inizio presa in carico: non viene indicata alcuna definizione.

OEDT

Inizio presa in carico: l’inizio della presa in carico coincide con l’inizio del trattamento, corrispondente al secondo contatto diretto dell’utente con il terapeuta o il servizio

Ammissione (o presa in carico o intake): atto formale della struttura erogante il servizio, di accoglienza e registrazione in ingresso della persona richiedente una prestazione e che andrà inserita in un percorso di valutazione diagnostica o consulenziale/informativo, e se necessario e possibile, terapeutico e/o riabilitativo. La “presa in carico” della persona da parte del servizio può essere finalizzata quindi alla valutazione diagnostica e/o all’intervento di consulenza/informativo e successivamente, al trattamento e/o alla riabilitazione. Quindi il termine “presa in carico” è un termine generico che indica l’ammissione della persona all’interno del servizio per ricevere assistenza sotto forma di prestazioni di vario tipo (consulenziale/informativo, diagnostico, terapeutico di sorveglianza clinica ecc.) e non solo di tipo terapeutico.

MINISTERO DELLA SALUTE

Un utente è preso in carico, quando il Servizio opera un trattamento nei suoi confronti relativamente allo stato di tossicodipendenza.

Va ritenuto in carico anche l’utente in comunità purché qualcuno degli operatori del Servizio continui a seguirlo, sia mantenendo semplicemente il contatto con la famiglia, sia anche ricercando attivamente notizie dalla struttura che in quel momento ospita l’utente. Non devono essere rilevati i soggetti dipendenti che, pur avendo avuto un contatto con il Servizio, non possono essere considerati come presi in carico in quanto non sottoposti a trattamento.

OEDT

Un “caso” (presa in carico) è una persona che inizia un trattamento^(*) per il proprio uso di sostanze presso un centro di trattamento nel corso dell’anno.

Se una persona inizia un trattamento più volte durante lo stesso anno, nello stesso od in un altro centro di trattamento, deve essere considerato solo l’ultimo trattamento erogato nell’anno.

Se una persona risulta in trattamento dall’anno precedente non viene considerata.

Sono escluse le persone in contatto con il centro di trattamento per conto di una persona che fa uso di droga o per problemi di relazione personale con essa, ma che non fanno essi stessi uso di droga

Persona “in carico” assistenziale: soggetto che per vari motivi risulta essere stato precedentemente ammesso (con assunzione di responsabilità clinica e gestionale da parte dell’unità operativa) al-

l'unità operativa, fisicamente presente, ed attivamente assistito con interventi di vario tipo (informativo/consulenziale e/o diagnostico e/o terapeutico e/o riabilitativo e/o di sorveglianza clinica ecc.) e per il quale si registra almeno una prestazione specialistica diretta negli ultimi 30 o 60 giorni (vedi avanti).

La Persona risulta essere “in carico” dopo la registrazione anagrafica nella fase di intake.

Nota: il “carico assistenziale” non va confuso con il “carico terapeutico”: il primo può essere anche dovuto ad attività non esclusivamente terapeutiche (diagnostiche, di sorveglianza clinica o di supporto generale ecc.) il secondo, che rientra comunque nel primo, è finalizzato alla cura.

Il “carico” assistenziale può essere per diverse finalità assistenziali: informative/consulenziali, preventive, diagnostiche, terapeutiche, di sorveglianza clinica, riabilitative o di supporto ecc.. Sono individuate tre tipologie di persone in carico assistenziale per attività con finalità terapeutiche: per assistenza occasionale, trattamento intensivo o trattamento semi intensivo.

1. Persona in carico per assistenza occasionale: il soggetto viene definito “in carico occasionale” qualora l'unità operativa ha erogato occasionalmente almeno una prestazione specialistica diretta di vario tipo (es. trattamento di counselling, medicazione o somministrazione occasionale di farmaci, ecc.) negli ultimi 60 giorni, in assenza di un programma terapeutico formale e strutturato. Dopo i 60 giorni il soggetto viene definito e conteggiato come “dimissibile”.
2. Persona in carico per trattamento intensivo: il soggetto viene definito “in carico per trattamento intensivo” qualora l'unità operativa ha erogato almeno una prestazione specialistica diretta di vario tipo (es. farmacologiche, psicologiche, di supporto sociale, integrate ecc.) negli ultimi 30 giorni in presenza di un programma terapeutico formale e strutturato. Tra i 30 e i 60 giorni il paziente viene definito e conteggiato come “paziente in carico per trattamento semi intensivo”. Superato tale termine il soggetto viene definito e conteggiato “dimissibile”.
3. Persona in carico per trattamento semi intensivo: il soggetto viene definito “in carico per trattamento semi intensivo” qualora l'unità operativa ha erogato almeno una prestazione specialistica diretta di vario tipo (es. psicologiche, di supporto sociale, educative, integrate) negli ultimi 60 giorni, con frequenza periodica anche oltre i 30 giorni (ma non oltre i 60) in presenza comunque di un programma terapeutico formale e strutturato. Dopo i 60 giorni il soggetto viene definito e conteggiato come “dimissibile”.

