



DELIBERAZIONE N° 1482

SEDUTA DEL 12 LUG. 2005

Dipartimento Salute, Solidarietà Sociale,  
Servizi alla Persona ed alla Comunità.  
DIPARTIMENTO

**OGGETTO** Approvazione del Protocollo e Standard per la definizione del sistema informativo regionale sulle Tossicodipendenze.

Relatore ASSESSORE DIPTO SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE, SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA'

La Giunta, riunitasi il giorno 12 LUG. 2005 alle ore 11.15 nella sede dell'Ente,

		Presente	Assente
1.	Vito DE FILIPPO Presidente	X	
2.	Gaetano FIERRO Vice Presidente	X	
3.	Carlo CHIURAZZI Componente	X	
4.	Rocco COLANGELO Componente	X	
5.	Francesco MOLLICA Componente	X	
6.	Giovanni RONDINONE Componente	X	
7.	Donato Paolo SALVATORE Componente		X

Segretario: Dott. Ferdinando Giordano

ha deciso in merito all'argomento in oggetto, secondo quanto riportato nelle pagine successive.

L'atto si compone di N° \_\_\_\_\_ pagine compreso il frontespizio  
e di N° \_\_\_\_\_ allegati

**UFFICIO RAGIONERIA GENERALE**

Prenotazione di impegno N° \_\_\_\_\_ UPB Cap. \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_

Assunto impegno contabile N° \_\_\_\_\_ UPB Cap. \_\_\_\_\_

Esercizio \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE \_\_\_\_\_  
Ufficio di Ragioneria Generale  
Dott.ssa Rosa AMBROSIO

Atto soggetto a pubblicazione  integrale  per estratto

## L'Assessore alla Solidarietà Sociale riferisce:

Il Ministero della Salute in collaborazione con il Coordinamento delle Regioni, ha attivato un progetto nazionale per la realizzazione di sistemi informativi standardizzati in ogni singola Regione al fine di predisporre un sistema di monitoraggio nazionale sulle tossicodipendenze coerente con gli standard indicati dall'osservatorio europeo di Lisbona (OEDT-EMCDDA).

La Regione Veneto è stata incaricata di coordinare tale progetto.

Si è costituito un gruppo di lavoro permanente (Progetto SESIT) formato dalle varie Regioni che hanno aderito al progetto, tra cui la Regione Basilicata, che ha elaborato un protocollo che fissa alcuni criteri generali per la ridefinizione dei singoli sistemi regionali al fine di omogeneizzare le modalità di raccolta, elaborazione e trasmissione dei dati relativi agli aspetti epidemiologici della tossicodipendenza.

Il Ministero della Salute ha previsto singoli finanziamenti per le Regioni che hanno aderito al progetto SESIT, che definisce appunto il Protocollo e Standard per la definizione dei sistemi informativi regionali sulle tossicodipendenze.

Il finanziamento previsto attiene al solo potenziamento delle dotazioni informatiche (software) dei servizi delle dipendenze e l'implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei SERT e delle comunità terapeutiche basato sull'utilizzo di software che garantiscono la produzione di una reportistica secondo standard europei e contemporaneamente colmare il debito informativo con il Ministero della Salute e la Regione.

L'utilizzo dei finanziamenti, pertanto, è vincolato all'acquisizione, realizzazione o adeguamento di sistemi informatici regionali ai sistemi europei (OEDT) che siano coordinati con il progetto SESIT nazionale per permettere la costruzione e il mantenimento di una rete nazionale di rilevamento e trasmissione dei dati ad ogni singola Regione, Provincia Autonoma e al Ministero della Salute.

Ricade, invece, nelle competenze della Regione il costo dell'hardware.

Alla Regione Basilicata è stata assegnata la somma di E. 27.542,46 ed è stata già erogata la somma di E. 11.017,06 cioè il 40% dell'intera somma assegnata successivamente all'invio, da parte dell'Ufficio competente, di un progetto esecutivo comprensivo di un dettagliato piano finanziario, così come richiesto dal Ministero della Salute.

Per una corretta implementazione del sistema, è stata prevista, anche, la formazione del personale per acquisire modalità operative ed organizzative orientate al quality management e all'acquisizione delle tecniche minime funzionamento applicativi e collegamenti ad internet.

**CONSIDERATO** quanto sopra esposto, si propone, pertanto, di condividere le finalità del progetto SESIT teso ad adeguare il sistema informatico dei SERT e delle Comunità terapeutiche accreditate della Regione e all'implementazione di un sistema di monitoraggio sul versante degli utenti tossicodipendenti e dei servizi basato su standard europei;



## **La Giunta Regionale udita la relazione dell'Assessore**

**VISTA** la dipartimentale prot. N. 128828/72G dell'11.06.02 di adesione al Progetto Nazionale SESIT;

**VISTA** la determinazione dirigenziale del 16 Marzo 2001 del Ministero della Salute con la quale è stata assegnata alla Regione Basilicata la somma di E.27.542,46 quale quota spettante delle risorse relative al progetto di che trattasi;

**VISTO** l'allegato documento "Protocollo e Standard per la definizione dei sistemi informativi regionali sulle tossicodipenze" elaborato nell'ambito del gruppo tecnico SESIT, cui ha partecipato anche un rappresentante del Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale della Regione;

**CONSIDERATO** che i contenuti del sopra richiamato documento definiscono l'ambito, la tipologia ed i termini di applicazione del sistema informativo regionale, nazionale ed europeo delle tossicodipendenze da parte dei servizi pubblici e privati convenzionati;

**VISTO** il D. Leg.vo 30 Giugno 2003 n. 196 "Codice in Materia di Protezione dei dati personali;

**CONSIDERATO** che anche le strutture private accreditate devono attenersi alle disposizioni contenuto nel summenzionato D. Leg.vo per quanto riguarda i dati personali ed i dati sensibili;

**VISTO** il DPR 309/90;

**VISTA** la legge 45/99;

**VISTO** il P.S.R. 1997/99;

**VISTA** la L.R. 39/01 di riordino e razionalizzazione del servizio Sanitario Regionale;

**RITENUTO** di dover definire un sistema di monitoraggio sulle tossicodipendenze, basato sull'utilizzo di standard europei;

**A voti unanimi,**

### **DELIBERA**

**Per i motivi espressi in narrativa che qui si intendono confermati:**

- **di approvare** l'allegato documento "Protocollo e Standard per la definizione dei sistemi informativi regionali sulle tossicodipendenze" quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
- **di stabilire** che il sistema informativo, così come definito nel documento sopra richiamato ed il relativo flusso informativo nei confronti dell'amministrazione regionale, sarà attivato successivamente alla messa a regime del supporto informatico "software" presso i SerI e le Comunità terapeutiche convenzionate;
- **di dare atto** che la Regione Basilicata, con successivo provvedimento dirigenziale provvederà a dotare le strutture pubbliche di idonee attrezzature informatiche finalizzato al progetto in questione;

- di stabilire che le strutture pubbliche e private accreditate devono attenersi alle disposizioni contenute nel D. Lg.vo n. 196/2003 per quanto riguarda i dati personali e i dati sensibili.;
- di destinare per l'installazione del software, per il supporto tecnico e la formazione specifica per gli operatori dei servizi pubblici e privati accreditati e per quanto previsto nell'allegato 1 della citata nota ministeriale n. DC 97.11.1572 del 18 Luglio 2001, la somma di E. 27.542,46 che graverà sul Cap. 34000UPB 1071.01, a valere sui fondi rinvenienti dall'assegnazione disposta con DD del 16 Marzo 2001 citati in narrativa;
- di prevedere la costituzione di uno specifico gruppo di lavoro interdisciplinare per il coordinamento delle attività previste per l'avvio del Progetto;
- di destinare, altresì, la somma di E. 20.000,00 per l'acquisto delle attrezzature hardware che troverà idonea copertura finanziaria nello stanziamento di cui al Cap. 34000UPB 1071.01 del bilancio corrente;
- di fare ricorso, per l'acquisto delle attrezzature hardware, alle procedure che saranno attivate tramite l'Ufficio Provveditorato della Regione, nel rispetto delle norme che disciplinano la materia.

L'ISTRUTTORE

(Dr. Rocco LIBUTTI)

IL RESPONSABILE P.O.

(Dr. Rocco LIBUTTI)

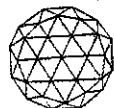
IL DIRIGENTE

(Dott.ssa Enrica MARCHESE)

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.



Progetto del Ministero della Salute, Ministero del Welfare, Regioni e Province Autonome






















# Progetto **SESIT**

Standard Europei per il Sistema Informativo Tossicodipendenze

POTENZIAMENTO DELLE DOTAZIONI INFORMATICHE DEI SERT E IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO DELL'UTENZA DEI SERVIZI BASATO SULL'UTILIZZO DI STANDARD EUROPEI

## PROTOCOLLO E STANDARD STATEMENT SULLA VALUTAZIONE DELL'OUTCOME GLOSSARIO TECNICO E DEFINIZIONI

	Abruzzo		F. V. Giulia		Molise		Sardegna
	Basilicata		Lazio		Piemonte		Sicilia
	Calabria		Liguria		P.A. Bolzano		Toscana
	Campania		Lombardia		P.A. Trento		Umbria
	E. Romagna		Marche		Puglia		Valle d'Aosta

Coordinamento:



VERSIONE DICEMBRE 2004

# SESIT



## INDICE GENERALE

### PROTOCOLLO E STANDARD

	9
1. Premesse	11
2. Obiettivi generali del progetto Sesit	11
3. Caratteristiche generali dei Sistemi Informativi	
• caratteristiche generali del sistema	
• architettura generale	
• record cliente	
• variabili del Record cliente e codifiche descrittive	
• rilevamento e controllo movimento clienti realmente in carico	
• altri dati da raccogliere	
• elaborazione dei dati e produzione dei report standard	
• collegamento a internet	
• formazione e supporto degli operatori	14
4. Condizioni generali e tempificazione	15
5. Tabella riassuntiva dei principali output attesi	16
6. Allegati	

### STATEMENT SULLA VALUTAZIONE DELL' OUTCOME

	119
1. Premesse	120
2. Definizioni	122
3. Finalità della valutazione ed ambiti di utilizzo	122
4. Obiettivi dei trattamenti	123
5. Indicatori quantitativi correlati	127
6. Modello Osservazionale	127
7. La valutazione comparativa	128
8. Valutazione dell'outcome e contesto	129
9. Conclusioni	

### GLOSSARIO TECNICO E DEFINIZIONI

	137
Premesse	138
Assetti organizzativi standard	142
Modello assistenziale, processo generale e macrofasi	146
Bisogni socio-sanitari	146
Fasi del processo assistenziale	146
1. Fase di accesso	147
2. Fase di intake o presa in carico	150
3. Fase diagnostica	150
4. Fase di Programmazione	151
5. Fase assistenziale	155
6. Fase di dimissione	159
7. Fase di Follow Up	



# **PROTOCOLLO E STANDARD**

## **per la definizione dei sistemi informatici regionali sulle tossicodipendenze**

---



REGIONI PARTECIPANTI AL PROGETTO



**Abruzzo**

REGIONE BASILICATA



**Basilicata**

ASSOCIATION DE LAUSSE  
DE LAUSSE CALABRE



**Calabria**

ASSOCIATION DE  
REGIONS CAMPANELLE



**Campania**

ASSOCIATION DE LAUSSE



**E. Romagna**

ASSOCIATION DE LAUSSE



**F. V. Giulia**

ASSOCIATION DE LAUSSE



**Lazio**

ASSOCIATION DE LAUSSE



**Liguria**

ASSOCIATION DE LAUSSE



**Lombardia**

ASSOCIATION DE LAUSSE



**Marche**

ASSOCIATION DE LAUSSE



**Molise**



REGIONE PIEMONTE



**Piemonte**

PROVINCE AUTONOME  
DE BOLZANO



**P.A. Bolzano**

PROVINCE AUTONOME  
DE TRENTO



**P.A. Trento**

REGIONE PUGLIA



**Puglia**

ASSOCIATION DE LAUSSE



**Sardegna**

REGIONE SICILIA



**Sicilia**

ASSOCIATION DE LAUSSE



**Toscana**

REGIONE UMBRIA



**Umbria**

ASSOCIATION DE LAUSSE



**Valle d'Aosta**

Coordinamento:



giunta regionale

## INDICE

1. Premesse	9
2. Obiettivi generali del progetto Sesit	11
3. Caratteristiche generali dei Sistemi Informativi	11
- caratteristiche generali del sistema	
- architettura generale	
- record cliente	
- variabili del Record cliente e codifiche descrittive	
- rilevamento e controllo movimento clienti realmente in carico	
- altri dati da raccogliere	
- elaborazione dei dati e produzione dei report standard	
- collegamento a internet	
- formazione e supporto degli operatori	
4. Condizioni generali e tempificazione per l'adattamento dei sistemi regionali	14
5. Tabella riassuntiva dei principali output attesi	15
6. Allegati	16

### *Responsabile del progetto*

*Giovanni Serpelloni*

Sede operativa: Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, via Germania 20, Verona.  
tel. 045-8622235, fax 045-8622239, e-mail personale: [gserpelloni@dronet.org](mailto:gserpelloni@dronet.org) .  
e-mail del progetto: [sesit@dronet.org](mailto:sesit@dronet.org)

### *revisione a cura di:*

Elisabetta Simeoni  
Raffaella Tuppin  
Bruno Genetti

## Premesse

L'osservatorio europeo di Lisbona (OEDT-EMCDDA) ha identificato quale obiettivo prioritario la disponibilità di informazioni comparabili, attendibili e anonime sulle caratteristiche delle persone sottoposte a trattamento per il consumo di droga negli stati membri. Le informazioni sulle dimensioni ed il profilo dei consumatori di droga problematici e i loro modelli di consumo (per via endovenosa, poli assunzione) possono essere utilizzate per identificare i modelli di accesso ai servizi, per verificare le esigenze di risorse nonché per pianificare e valutare le attività erogate dai servizi. Inoltre, tali informazioni forniscono un indicatore indiretto delle tendenze del consumo problematico di droga e costituiscono una base fondamentale per valutarne più a fondo la diffusione.