Nota: la persona viene definita ancora “in carico” in una unità operativa anche se inserita in un'altra unità operativa esterna (es. comunità terapeutica o carcere), solo se siano erogate prestazioni specialistiche dirette (psicologiche, farmacologiche, mediche) in forma continuativa e non occasionale, periodica e nell'ambito di un programma assistenziale definito che connotino quindi un intervento strutturato, complementare ed aggiuntivo a quello svolto dall'unità operativa esterna in cui è inserito il soggetto in quel momento. In questo caso si avrà una doppia presa in carico del soggetto: una presso l'unità operativa ospitante il soggetto in quel momento e l'altra nell'unità operativa che fornisce prestazioni specialistiche secondo le caratteristiche sopra riportate.

Persona in carico per intervento informativo / di consulenza: soggetto al quale l'unità operativa ha erogato almeno una prestazione specialistica diretta di consulenza o informativa (non terapeutica) negli ultimi 60 giorni.

Persona “naive”: soggetto che accede al suo “primo trattamento” mai trattato precedentemente da alcun servizio specialistico.

Organizzazione/ente “in contatto” di collaborazione: organizzazione/ente che per vari motivi risulta essere in contatto con l’unità operativa per una collaborazione ed attivamente assistito con interventi di vario tipo (informativo, di consulenza, formativo, ecc.) e per il quale si registra almeno una prestazione specialistica diretta negli ultimi 60 giorni.

Definizione di “sostanza primaria”: la sostanza d’abuso (legale o illegale) che causa maggiori problemi del paziente e/o più frequentemente usata. Nei pazienti con forte uso contemporaneo di più sostanze si dovrà sceglierne una come primaria.

MINISTERO DELLA SALUTE

La sostanza d’abuso primaria è quella sostanza che ha determinato l’intervento del Servizio.

OEDT

La sostanza d’abuso primaria è definita come la sostanza che causa maggiori problemi all’utente (ndr in quanto più frequentemente usata). La problematicità in alcuni Paesi viene rilevata in relazione alle indicazioni fornite dall’utente, in altri secondo la diagnosi rilevata mediante la classificazione internazionale ICD10.

Tipi di sostanza primaria

MINISTERO	OEDT
<ul style="list-style-type: none"> - Allucinogeni - Amfetamine - Ecstasy e analoghi - Barbiturici - Benzodiazepine - Cannabinoidi - Cocaina - Crack - Eroina - Metadone - Buprenorfina - Altri oppiacei - Inalanti volatili - Altre sostanze stupefacenti <p>Viene escluso l’alcol come droga primaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Oppiacei <ul style="list-style-type: none"> - Eroina - Metadone - Buprenorfina - Altri oppiacei - Cocaina e crack <ul style="list-style-type: none"> - Cocaina - Crack - Stimolanti <ul style="list-style-type: none"> - Amfetamine - MDMA e derivati - Altri stimolanti - Ipnotici e sedativi <ul style="list-style-type: none"> - Barbiturici - Benzodiazepine - Altri ipnotici e sedativi - Allucinogeni <ul style="list-style-type: none"> - LSD - Altri allucinogeni - Inalanti volatili - Cannabinoidi - Altre sostanze stupefacenti - Non nota <p>Vengono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il tabacco come droga primaria; - l’alcol come droga primaria.

Definizione di "poliassunzione": Uso contemporaneo e costante di più di un tipo di droga consumata contemporaneamente o in sequenza

OEDT

L'ampia definizione di "poliassunzione" utilizzata da molti Stati membri corrisponde all'uso di più di una droga o tipo di droga da parte del medesimo individuo, consumata contemporaneamente oppure in sequenza (come da definizione contenuta nel lessico dell'OMS). Nella sua accezione più ampia, questo termine significa il consumo di una droga illecita più un'altra droga lecita o illecita.

3. FASE DIAGNOSTICA

Fase nella quale avviene la seconda valutazione all'intake con l'individuazione della tipologia dei bisogni. Inizia (start) con la raccolta sistemica delle informazioni che permetteranno un primo inquadramento diagnostico e/o l'individuazione dei principali problemi da affrontare. Finisce (end) con l'avvio della programmazione degli interventi e/o trattamenti da erogare. Produce la lista delle diagnosi "passate", attive e/o dei problemi.

Valutazione all'intake: consiste nella verifica delle condizioni della persona e della sua domanda di assistenza durante la fase di intake (presa in carico). Di norma si compone di due momenti: prima valutazione = riconoscimento dell'esistenza di bisogni, seconda valutazione = individuazione della tipologia dei bisogni.

Persona in fase diagnostica: soggetto in assistenza a cui vengono erogate una serie ed un insieme di varie prestazioni finalizzate alla comprensione, sistematizzazione, graduazione dei problemi e all'inquadramento diagnostico iniziale.

4. FASE DI PROGRAMMAZIONE

È la fase dove viene definito e strutturato il "Programma Assistenziale Generale - PAG" con l'identificazione degli obiettivi e dei tempi (indicativi) di assistenza.