Negli anni 1995 e 1998, l'EMCDDA ha presentato vari progetti nell'ambito del programma Reitox, per migliorare la comparabilità dei sistemi informativi sui trattamenti erogati a tossicodipendenti e per esaminare l'attendibilità dei dati. Recentemente è stata definita, almeno nelle sue linee fondamentali, la metodologia standard per la raccolta delle informazioni sui trattamenti, inserita in un protocollo comune EMCDDA e Gruppo Pompidou, che descrive i criteri di raccolta dei dati standard relativi a ciascun cliente sottoposto a trattamento in ogni stato membro.

Il protocollo comune indica: casi da notificare (definizione dei casi), informazioni che devono essere raccolte per ciascun caso (elenco delle variabili), droghe da notificare, definizioni di primo trattamento e di trattamento successivo e quando devono essere notificati, classificazione dei centri di trattamento che riportano i casi, linee guida per evitare il doppio conteggio dei casi presso il centro di trattamento, a livello regionale e nazionale, linee guida per garantire la qualità e la coerenza dei dati, linee guida per riportare i risultati in forma standardizzata, linee guida sulle questioni etiche relative alla raccolta dei dati individuali dei consumatori di droga e alla tutela dei dati.

L'applicazione del nuovo protocollo implica alcuni adempimenti a livello nazionale:

- Esistenza di una documentazione clinica nelle unità di trattamento;
- Registrazione di tutti i clienti che iniziano il trattamento presso una unità, in forma cartacea o elettronica;
- Esistenza di un sistema di trasmissione delle informazioni a livello locale, regionale e/o nazionale;
- Esistenza di un sistema di controllo per evitare il doppio conteggio dei casi all'interno di ciascuna unità di trattamento (come minimo), e idealmente a livello nazionale;
- Adesione al protocollo di unità e servizi che erogano trattamenti ad utenti che ricorrono al consumo di droga. Idealmente tutte le unità di trattamento dovrebbero partecipare, perlomeno i centri specialistici.

Per poter conseguire questi obiettivi è necessario disporre di tutte le Unità di Trattamento (perlomeno, inizialmente, in quelle afferenti al servizio sanitario nazionale) di una dotazione elettronica (intesa come hardware e come software) compatibile con il sistema come descritto precedentemente.

Trascurando l'aspetto dell'hardware, che ricade nelle competenze delle aziende di appartenenza dei servizi e, conseguentemente, della programmazione regionale, per quanto riguarda il software è possibile ricorrere ad una serie di prodotti forniti in forma



gratuita sia dal Ministero della Salute che da varie Regioni/Province Autonome o Aziende Sanitarie.

Per la corretta implementazione del sistema informativo occorrerà prevedere risorse per la formazione e l'addestramento del personale al fine di acquisire soprattutto modalità operative ed organizzative fortemente orientate al quality management che permettano un agevole svolgimento delle attività assistenziali attraverso le quali venga prodotta "semi automaticamente" una raccolta dati per l'aggiornamento dei database che verranno in seguito utilizzati anche per il sistema di sorveglianza epidemiologica.

Tutto questo a garanzia di fattibilità ma anche di qualità del dato raccolto, non costringendo quindi gli operatori a lavorare nei servizi con processi e modalità condizionate da annose quanto difficili raccolte dati finalizzate esclusivamente a creare letture epidemiologiche (senz'altro utili ed indispensabili) senza tenere conto delle necessità gestionali ed assistenziali quotidiane.

E' possibile (e doveroso) soddisfare tutti e due gli obiettivi, impostando però il sistema di base che verrà utilizzato nei servizi, in modo tale da supportare ed agevolare prima di tutto le attività cliniche, estraendo successivamente tutte le informazioni necessarie per l'aggiornamento delle tabelle epidemiologiche secondo gli standard europei.

Resta quindi l'esigenza di una migliore qualità dei dati raccolti, collegata a sua volta ad una migliore formazione professionale degli operatori dei servizi, sia per quanto riguarda le "tecniche informatiche" di base (comprese quelle relative alle tecnologie di comunicazione a distanza) ma soprattutto per quanto riguarda la gestione in qualità dei servizi e dei processi assistenziali, l'epidemiologia delle tossicodipendenze e, più specificatamente, i flussi di dati.

#### NOTA IMPORTANTE

Ulteriori considerazioni si pongono con riferimento alla forte diversità dei sistemi attualmente in uso presso le singole Regioni/Province Autonome, ed alle conseguenti difficoltà di standardizzazione. Molte Regioni/Province Autonome infatti utilizzano sistemi informativi che hanno differenti finalità ed implementati su sistemi informatici con livelli di diffusione nel territorio più o meno capillari. Alcune Regioni/Province Autonome addirittura non dispongono di alcun sistema.

Va chiarito che con il presente protocollo non si intende destrutturare le diverse reti regionali né creare forti vincoli strutturali insormontabili. I sistemi regionali continueranno ad esistere in piena autonomia e autodeterminazione, ma dovranno essere riorientati per finalità di omologazione e di comunicazione al fine di riuscire ad assicurare (pur conservando e rispettando le singole specificità) un output standardizzato e comune per tutte le Regioni/Province Autonome che sia conforme agli standard europei OEDT.

Verranno quindi concordati e fissati degli standard lasciando all'autonomia e responsabilità di ogni Regione/Provincia Autonoma la scelta degli applicativi software da utilizzare e le attività per ottenere tali risultati.

## **Obiettivi generali del progetto SESIT**

La finalità generale del progetto è il potenziamento delle dotazioni informatiche (software) dei Sert e l'implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi basato sull'utilizzo di standard europei. L'utilizzo dei finanziamenti è quindi vincolato alla acquisizione, realizzazione o adeguamento di sistemi informatici regionali ai sistemi europei (OEDT) e che siano inoltre coordinati con il progetto SESIT per permettere la costruzione e il mantenimento di una rete nazionale di rilevamento e trasmissione dei dati ad ogni singola Regione/Provincia Autonoma e al Ministero della Salute. Per gli obiettivi specifici del progetto si rimanda all'allegato 1.

## **Caratteristiche generali dei sistemi informativi delle Regioni/Province Autonome (criteri per l'allineamento dei S.I.)**

E' prevista la condivisione da parte di tutte le Regioni/Province Autonome delle seguenti caratteristiche generali, definite nell'ambito del progetto SESIT, che diventano quindi vincolanti per il perseguimento, la realizzazione e l'adeguamento dei singoli sistemi informativi regionali sulle tossicodipendenze al fine di conformare gli stessi agli STD Europei.

I finanziamenti quindi dovranno essere utilizzati per perseguire le finalità riportate nel progetto al fine di realizzare sistemi informativi con le seguenti caratteristiche generali:

### *Caratteristiche generali del sistema*

- Ogni Regione/provincia Autonoma dovrà individuare un gruppo di lavoro specifico e permanente con un referente specifico per il coordinamento nazionale. Tale gruppo e il nominativo del referente (completo delle coordinate per il contatto operativo) dovranno essere formalmente trasmessi al coordinamento del progetto SESIT, al Ministero della Salute e a tutti i partecipanti al progetto.
- I sistemi dovranno prevedere specifiche procedure di anonimizzazione delle informazioni relative ai singoli soggetti con idonei sistemi di sicurezza a tutela della privacy; l'anonimizzazione dei dati anagrafici dovrà prevedere la criptazione del nome e cognome attraverso un codice così conformato: prima e terza lettera del cognome e nome, anno di nascita, codice del comune, iniziale del sesso (M o F) o meglio, con solo codice numerico.