Il Programma Assistenziale Generale di norma si compone di una serie di "Programmi Assistenziali Specifici" (multidisciplinari):

	Programmi Assistenziali Specifici (P.A.S.)	Definizioni
1	Medico internistico	Definito dal medico per finalità internistiche
2	Farmacologico per le dipendenze	Definito dal medico per la terapia farmacologia delle dipendenze
3	Farmacologico per le patologie correlate	Definito dal medico per la terapia farmacologia delle patologie correlate
4	Psichiatrico	Definito dallo Psichiatra per i problemi specifici psichiatrici
5	Psicologico	Definito dallo Psicologo per i problemi specifici psicologici
6	Assistenza sociale	Definito dall'Assistente sociale per i problemi specifici di assistenza sociale
7	Educativo	Definito dall'Educatore per i problemi specifici educativi/formativi
8	Infermieristico	Definito dall'Infermiere per i problemi specifici infermieristici

I Programmi Assistenziali Specifici possono avere diverse “finalità” principali:

	Finalità del P.A.S.	Definizioni
1	Intake (operazioni di presa in carico)	Programma delle attività/operazioni finalizzate all'individuazione iniziale dei bisogni sociosanitari, dei principali problemi da affrontare e all'inquadramento diagnostico iniziale
2	Valutazione diagnostica	Programma finalizzato all'inquadramento ed approfondimento diagnostico di secondo livello
3	Prevenzione primaria	Programma finalizzato alla riduzione del rischio/danno in persone con assenza di patologia
4	Prevenzione secondaria (delle patologie correlate alla TD)	Programma finalizzato alla prevenzione delle patologie correlate alla patologia primaria (tossicodipendenza)
5	Cura/trattamento della dipendenza	Programma finalizzato alla terapia delle dipendenze su persone con patologia in atto
6	Cura/trattamento delle patologie correlate	Programma finalizzato alla terapia delle patologie correlate alla tossicodipendenza (es: epatite, MST, TBC, HIV, ecc.)
7	Riabilitazione/reinserimento	Programma finalizzato al reinserimento sociale e/o lavorativo e/o scolastico post-trattamento
8	Monitoraggio/sorveglianza clinica	Programma finalizzato alla valutazione clinica mediante l'esecuzione periodica di controlli di vario tipo
9	Supporto post trattamento	Programma finalizzato al supporto medico, psicologico e sociale a conclusione del trattamento terapeutico
10	Assistenza socio-sanitaria generica	Programma finalizzato al supporto psicosociale e/o educativo e/o clinico generale e/o informativo
11	Altra	Altre finalità non rientranti nelle precedenti

La fase di programmazione inizia (start) con la discussione per la stesura del programma e finisce (end) con l'inserimento formale in percorsi assistenziali. Produce “il programma assistenziale” rappresentato da un documento formale concordato con il soggetto.

Stesura del Programma Assistenziale Generale (P.A.G.): serie di azioni che portano a definire un accordo formalizzato tra i vari professionisti del team, e tra questi ed la persona da assistere (mediante un contratto terapeutico), che fissa in un piano strutturato e condiviso (Programma Assistenziale Generale – P.A.G.): obiettivi, tempi, modalità operative per assistere il soggetto sulla base dei suoi bisogni. La definizione del P.A.G. esita quindi in un documento formale contenente la programmazione delle varie attività specifiche concordate con il paziente (Programmi Assistenziali Specifici – P.A.S.) dai vari operatori.

5. FASE ASSISTENZIALE

Fase in cui, sulla base di un programma assistenziale individuale e di processi standard predefiniti, si erogano una serie di prestazioni al fine di raggiungere gli obiettivi predefiniti nel programma sulla base dei bisogni del soggetto o dei mandati da soddisfare (es. segnalazioni alla prefettura). Inizia (start) con l'attivazione del processo specifico (inserimento nel percorso) e finisce (end) con la “dimissione” da tale percorso e l'inserimento in altri percorsi o la dimissione del soggetto (uscita dal servizio/U.O). Produce prodotti differenti in base al percorso assistenziale effettuato dal soggetto.

In questa fase si espleta una costante valutazione (assessment) degli esiti mediante indicatori specifici (vedi statement sulla valutazione dell'outcome) e la valutazione delle prestazioni erogate (output) sia in termini di quantità che di qualità secondo tipologie predefinite.

Programma Assistenziale Specifico (PAS): serie di “tappe” sequenziali o in parallelo attraverso le

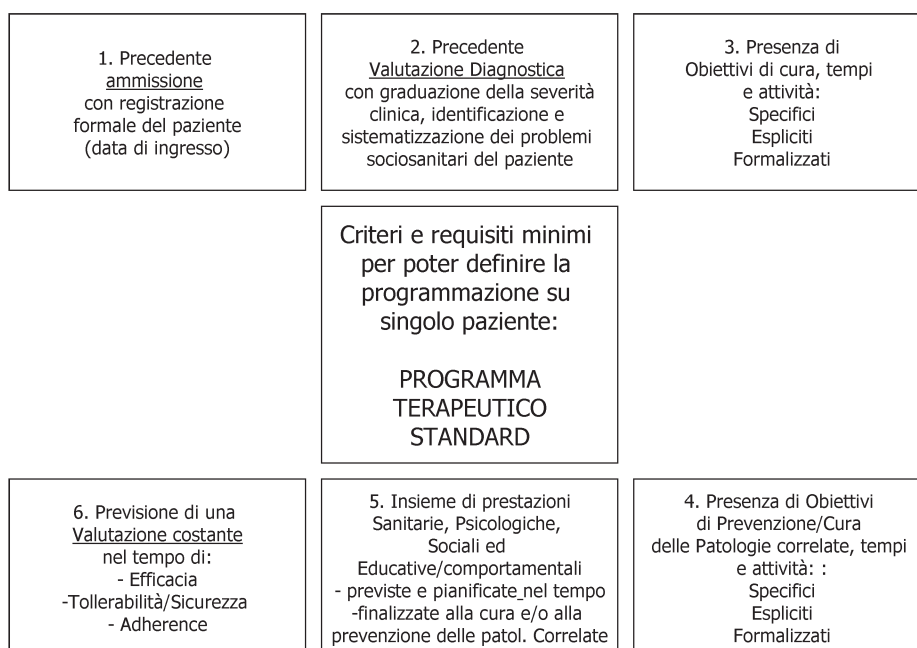
quali il soggetto passa durante l'assistenza nel corso della sua storia. L'assistenza si connota come attività e prestazioni che il paziente riceve nel tempo e che danno origine ad un "tragitto" virtuale, all'interno delle unità operative del dipartimento, finalizzato a realizzare un programma assistenziale predefinito e concordato con il soggetto.