### *Architettura generale*

- Il sistema informativo dovrà essere progettato e costruito in modo tale da prevedere tre livelli di rete informativa (con relativi flussi dati per singolo utente e in forma aggregata):
  - a. I livello: rete informativa locale (a livello di ASL/dipartimento delle dipendenze) tra i Ser.T. le Comunità terapeutiche, le Prefetture, il Carcere ed altre strutture interessate nella rete di assistenza ai tossicodipendenti;

- b. Il livello: rete informativa regionale, tra tutti i Sert della Regione/Provincia Autonoma, le Comunità terapeutiche e gli uffici Regionali;
  - c. III livello: rete informativa nazionale tra il Ministero della Salute, Regioni/Province Autonome ed i Sert.
- Tutto questo al fine di garantire collegabilità / interfacciabilità via internet con i sistemi generali regionali e nazionali sulle tossicodipendenze.

### *Record cliente*

- I sistemi informatici regionali per le tossicodipendenze dovranno essere impostati a record individuali e non più per soli dati aggregati al fine di poter disporre di banche dati elettroniche con record soggetti individuali (residenti presso i Sert o un server centrale regionale) relativi a tutta l'utenza in carico.
- L'utenza da monitorare riguarda quella in carico (per vari motivi e nei vari pattern d'uso di sostanze) presso i Sert, considerando anche i soggetti in trattamento presso le comunità terapeutiche (in regime semiresidenziale o residenziale) ed in carcere, pervenendo ad una visione di tipo dipartimentale (area territoriale minima di riferimento = ASL). Tutto questo con la possibilità di identificare il comune di residenza del cliente assistito.

### *Variabili del Record cliente e codifiche descrittive*

- Il record cliente dovrà contenere un tracciato record di minima con le variabili definite dal progetto SESIT per l'elaborazione delle tabelle STD (allegato 2) con possibilità di ricostruire la storia tossicologica per tutte le sostanze d'abuso ed i percorsi terapeutici effettuati presso le comunità terapeutiche, altre strutture interessate nella rete di assistenza ai tossicodipendenti, ed eventuali soggiorni in carcere.
- Per la descrizione delle variabili si dovranno utilizzare le codifiche STD allegate (allegato 3)

### *Rilevamento e controllo movimento clienti realmente in carico*

- All'interno dei singoli Sert, ma in futuro anche nelle Comunità terapeutiche e presso le altre strutture interessate nella rete di assistenza ai tossicodipendenti, si dovranno prevedere applicazioni software locali, che prevedano la possibilità di rilevare e ricostruire precisamente (ma soprattutto con tempestività e per singolo utente) il movimento (data di ammissione, tempo di carico, data di dimissione o uscita spontanea dal sistema assistenziale). Tutto questo con sistemi di controllo automatico, efficaci e tempestivi relativamente all'individuazione e segnalazione dei

pazienti che non risultano più assistiti dai servizi e quindi dimessi dagli stessi (assenza di almeno una prestazione negli ultimi 30 giorni).

*Altri dati da raccogliere (orientamento al quality management)*

- L'applicativo software locale dovrà permettere anche la registrazione (e la correlazione con il periodo di assistenza rilevato con il sistema "movimento pazienti") di:
  - a. principali prestazioni erogate (tipologia e numero) sul singolo utente (allegato 4)
  - b. trattamenti farmacologici (tipologia, dosaggi, monitoraggio dell'assunzione/adherence al trattamento)
  - c. trattamenti non farmacologici (tipologia, frequenza, monitoraggio dell'assunzione/adherence al trattamento)
  - d. fasi del trattamento (premissione, ammissione standard, trattamento, reinserimento, monitoraggio, dimissione).
  - e. esiti dei trattamenti (monitorati attraverso 4 macroindicatori: il rilevamento dell'uso di sostanze durante il trattamento, grado di reinserimento sociale e lavorativo o scolastico, qualità di vita e rischio di patologie correlate – HIV, Overdose, attività criminali e di prostituzione)
  - f. presenza di patologie correlate (in particolare infezione da HIV, epatiti, TBC, MST) mediante sistemi di diagnosi standardizzate (ICD-9-CM)
  - g. costi generali dell'unità operativa per trimestri

*Elaborazione dei dati e produzione dei report standard*

- Il sistema informativo locale dovrà possedere procedure standardizzate di elaborazione dati che permettano la produzione automatica di tabelle di dati aggregati - secondo gli standard OEDT dell'unione Europea – (allegato 5)
- Si dovrà rispettare la scadenza di trasmissione dei dati richiesti nei formati preconcordati con frequenza minima almeno trimestrale.

*Collegamento a internet*

- Dovranno esistere collegamenti ad internet per ogni dipartimento con sistemi informatici idonei a tale scopo presso tutti i Sert e Comunità della Regione/Provincia Autonoma per la trasmissione via internet (in formato elettronico elaborabile) di dati epidemiologici e di performance generale, al Ministero e alla Regione/Provincia Autonoma, prevedendo inoltre la pubblicazione dei dati anche nell'area "epidemiologia" del portale Dronet, rendendoli quindi disponibili anche a tutte le altre Regioni/Province Autonome
- Presenza di un portale regionale (o di un'area specifica sulle tossicodipendenze nel portale regionale) per le tossicodipendenze strutturato sul formato Dronet

- Si dovrà garantire il riversamento periodico dei dati al portale sulle tossicodipendenze Dronet assicurando inoltre un servizio di web-mail standardizzato per singola Regione/Provincia Autonoma e singolo Sert e Comunità (con pubblicazione degli indirizzi e-mail a disposizione dei vari operatori – mailing list visibile ed utilizzabile) per agevolare le comunicazioni tra le varie unità operative, le regioni e il Ministero della Salute

#### *Formazione e supporto degli operatori*

- Presenza di programmi di formazione specifica per gli operatori dei servizi, in ambito gestionale, clinico-manageriale ed informatico di base (utilizzo di pacchetti standard e internet), finalizzati a creare le condizioni all'interno dei servizi che assicurino la qualità della raccolta dei dati, della loro elaborazione, trasmissione e formattazione secondo gli STD richiesti e qui riportati. Tali programmi di formazione potranno prevedere anche i sistemi di valutazione delle attività assistenziali (aderenza a processi predefiniti come di qualità e prestazioni erogate) e dell'outcome oltre che il miglioramento e l'ottimizzazione dei processi assistenziali dei servizi da cui vengono tratti i dati per alimentare il data base regionale. Tutto questo a garanzia di una migliore ed uniforme raccolta dei dati di base durante le attività cliniche.

### **Condizioni generali e tempificazione per l'adattamento dei sistemi regionali**

- A. Tutte le Regioni e le Province Autonome per poter utilizzare i finanziamenti messi a disposizione del Ministero della Salute dovranno elaborare e mettere in atto progetti coerenti con le indicazioni qui riportate.
- B. I progetti dovranno essere presentati e discussi nel gruppo tecnico Sesit al fine di verificare la coerenza con i criteri e gli standard generali fissati ed in seguito presentati al Ministero della Salute per ottenere il finanziamento
- C.
  1. I tempi di realizzazione e/o adattamento dei nuovi sistemi informatici (dopo l'approvazione del progetto) sono previsti in 6 mesi.
  2. La partenza del sistema operativo per Gennaio 2003.
  3. la raccolta dei dati è prevista entro il 30 giugno 2003.
  4. I primi dati, su formato tabellare OEDT, dovranno essere forniti entro il 31/12/2003.
  5. Il progetto dovrà essere completato entro il 18 luglio 2004.