I vari programmi della fase assistenziale possono intrecciarsi e ripetersi in relazione all'evoluzione clinica della persona in assistenza

PRINCIPALI PROGRAMMI ASSISTENZIALI SPECIFICI	PRINCIPALI PRODOTTI ATTESI
Diagnostico (I e II livello)	<ul style="list-style-type: none"> - Elenco sistematizzato dei problemi/bisogni - Ipotesi diagnostiche - Inquadramento in categorie diagnostiche standard - Elenco diagnosi passate ed attive
Terapeutico: medico/farmacologico psicologico sociale educativo	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione/abbandono uso sostanze stupefacenti - Aumento della QL - Diminuzione rischio di morte e patologie correlate - Reinserimento sociale e lavorativo -
Sorveglianza clinica	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio assunzione di sostanze - Trend di parametri clinici e laboratoristici
Riabilitativo	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento del grado di reinserimento sociale - Aumento del grado di reinserimento lavorativo/scolastico
Di supporto post trattamento	<ul style="list-style-type: none"> - Supporto per la prevenzione delle ricadute - Gestione delle recidive

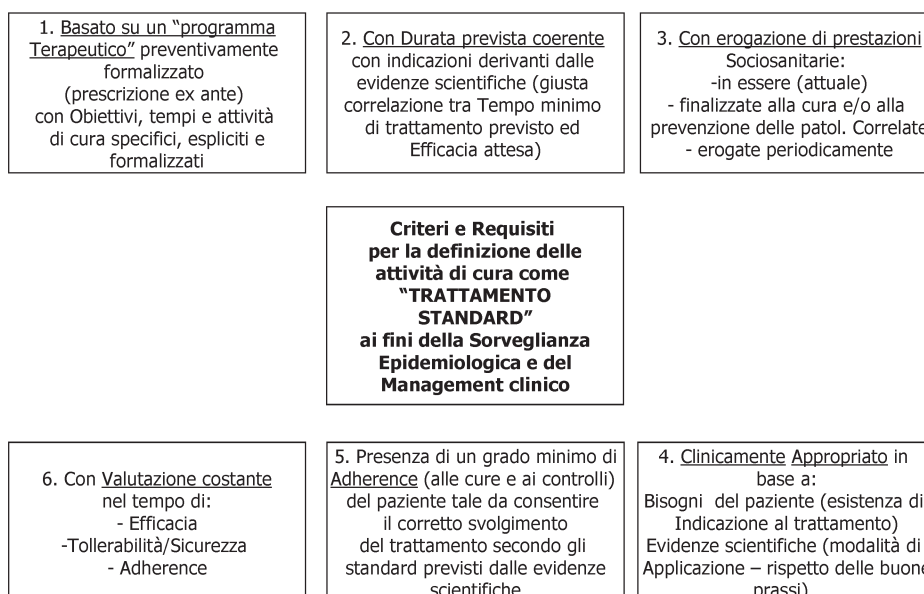
Programma terapeutico: l'insieme delle prestazioni mediche e/o psicologiche e/o sociali e/o educative riabilitative previste e pianificate nel tempo sulla base di specifici obiettivi di cura e di prevenzione delle patologie correlate, formalizzati e formulati dopo un rilevamento dei bisogni, una valutazione diagnostica ed un accordo con la persona. Il PT, per essere definito tale, deve contemplare la presenza di requisiti sotto riportati e contestualmente una verifica costante nel tempo degli esiti dei trattamenti e della soddisfazione del cliente.

Il programma terapeutico rappresenta la "prescrizione socio-sanitaria pianificata" e la base su cui verrà attivato e controllato il "trattamento" successivo della persona.



Trattamento: l'insieme delle azioni terapeutiche concrete, definite in un precedente programma terapeutico, dirette alla persona, intraprese tramite l'erogazione sistematica e pianificata di prestazioni socio-sanitarie, finalizzate alla cura di una patologia (primaria o secondaria) alla prevenzione di patologie correlate e alla riabilitazione. Tutto questo per ripristinare, mantenere, migliorare lo stato di salute (sanitario, psicologico e sociale) dell'individuo. Un trattamento per essere definito tale deve possedere i seguenti requisiti

Criteri per la definizione di trattamento ai fini della contabilizzazione dei trattamenti eseguiti e/o in atto e del management clinico



il trattamento può essere “in atto” se non risultano dimissioni ed esiste movimento prestazionale (secondo la definizione di “carico” precedente) di almeno una prestazione negli ultimi 30 o 60 gg. Il trattamento è “terminato” se risultano dimissioni formali o vi è l’esistenza di criteri che connotano la “dimissibilità” del paziente (assenza di prestazioni negli ultimi 60 gg.).

I trattamenti/interventi possono essere classificati anche in base alla densità prestazionale (n. di prestazioni nel tempo) e all’esistenza di un programma terapeutico formale e strutturato in:

- assistenza occasionale: qualora l’unità operativa abbia erogato occasionalmente almeno una prestazione specialistica diretta di vario tipo (es. counselling, medicazione o somministrazione occasionale di farmaci ecc.) negli ultimi 60 giorni, in assenza di un programma terapeutico formale e strutturato.
- trattamento intensivo: qualora l’unità operativa abbia erogato almeno una prestazione specialistica diretta di vario tipo (es. farmacologiche, psicologiche, di supporto sociale, integrate ecc.) negli ultimi 30 giorni in presenza di un programma terapeutico formale e strutturato.
- trattamento semi intensivo: il paziente viene definito “in carico per trattamento semi intensivo” qualora l’unità operativa abbia erogato almeno una prestazione specialistica diretta di vario tipo (es. psicologiche, di supporto sociale, educative, integrate) negli ultimi 60 giorni, con frequenza periodica anche oltre i 30 giorni (ma non oltre i 60) in presenza comunque di un programma terapeutico formale e strutturato.

MINISTERO DELLA SALUTE

Con trattamento si intende qualsiasi procedura terapeutica e riabilitativa, farmacologica o di altro tipo che il Servizio fornisce ad un tossicodipendente, anche esternamente (per es. a casa, in carcere, in comunità, in ospedale).

OEDT

Il trattamento è una qualsiasi attività direttamente mirata a individui che hanno problemi legati all’uso di droga, attività che puntano a migliorare lo stato psicologico, sanitario e sociale di coloro che richiedono aiuto per problemi di droga.

I trattamenti possono essere ulteriormente classificati anche in base al tipo prevalente di prestazioni erogate in:

- Trattamento medico o farmacologico: cura della dipendenza o dell’uso di sostanze mediante l’utilizzo di presidi farmacologici e/o prestazioni di tipo medico. La cura della dipendenza da sostanze può avvenire mediante l’assunzione di farmaci di varia natura (agonisti, antagonisti, antiastinenziali) e l’esecuzione di controlli clinici periodici per verificarne l’efficacia, la sicurezza e la tollerabilità. Può essere distinto, in base alla durata, in: “a breve termine se < 30 gg”, “a medio termine se compreso tra i 30 e i 90 gg”, “a lungo termine se > di 90 gg ma con previsione di preciso termine terapia”, “a mantenimento se > di 90 gg senza previsione di preciso termine”.
Per essere definito “trattamento” deve possedere i criteri previsti.
- Trattamento psicologico: cura della dipendenza o dell’uso di sostanze mediante prestazioni psicologiche e/o psicoterapeutiche
- Trattamento integrato: cura della dipendenza o dell’uso di sostanze mediante prestazioni di vario tipo: medico, psicologico, sociale, educativo. Possono esistere varie forme di integrazione

Primo trattamento: primo tentativo di cura dell'addiction da parte del paziente mediante l'accesso ad un servizio specialistico e l'inserimento in un programma terapeutico. Il paziente che accede al suo "primo trattamento" viene definito "naive" in quanto mai trattato precedentemente da alcuna unità operativa specialistica.

OEDT

Una persona che si rivolge per la prima volta nella vita ad servizio/struttura in relazione al suo stato di dipendenza inizia il "primo" trattamento nel servizio/struttura stesso, non avendo mai avuto in precedenza altri trattamenti nel servizio/struttura o in altri servizi/strutture.

Intervento informativo/di consulenza/occasionale: erogazione occasionale da parte dell'unità operativa di almeno una prestazione specialistica diretta di consulenza o informativa (non terapeutica) negli ultimi 60 giorni.

Prestazioni: Con il termine prestazione si deve intendere il prodotto ceduto a qualcuno a fronte di una domanda: possiamo distinguere le prestazioni in primarie e secondarie. Le prestazioni primarie sono cedibili anche autonomamente e producono un output completo e fruibile da un soggetto esterno alla microrealtà organizzativa che lo ha realizzato (esempio colloqui, test, visita medica, ecc...). Le prestazioni secondarie producono output parziali non cedibili autonomamente, fanno parte del processo produttivo interno non separabile dal complesso (esempio relazioni sul singolo caso, prescrizione esami, contatti telefonici con terzi per la gestione del paziente, ecc...).

Si distingue dalle prestazioni l'attività di supporto che non produce output in senso tecnico, non fa direttamente parte dei processi produttivi che rappresentano l'oggetto di cessione dell'azienda, non è direttamente riferibile ai processi orientati alla produzione delle prestazioni finali (esempio l'attività di direzione, di coordinamento, la gestione del magazzino, ecc...)