Si conviene infine che il finanziamento previsto non è dimensionato per poter informatizzare tutti i Ser.T. e le Comunità terapeutiche esistenti sul territorio. Il finanziamento esclude infatti l'acquisto di hardware e non consente così di poter attivare contemporaneamente tutte le unità operative. L'obiettivo quindi di informatizzare tutte le unità operative è quindi da considerarsi generale ma non vincolante ai fini di ottenere i finanziamenti. Nulla toglie che le Regioni o Province

Autonome possano provvedere con propri finanziamenti, oltre a quelli previsti dal Ministero della Salute, per realizzare il completamento della rete.

- D. Il modello organizzativo regionale del flusso dati deve prevedere, come unità organizzativa di base generante dati, un territorio minimo corrispondente ad una azienda ASL (dipartimento)
- E. I sistemi regionali devono includere tutti i Ser.T. e le Comunità del territorio prevedendo l'attivazione e il completamento dell'intero sistema regionale. Il sistema potrà essere implementato per gradi partendo con unità pilota MA prevedendo, come obiettivo finale, il coinvolgimento di tutte le unità operative regionali.

### **Tabella riassuntiva dei principali output attesi**

<b>Unità operative generanti dati</b>	<b>Tipo di report</b>	<b>Periodismo minimo</b>
Sert e Comunità ter.	Report STD OEDT	annuale
Sert	Tabelle STD Ministero della Salute DM 20.9.97	semestrale annuale
Sert e Comunità ter.	Tabelle STD Movimento clienti	semestrale annuale
Sert e Comunità ter.	Tabella unica delle prestazioni	semestrale annuale

La produzione dei sopraccitati tipi di report è da considerarsi vincolante e non opzionale ai fini dell'adesione al Protocollo.

## Allegati

### ALLEGATO 1

#### Obiettivi specifici progetto SESIT

Il progetti SESIT si pone i seguenti obiettivi specifici:

1. diffondere in maniera coordinata e concordata con le Regioni/Province Autonome e il Ministero della Salute i criteri e gli standard per realizzare un sistema informativo nazionale conforme alla realtà Europea
2. definire, in collaborazione con il Ministero della Salute e le Regioni/Province Autonome, i protocolli di comunicazione dati, i flussi e il modello organizzativo generale del sistema
3. supportare le varie Regioni/Province Autonome nell'organizzazione e nell'implementazione di tali sistemi anche mediante attività di formazione
4. stimolare la partecipazione del più alto numero di Regioni/Province Autonome al progetto
5. censire e valorizzare le risorse esistenti e le varie realtà tecnologiche già sviluppate in autonomia dalle Regioni/Province Autonome
6. attivare specifici gruppi di lavoro in ogni Regione/Provincia Autonoma partecipante, identificando un referente operativo per la realizzazione del progetto
7. coordinare gli altri progetti relativi alla raccolta e trasmissione di dati, anche con specifiche iniziative di formazione
8. valutare nel tempo la partecipazione delle singole Regioni/Province Autonome la reale efficacia dei sistemi informativi relativamente all'adeguamento agli standard europei dell'OEDT.

*ALLEGATO 2*

Tracciato record (per singolo soggetto) definito dal progetto SESIT per l'elaborazione delle tabelle STD (sulla base dell' ANALISI DEL CNR).

*ALLEGATO 3*

Le codifiche STD per la descrizione dei vari campi, ad uso del settore informatico aziendale o regionale (ANALISI DEL CNR).

*ALLEGATO 4*

Tabella unica delle prestazioni:  
principali prestazioni erogate (tipologia e numero, definizione) sul singolo utente: tabelle di codifica delle principali prestazioni erogabili (primarie e tariffabili).

*ALLEGATO 5*

Tabelle standard di dati aggregati - secondo gli standard OEDT dell'unione Europea – (da produrre e fornire da parte di ogni singola Regione/Provincia Autonoma e/o Provincia Autonoma).

*ALLEGATO 6*

Tabella definizioni e classificazione clienti.

*ALLEGATO 7*

Statement, modello concettuale per la valutazione dell'Outcome nei trattamenti delle tossicodipendenze.





**ALLEGATO N. 2**

**TRACCIATO RECORD (PER SINGOLO SOGGETTO)  
PER L'ELABORAZIONE DELLE TABELLE STANDARD  
MINISTERO DELLA SALUTE, OEDT, S.E.T., SESIT**

Nota: si compila una stringa per ciascun programma terapeutico definito da una presa in carico e da una dimissione formale

N° Campo	Nome del campo	Descrizione del campo	Lun- ghez-za	Tipo	Valori	Note operative
1	Nome	Nome	2		Prime due lettere	Prime due lettere del nome senza considerare spazi, apostrofi o altri segni di interpunzione
2	Cognome	Cognome	2		Prime due lettere	Prime due lettere del cognome senza considerare spazi, apostrofi o altri segni di interpunzione
3	Sesso	Sesso	1		1=maschio; 2=femmina; 0=non noto/ non risulta	
4	gg_nascita	giorno di nascita	8		gg	Formato ggmmaaaa; 00000000=non noto/ non risulta
5	mm_nascita	mese di nascita	2		mm	
6	aa_nascita	anno di nascita	4		aaaa	
7	comune_nascita	Comune di nascita	6		codice ISTAT	Formato 000000 corrispondente al codice Istat in cui le prime 3 cifre individuano la provincia e le ultime 3 cifre il comune oppure le 6 cifre del paese estero; 000000=non noto/ non risulta. Per i codici Istat si vedano i file allegati: <i>CodComuniItalia.xls</i> e <i>CodNazioni.xls</i> .
8	Data_ins_soggetto	Data inserimento del soggetto	8		ggmmaaaa	
9	comune_residenza	Comune di residenza	6		codice ISTAT	Formato 000000 corrispondente al codice Istat in cui le prime 3 cifre individuano la provincia e le ultime 3 cifre il comune oppure le 6 cifre del paese estero; 000000=non noto/ non risulta. Per i codici Istat si vedano i file allegati: <i>CodComuniItalia.xls</i> e <i>CodNazioni.xls</i> .
10	Provincia_nascita	Provincia di nascita	3		codice ISTAT	
11	Provincia_residenza	Provincia di residenza	3		codice ISTAT	
12	nazionalita	Nazionalità	2		01=Nazionalità Italiana; 02= Nazionalità di uno stato membro UE; 03=Altra Nazionalità; 04=Non conosciuta	
13	Tipologia_cliente	Tipologia Cliente	2		01= utilizzatore di sostanze; 02= soggetto a rischio; 03= altro; 00=non noto/non risulta	