Persona in trattamento: soggetto in carico assistenziale a cui vengono erogate (in forma intensiva o semi intensiva) una serie ed un insieme di varie prestazioni di tipo medico e/o psicologico e/o educativo e/o sociale, finalizzate alla cura della dipendenza da sostanze (trattamento per addiction) e/o delle patologie correlate (trattamento/prevenzione delle patologie correlate). (vedi anche precedenti definizioni)

Persona in sorveglianza clinica (monitoraggio): soggetto in carico assistenziale a cui vengono erogate una serie ed un insieme di varie prestazioni finalizzate al monitoraggio dei cataboliti per la verifica dell'assunzione di sostanze stupefacenti e/o del controllo seriale delle condizioni cliniche, in assenza di terapie mediche e/o psicologiche per l'addiction o le patologie correlate (es. pazienti HIV positivi asintomatici, invii da commissione patenti o da prefettura)

6. FASE DI DIMISSIONE

In questa fase si espletano le attività relative alla valutazione finale dei vari percorsi assistenziali con verifica della "dimissibilità" e cioè della presenza dei criteri di dimissione per cessazione delle condizioni che caratterizzano la fase assistenziale (almeno una prestazione negli ultimi 60 gg. con esistenza di un programma assistenziale). Questa valutazione, in base al riscontro, può

esitare in una riconferma della fase assistenziale (con stesura di un nuovo programma o aggiornamento di quello esistente) o nella dimissione formale e registrata del paziente. L'inizio (start) del processo è dato dall'inizio della verifica dell'esistenza dei criteri di dimissibilità. La fine (end) dalla registrazione formale della cessazione dell'assistenza. I prodotti attesi sono: la classificazione dei pazienti in "dimissibili", "ancora in assistenza" e "dimessi".

MINISTERO DELLA SALUTE

Fine presa in carico: per le rilevazioni semestrali un utente non risulta più in carico se non ha ricevuto alcuna prestazione negli ultimi 30 giorni

OEDT

Fine presa in carico: non vengono fornite indicazioni specifiche in quanto non esiste attualmente uno standard comune tra i Paesi europei. Vengono indicati due possibili criteri per la definizione di fine trattamento:

1. trattamento inteso come un processo in corso per tutta la vita, nel quale un utente viene trattato da uno stesso servizio per molti anni; in tal caso viene rilevato solo il primo trattamento;
2. trattamento inteso come una successione di episodi che terminano dopo un periodo prefissato; in tal caso vengono rilevati i singoli episodi.

Dimissione: atto formale, della struttura erogante il servizio di registrazione in uscita della persona che cessa di frequentare l'U.O. e di ricevere prestazioni e dimessi dopo atto formale di registrazione dell'uscita. I pazienti vengono dichiarati dimissibili dopo 60 giorni di assenza di prestazioni. La dimissione può avvenire per fine trattamento, per abbandono/allontanamento, per trasferimento ad altra unità operativa, per decesso o altre motivazioni.

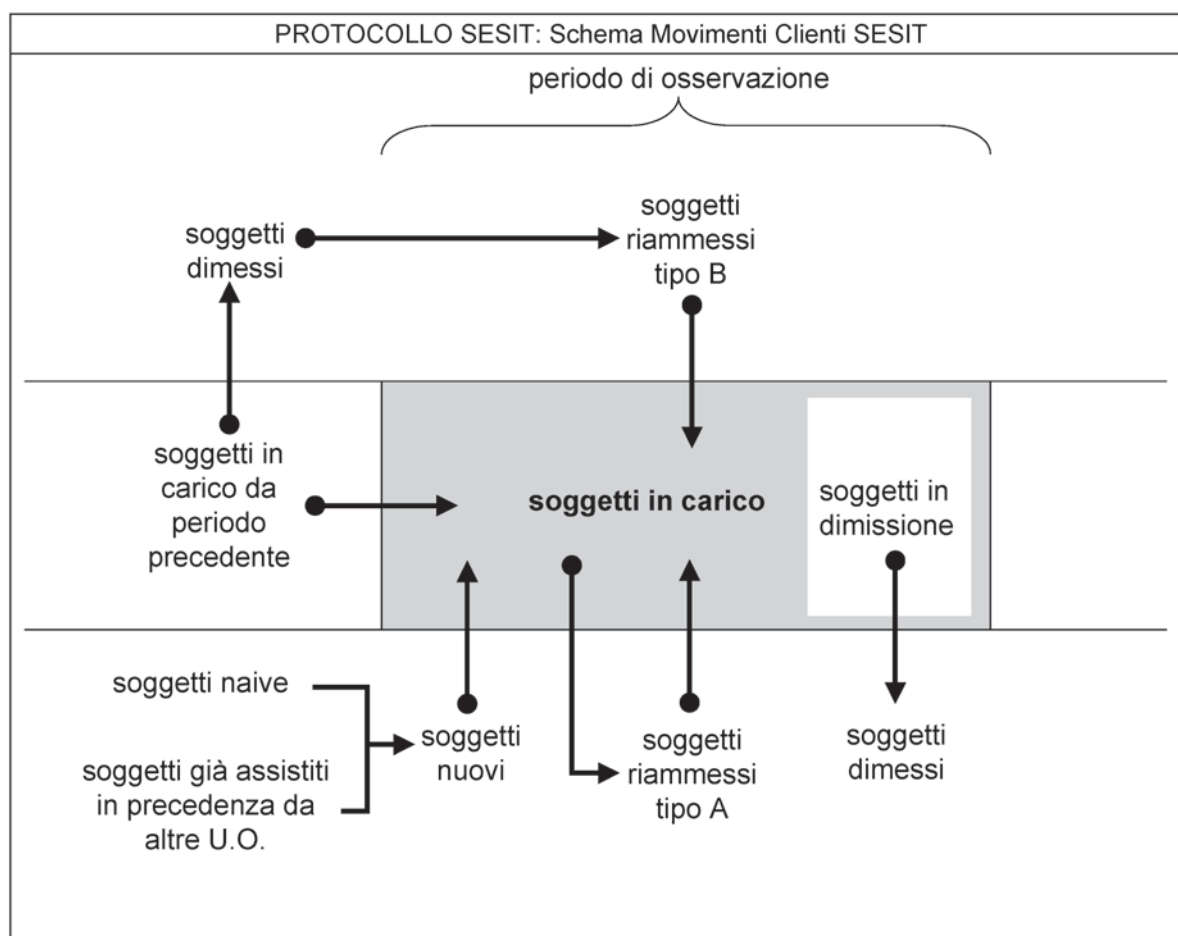
Persona dimissibile (o in dimissione): soggetto per il quale non risulta alcuna prestazione erogata negli ultimi 60 giorni, ma per il quale non è stata ancora formalizzata e registrata una vera e propria dimissione. Tra le persone "dimissibili" possono figurare anche le Persone "in contatto" (comunque da considerare nel computo totale delle "dimissibili") definite come soggetti che per vari motivi risultano essere non più inseriti in programmi assistenziali attivi, ma ancora frequentanti il servizio con accessi occasionali e registrazione di prestazioni oltre 60 giorni, non ancora formalmente dimessi dal servizio