CODICE SOGGETTO

N° Campo	Nome del campo	Descrizione del campo	Lun-ghetta	Tipo	Valori	Note operative
14	sostanza_abuso_primaria	Sostanza di abuso primaria/comportamento di abuso	2		01=eroina; 02=metadone; 03=morfina; 04=altri oppiacei; 05=cocaina; 06=crack; 07=amfetamine; 08=ecstasy ed analoghi; 09=altri stimolanti; 10=barbiturici; 11=benzodiazepine; 12=altri ipnotici e sedativi; 13=LSD; 14=altri allucinogeni; 15=inalanti volatili; 16=cannabinoidi; 17=altre sostanze illegali; 18=alcol; 19=tabacco; 20= gioco d'azzardo; 21= tecnologie digitali; 22= doping; 23= multifattore (poliassuntore); 24= buprenorfina; 25= attualmente non usa; 26= nessuna sostanza; 27= altro; 00=non noto/ non risulta	
15	via_assunzione_sost_prim	Via di assunzione (sostanza primaria)	2		01= iniettata; 02=fumata/malata; 03=mangiata/bevuta; 04=sniffata; 05=altro; 06=non noto/ non risulta	
16	frequenza_uso_sost_prim	Frequenza d'uso (sostanza primaria)*	2		01=non utilizzata negli ultimi 30 giorni/occasionalmente; 02=una volta a settimana o meno; 03=da due a sei volte a settimana; 04=quotidianamente; 00=non risulta/non risponde	Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
17	eta_primo_uso_sost_prim	Età primo uso della sostanza di abuso primaria/del comportamento di abuso	2			
18	eroina	Altre sostanze	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
19	metadone	Altre sostanze	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
20	morfina	Altre sostanze	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
21	altri_oppiacei	Altre sostanze	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
22	cocaina	Altre sostanze	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
23	crack	Altre sostanze	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
24	amfetamine	Altre sostanze	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
25	ecstasy_analoghi	Altre sostanze	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
26	altri_stimolanti	Altre sostanze	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
27	barbiturici	Altre sostanze	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
28	benzodiazepine	Altre sostanze	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
29	altri_oppiacei_e_sedativi	Altre sostanze	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
30	lsd	Altre sostanze	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
31	altri_allucinogeni	Altre sostanze	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
32	inalanti_volatili	Altre sostanze	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
33	cannabinoidi	Altre sostanze	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
34	altre_sostanze_illegali	Altre sostanze illegali	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
35	alcol	alcol	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	

N° Campo	Nome del campo	Descrizione del campo	Lun-ghetta	Tipo	Valori	Note operative
36	tabacco	tabacco	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
37	gioco d'azzardo	gioco d'azzardo	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
38	tecnologie digitali	tecnologie digitali	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
39	doping	doping	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
40	multifattore (polissuntore)	multifattore (polissuntore)	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
41	buprenorfina	buprenorfina	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
42	altro	altro	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
43	eta_buprenorfina	eta_eroina	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
44	eta_metadone	eta_metadone	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
45	eta_morfina	eta_morfina	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
46	eta_altri_oppiacei	eta_altri_oppiacei	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
47	eta_cocaina	eta_cocaina	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
48	eta_crack	eta_crack	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
49	eta_amfetamine	eta_amfetamine	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
50	eta_ecstasy ed analoghi	eta_ecstasy ed analoghi	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
51	eta_altri_stimolanti	eta_altri_stimolanti	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
52	eta_barbiturici	eta_barbiturici	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
53	eta_benzodiazepine	eta_benzodiazepine	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
54	eta_altri_oppiacei e sedativi	eta_altri ipnotici e sedativi	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
55	eta_lsd	eta_LSD	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
56	eta_altri_allucinogeni	eta_altri allucinogeni	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
57	eta_inalanti_volatili	eta_inalanti volatili	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
58	eta_cannabinoidi	eta_cannabinoidi	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
59	eta_altre_sostanze_illegali	eta_altre sostanze illegali	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta

N° Campo	Nome del campo	Descrizione del campo	Lunghhezza	Tipo	Valori	Note operative
60	eta_alcol		2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
61	eta_tabacco		2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
62	eta_gioco d'azzardo		2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
63	eta_tecnologie digitali		2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
64	eta_doping		2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
65	eta_multifattore (pollassuntore)		2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
66	eta_altra		2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
67	eta_eroina		2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
68	1_sos_illecita	Prima sostanza psicotropa illecita utilizzata (sostanza d'iniziazione)	2		01=eroina; 02=metadone; 03=morfina; 04=altri oppiacei; 05=cocaina; 06=crack; 07=amfetamine; 08=ecstasy ed analoghi; 09=altri stimolanti; 10=barbiturici; 11=benzodiazepine; 12=altri ipnotici e sedativi; 13=LSD; 14=altri allucinogeni; 15=inalanti volatili; 16=cannabinoidi; 17=altre sostanze illegali; 21= buprenorfina; 00=non noto/ non risulta	Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
69	eta1_sos_illecita	Età di primo uso sostanze psicotrope illecite	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta
70	1_sos_lecita	Prima sostanza lecita utilizzata/comportamento d'abuso	2		18=alcol; 19=tabacco; 20=dipendenze non chimiche (gioco d'azzardo o altro);	
71	eta1_sos_lecita	Età di primo uso sostanze psicoattive lecite/comportamento d'abuso	2			
72	Comportamento_iniettivo	Comportamento iniettivo	2		01=iniettato almeno una volta nella vita (ma non negli ultimi 30 giorni); 02=si inietta attualmente (almeno una volta negli ultimi 30 giorni); 03=mai; 00=non noto/ non risulta	
73	Presenza_servizio	Presenza nel servizio	2		01=soggetto già noto a questo servizio; 02=soggetto sconosciuto a questo servizio; 00=informazione non nota	
74	appoggiato	Utente appoggiato	2		si=-1,no=0	
75	Eta_prima_presa_carico	Età di prima presa in carico da parte dei servizi pubblici o privati	2			Numero di anni compiuti; 00=non noto/ non risulta

N° Campo	Nome del campo	Descrizione del campo	Lun-ghetta	Tipo	Valori	Note operative
76	livello_scolarità	Livello di scolarità maturato	2		01=nessuno (mai andato a scuola/non ha completato le elementari); 02=elementari; 03=medie inferiori; 04=scuole professionali biennali/triennali; 05=medie superiori; 06=diploma universitario; 07=laurea; 00=non noto/ non risulta	
77	occupazione	Occupazione	2		01=occupato stabilmente; 02=occupato saltuariamente; 03=disoccupato; 04=studente; 05=casalingo/a; 06=economicamente non attivo (pensionato, invalido, etc...); 07=altro; 00=non noto/ non risulta	
78	condizione_abitativa_a_con_chi	Condizione abitativa (con chi)	2		01=da solo; 02=con i genitori; 03=da solo con figli; 04=con il partner; 05=con il partner e con i figli; 06=con gli amici; 07=altro; 00=non noto/ non risulta	
79	condizione_abitativa_dove	Condizione abitativa (dove)	2		01=residenza fissa; 02=senza fissa dimora IRREPERIBILE; 03=senza fissa dimora REPERIBILE; 04=in struttura pubblica (carcere, ospedale, etc...); 00=non noto/ non risulta	
80	Identificativo_servizio	Identificativo del servizio	8			Formato 00000000 in cui le prime 3 cifre individuano la regione, le seconde 3 individuano la Asl di riferimento del Ser.T. o del servizio del privato sociale e le ultime 2 rappresentano una numerazione progressiva prestabilita. Per i codici corrispondenti si veda il file allegato: <i>Codici_Strutture.xls</i> .
81	Struttura_inviante	Struttura inviante	2		01=Ser.T.; 02=Comunità 03=Privato Sociale; 04=Magistratura (art.90, art.94); 05=Prefettura (art.121); 06=Prefettura (art.75); 07=Polizia/carabinieri; 08=Carcere; 09=Ospedale militare; 10=Medico di base; 11=Strutture Ospedaliere/medico privato; 12=Servizi Sociali; 13=Servizio Sociale Adulti; 14=Servizio Sociale Minori; 15=Volontario; 16=Familiari/Amici; 17=Commissione patenti; 18=Altro; 00=non noto/ non risulta	
82	Comune_struttura_inviante	Comune struttura inviante	6		codice ISTAT	Formato 000000 corrispondente al codice Istat in cui le prime 3 cifre individuano la provincia e le ultime 3 cifre il comune. Per i codici Istat si veda il file allegato: <i>CodComunitaItalia.xls</i> . 000000= non noto/ non risulta

N° Campo	Nome del campo	Descrizione del campo	Lungh- hezza	Tipo	Valori	Note operative
83	Primo_trattamento	Primo trattamento effettuato	1			1=counseling compresa prima accoglienza;2=sostegno psicologico; 3=psicoterapia individuale;4= Psicoterapia di gruppo/familiare;5=interventi di servizio sociale generali;6=interventi di servizio: inserimento lavorativo;7=Solo monitoraggio senza irattamento; 8=metadone breve termine; 9=metadone medio termine;10=metadone lungo termine; 11=buprenorfina breve termine; 12=buprenorfina medio termine;13=buprenorfina lungo termine; 14=naltrexone;15=clonidina; 16=Trattamento con altri farmaci non sostitutivi per la dipendenza (ambulatoriale); 17=Trattamento con altri farmaci non sostitutivi per patologie correlate;18=Inserimento di aiuto mutuo aiuto;19=Inserimento in C.T. residenziale o semiresidenziale;20=Ricovero ospedaliero (ordinario o DH ) per sindrome di dipendenza da alcol;21=Ricovero ospedaliero ( ordinario o DH ) per patologie correlate;22=Ricovero ospedaliero (ordinario o DH ) per altri motivi;23=Ricovero in casa di cura convenzionata per sindrome di dipendenza da alcol;24=Ricovero in casa di cura convenzionata per pa
84	counseling	Counseling compresa accoglienza e valutazione	1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
85	data_inizio_01		8		ggmmaaaa	
86	data_fine_01		8		ggmmaaaa	
87	sostegno_ psicologico	Sostegno psicologico	1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
88	data_inizio_02		8		ggmmaaaa	
89	data_fine_02		8		ggmmaaaa	
90	psicoterapia	Psicoterapia individuale	1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
91	data_inizio_03		8		ggmmaaaa	
92	data_fine_03		8		ggmmaaaa	
93	interventi_servizio_ sociale_generali	Interventi di servizio sociale: generali	1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
94	data_inizio_04		8		ggmmaaaa	
95	data_fine_04		8		ggmmaaaa	
96	interventi_servizio_ sociale_ins_lav	Interventi di servizio sociale: inserimento lavorativo	1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
97	data_inizio_05		8		ggmmaaaa	
98	data_fine_05		8		ggmmaaaa	

N° Cam po	Nome del campo	Descrizione del campo	Lun- ghez-za	Tipo	Valori	Note operative
99	monitoraggio	Solo monitoraggio senza trattamento	1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
100	data_inizio_06		8		ggmmaaaa	
101	data_fine_06		8		ggmmaaaa	
102	psicoterapia_ gruppo	Psicoterapia di gruppo/familiare	1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
103	data_inizio_07		8		ggmmaaaa	
104	data_fine_07		8		ggmmaaaa	
105	Metadone_breve_ termine	Trattamento farmacologico: metadone a breve termine (< 30gg)	1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
106	data_inizio_08		8		ggmmaaaa	
107	data_fine_08		8		ggmmaaaa	
108	CC_die_mediano	valore mediano giornaliero di sostanza somministrata				
109	CC_die_medio	valore medio giornaliero di sostanza somministrata				
110	CC_die_dev.sand.	Dev. Stand. dalla media				
111	Metadone_medio_ termine	Trattamento farmacologico: metadone a medio termine (30-180gg)	1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
112	data_inizio_09		8		ggmmaaaa	
113	data_fine_09		8		ggmmaaaa	
114	CC_die_mediano	valore mediano giornaliero di sostanza somministrata				
115	CC_die_medio	valore medio giornaliero di sostanza somministrata				
116	CC_die_dev.sand.	Dev. Stand. dalla media				
117	Buprenorfina_breve_termine	Trattamento farmacologico: buprenorfina a breve termine (< 30gg)	1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
118	data_inizio_11		8		ggmmaaaa	
119	data_fine_11		8		ggmmaaaa	
120	CC_die_mediano	valore mediano giornaliero di sostanza somministrata				
121	CC_die_medio	valore medio giornaliero di sostanza somministrata				
122	CC_die_dev.sand.	Dev. Stand. dalla media				
123	Buprenorfina_lungo_termine	Trattamento farmacologico: buprenorfina a lungo termine (> 180gg)	1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
124	data_inizio_13		8		ggmmaaaa	
125	data_fine_13		8		ggmmaaaa	
126	CC_die_mediano	valore mediano giornaliero di sostanza somministrata				
127	CC_die_medio	valore medio giornaliero di sostanza somministrata				



N° Campo	Nome del campo	Descrizione del campo	Lun-ghes-za	Tipo	Valori	Note operative
128	CC die dev.sand.	Dev. Stand. dalla media	1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
129	Clonidina	Trattamento farmacologico: Clonidina	8		ggmmaaaa	
130	data_inzio_15		8		ggmmaaaa	
131	data_fine_15		1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
132	Altri_farmaci_non_sostitutivi_amb	Trattamento con altri farmaci non sostitutivi per la dipendenza (ambulatoriale)	8		ggmmaaaa	
133	data_inzio_16		8		ggmmaaaa	
134	data_fine_16		1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
135	Altri_farmaci_non_sostitutivi_patologie	Trattamento con altri farmaci non sostitutivi per patologie correlate	8		ggmmaaaa	
136	data_inzio_17		8		ggmmaaaa	
137	data_fine_17		1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
138	Inserimento_auto_aiuto	Inserimento in gruppi di auto-mutuo aiuto	8		ggmmaaaa	
139	data_inzio_18		8		ggmmaaaa	
140	data_fine_18		1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
141	ins_ct	Inserimento in C.T. residenziale o semiresidenziale	8		ggmmaaaa	
142	data_inzio_19		8		ggmmaaaa	
143	data_fine_19		1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
144	Ric_osp_alcol	Ricovero ospedaliero (ordinario o DH) per sind. di dipendenza da alcol	8		ggmmaaaa	
145	data_inzio_20		8		ggmmaaaa	
146	data_fine_20		1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
147	Ric_osp_pat_corr	Ricovero ospedaliero (ordinario o DH) per patologie alcolcorrelate	8		ggmmaaaa	
148	data_inzio_21		8		ggmmaaaa	
149	data_fine_21		1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
150	Ric_osp_altro	Ricovero ospedaliero (ordinario o DH) per altri motivi	8		ggmmaaaa	
151	data_inzio_22		8		ggmmaaaa	
152	data_fine_22		1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
153	Ric_cura_alcol	Ricovero in casa di cura convenzionata per sind. di dipendenza da alcol	8		ggmmaaaa	
154	data_inzio_23		8		ggmmaaaa	
155	data_fine_23		1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
156	Ric_cura_pat_corr	Ricovero in casa di cura convenzionata per patologie alcolcorrelate	8		ggmmaaaa	
157	data_inzio_24		8		ggmmaaaa	
158	data_fine_24				ggmmaaaa	