Persona dimessa: soggetto per il quale sia stata formalizzata e registrata una dimissione e quindi non più in carico assistenziale all'unità operativa.

Trasferimento: atto di invio della persona in assistenza ad un'altra unità operativa con passaggio formale delle consegne relativamente all'assistenza fornita (programmi terapeutici-prescrizioni, e/o di sorveglianza clinica) con trasferimento anche delle responsabilità cliniche, gestionali e legali derivanti. Il soggetto, dopo trasferimento, risulterà in carico all'unità operativa ospitante e conseguentemente anche la titolarità del caso. L'unità operativa inviante, a seconda della regolamentazione esistente e locale, potrà esercitare una funzione di controllo. In caso che il soggetto venga comunque ancora assistito anche dall'unità operativa inviante, per specifici problemi ed assicurare la continuità assistenziale, il paziente risulterà in "doppio carico" (vedi definizione di paziente in carico).

Movimento clienti - Sesit

PROTOCOLLO SESIT	
1.	<p>Soggetti fisici assistiti / periodo (SFA/P) soggetti in carico (vedi definizione) nel periodo di osservazione. Sono qui conteggiati i soggetti assistiti (e non i trattamenti): se un soggetto durante il periodo di osservazione entra (ammissione) ed esce (dimissione) più volte, viene conteggiato una sola volta. I pazienti/utenti utilizzatori di sostanze possono essere ulteriormente distinti in:</p> <p>a. Sogg. in carico da periodo precedente (SCP) Soggetti che, al primo giorno del periodo in osservazione, risultano non ancora dimessi e che quindi stanno proseguendo un trattamento dal periodo precedente.</p> <p>b. Sogg. nuovi ammessi (SNA) Soggetti che risultano ammessi nel periodo in osservazione e mai conosciuti in precedenza e per i quali è stata quindi aperta una nuova scheda anagrafica nel periodo. Questi soggetti possono essere ulteriormente distinti in ulteriori due gruppi:</p> <p>b.1 Soggetti che non hanno mai ricevuto un trattamento precedente nella vita (soggetti naive) b.2 Soggetti che hanno ricevuto un trattamento precedente ma in un'altra unità operativa.</p> <p>c. Sogg. riammessi (SR) Soggetti che risultano ammessi nel periodo in osservazione ma già conosciuti in precedenza e per i quali esiste già una scheda anagrafica. Essi vengono ulteriormente distinti in:</p> <p>1. Sogg. riammessi di tipo A (SR-A) Soggetti già compresi tra i soggetti in carico dal periodo precedente e che nel corso del periodo in osservazione sono stati dimessi e successivamente riammessi (trattamento discontinuo)</p> <p>2. Sogg. riammessi di tipo B (SR-B) Soggetti già conosciuti e <u>non</u> in carico dal periodo precedente perché dimessi in precedenza che nel corso del periodo in osservazione sono stati riammessi (nuovo trattamento).</p> <p>d. Soggetti in mobilità (SM)</p> <p>1. Soggetti trasferiti ad altra unità operativa esterna (flusso in uscita)</p> <p>2. Soggetti acquisiti per trasferimento da altra unità operativa esterna, temporaneamente (SMAT) (in transito o "appoggiati") o permanentemente. (flusso in entrata)</p>
2.	<p>Sogg. dimissibili (SiD) Soggetti in uscita (per fine percorso informativo/di consulenza, diagnostico, di terapia o di monitoraggio, abbandono da parte del cliente, allontanamento da parte del servizio, trasferimento ad altre strutture, ecc.) o per i quali non si registra più movimento di prestazioni da almeno 30 gg.</p>
3.	<p>Sogg. dimessi (SD) Soggetti non più in contatto con il servizio per i quali si è chiuso formalmente il trattamento entro l'anno (o il periodo di osservazione). I soggetti dimessi si suddividono secondo il motivo della dimissione in</p> <p>a. soggetti che hanno concluso il trattamento, b. soggetti che hanno abbandonato/sono stati allontanati dall'unità operativa, c. soggetti trasferiti ad altra unità operativa d. soggetti deceduti e. altri soggetti dimessi</p>
ALTRE SPECIFICHE	
1.	<p>N. medio di riammissioni / sogg. Fisico (NMR) nel periodo di osservazione Il numero medio di riammissioni per ciascun soggetto fisico assistito è calcolato dividendo il numero totale di riammissioni di tipo A e B al servizio (che non coincide con il numero di soggetti riammessi in quanto uno stesso soggetto può essere dimesso e riammesso più volte nel corso del periodo in osservazione) per il numero di soggetti fisici assistiti nel periodo di osservazione (SFA/P).</p>
2.	<p>Tempo totale di assistenza / periodo (TTA) Consiste nella sommatoria dei giorni di assistenza erogati per singolo soggetto assistito nel periodo in osservazione.</p>
3.	<p>Tempo medio di assistenza / sogg. fisico (TMA) nel periodo di osservazione E' calcolato dividendo il tempo totale di assistenza (TTA) per il numero di soggetti fisici assistiti nel periodo di osservazione (SFA/P).</p>



Modalità dei conteggio dei pazienti/utenti/clienti

I soggetti in carico attivo possono essere “conteggiati” in due modi diversi a seconda delle finalità dell’elaborazione e del successivo utilizzo dei dati:

- **Valutazione dei Carichi di Lavoro** – vengono considerati i Soggetti Totali Assistiti comprendendo quindi anche i soggetti più volte riammessi e conteggiati per ogni riammissione. Il numero totale di soggetti assistiti quindi non corrisponde al numero di Soggetti Fisici Assistiti ma risulta superiore avendo questa osservazione finalità di rappresentazione dei Carichi di Lavoro che andrebbero analizzati in maniera più consona anche attraverso il conteggio del totale delle giornate di assistenza erogate.
- **Valutazione Epidemiologica** – vengono considerati i Soggetti Fisici Assistiti (ogni soggetto è conteggiato una sola volta nel periodo di osservazione), quindi i soggetti usciti e riammessi nel periodo in di osservazione non vengono conteggiati più volte ma sono conteggiati solo se di Tipo B (vedi definizione più avanti) e cioè dimessi fuori e precedentemente al periodo di osservazione (quindi già conosciuti dal sistema) ma nuovamente presi in carico nel corso del periodo di osservazione.

Nell’ambito della valutazione epidemiologica il paziente, all’interno di un “Dipartimento” (corrispondente ad un area ASL), deve essere conteggiato “in carico” ad una sola delle due U.O. secondo lo schema seguente:

Fasi di Attività		In carico a:
Ser.T.	Comunità Terapeutica	(in base a dove si trova fisicamente il cliente)
Accoglienza	Accoglienza	SerT
Trattamento intensivo	Accoglienza	SerT
Trattamento non intensivo	Accoglienza	SerT
Monitoraggio	Accoglienza	SerT
Trattamento intensivo	Trattamento	Comunità Terapeutica
Trattamento non intensivo	Trattamento	Comunità Terapeutica
Monitoraggio	Trattamento	Comunità Terapeutica
Trattamento intensivo	Monitoraggio	SerT
Trattamento non intensivo	Monitoraggio	SerT
Monitoraggio	Monitoraggio	SerT
Monitoraggio	Reinserimento	Comunità Terapeutica
Reinserimento	Monitoraggio	SerT
Reinserimento	Reinserimento	SerT

7. FASE DI FOLLOW UP

Fase nella quale si esegue la valutazione di lungo termine post dimissione. La valutazione può riguardare gli esiti dei trattamenti sotto vari punti di vista ed utilizzando specifici indicatori: assunzione di sostanze (ricadute), grado di reinserimento sociale e lavorativo, qualità di vita, riduzione del rischio per le patologie correlate. L'inizio (start) di questa fase è dato dalla registrazione formale delle dimissioni e della contemporanea stesura e condivisione con il paziente del programma di valutazione nel tempo. La fine (end) corrisponde alla chiusura formale del follow-up per termine temporale o impossibilità di ritrovare il paziente. Il prodotto atteso è la quantificazione dei risultati raggiunta in termini di outcome.

Persona in follow up: soggetto con precedente trattamento, non più in carico assistenziale in quanto formalmente dimesso, per il quale sia stato attivato e mantenuto costante nel tempo un monitoraggio dell'uso di sostanze e degli altri indicatori di outcome.