N° Cam po	Nome del campo	Descrizione del campo	Lun- ghez -za	Tipo	Valori	Note operative
159	Ric_cura_altro	Ricovero in casa di cura convenzionata per altri motivi	1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
160	data_inizio_25		8		ggmmaaaa	
161	data_fine_25		8		ggmmaaaa	
162	Alcover	Alcover	1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
163	data_inizio_26		8		ggmmaaaa	
164	data_fine_26		8		ggmmaaaa	
165	CC_die_mediano	valore mediano giornaliero di sostanza somministrata				
166	CC_die_medio	valore medio giornaliero di sostanza somministrata				
167	CC_die_dev.sand.	Dev. Stand. dalla media	1		1=si; 2=no; ( valore di default 2=no )	
168	Altro trattamento	Altro trattamento	8		campo testo	campo testo
169	specifica nome trattamento	nome trattamento				
170	data_inizio_28		8		ggmmaaaa	
171	data_fine_28		8		ggmmaaaa	
172	data_carico	Data presa in carico *****	8		ggmmaaa	Formato ggmmaa; 000000=non noto/ non risulta;
173	data_dimissione	Data dimissione *****	8		ggmmaaa	Formato ggmmaa; 000000=non noto/ non risulta; 111111=non ancora dimesso
174	data_inizio_prg_ter	Data inizio programma terapeutico	8		ggmmaaaa	
175	data_fine_prg_ter	Data fine programma terapeutico	8		ggmmaaaa	
176	interrotto	Programma interrotto	2		si=-;1;no=0	
177	motivo_inter	Motivo interruzione		memo		
178	esito_prg_ter	Esito programma terapeutico	1		1=concluso;2=interrotto;3=decesso;4=trasferito	
179	sert	SerT	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
180	Serv_ambu_Privateo Soc	Servizio ambulatoriale del Privato Sociale	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
181	comunita_terapeutica_residenziale	Comunità terapeutica residenziale	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
182	comunita_terapeutica_semiresidenziale	Comunità terapeutica semiresidenziale	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
183	comunita_terapeutica_ambulatore	Comunità terapeutica ambulatoriale	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
184	Serv_territoriale	Servizio territoriale	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	
185	casa_circondariale	Casa circondariale	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	

N° Campo	Nome del campo	Descrizione del campo	Lun-ghetta	Tipo	Valori	Note operative
186	Movimento clienti	Movimento clienti	1		01=in carico da periodo precedente (SCP); 02=nuovo ammesso (SNA); 03=riammesso tipo A (SR-A); 04=riammesso tipo B (SR-B); 05=in mobilità (trasferiti ed acquisiti temporaneamente - SM); 06=dimissibile (SiD); 07=dimesso (SD)	
187	Num_Intake	Prestazioni erogate per la finalità di Intake	1			Numero prestazioni erogate
188	Temp_Intake	Tempo complessivo per l'erogazione delle prestazioni per la finalità di Intake	1			Numero minuti erogati
189	Num_Diagnostica	Prestazioni erogate per la finalità diagnostica	1			Numero prestazioni erogate
190	Temp_Diagnostica	Tempo complessivo per l'erogazione delle prestazioni per la finalità diagnostica	1			Numero minuti erogati
191	Num_Prevenzione primaria	Prestazioni erogate per la finalità di prevenzione primaria	1			Numero prestazioni erogate
192	Temp_Prevenzione primaria	Tempo complessivo per l'erogazione delle prestazioni per la finalità di prevenzione primaria	1			Numero minuti erogati
193	Num_Prevenzione secondaria	Prestazioni erogate per la finalità di prevenzione secondaria	1			Numero prestazioni erogate
194	Temp_Prevenzione secondaria	Tempo complessivo per l'erogazione delle prestazioni per la finalità di prevenzione secondaria	1			Numero minuti erogati
195	Num_Cura dipendenza	Prestazioni erogate per la finalità di cura/trattamento della dipendenza	1			Numero prestazioni erogate
196	Temp_Cura dipendenza	Tempo complessivo per l'erogazione delle prestazioni per la finalità di cura/trattamento della dipendenza	1			Numero minuti erogati
197	Num_Cura patologie correlate	Prestazioni erogate per la finalità di cura/trattamento delle patologie correlate	1			Numero prestazioni erogate
198	Temp_Cura patologie correlate	Tempo complessivo per l'erogazione delle prestazioni per la finalità di cura/trattamento delle patologie correlate	1			Numero minuti erogati
199	Num_Riabilitazione	Prestazioni erogate per la finalità di riabilitazione/reinserimento	1			Numero prestazioni erogate
200	Temp_Riabilitazione	Tempo complessivo per l'erogazione delle prestazioni per la finalità di riabilitazione/reinserimento	1			Numero minuti erogati

N° Campo	Nome del campo	Descrizione del campo	Lun-ghetta	Tipo	Valori	Note operative
201	Num_Monitoraggio	Prestazioni erogate per la finalità di monitoraggio/sorveglianza clinica	1			Numero prestazioni erogate
202	Temp_Monitoraggio	Tempo complessivo per l'erogazione delle prestazioni per la finalità di monitoraggio/sorveglianza clinica	1			Numero minuti erogati
203	Num_Assistenza generica	Prestazioni erogate per la finalità di assistenza generica	1			Numero prestazioni erogate
204	Temp_Assistenza generica	Tempo complessivo per l'erogazione delle prestazioni per la finalità di assistenza generica	1			Numero minuti erogati
205	Num_Organizzazione	Prestazioni erogate per la finalità di Organizzazione/coordinamento	1			Numero prestazioni erogate
206	Temp_Organizzazione	Tempo complessivo per l'erogazione delle prestazioni per la finalità di Organizzazione/coordinamento	1			Numero minuti erogati
207	Num_Altro	Prestazioni erogate per altre finalità	1			Numero prestazioni erogate
208	Temp_Altro	Tempo complessivo per l'erogazione delle prestazioni per altre finalità	1			Numero minuti erogati
209	Num_Non specificata	Prestazioni erogate per finalità non specificata	1			Numero prestazioni erogate
210	Temp_non specificata	Tempo complessivo per l'erogazione delle prestazioni per finalità non specificata	1			Numero minuti erogati
211	Num_Actività telefonica	Prestazioni telefoniche erogate	1			Numero prestazioni erogate
212	Temp_Actività telefonica	Tempo complessivo per l'erogazione di prestazioni telefoniche	1			Numero minuti erogati
213	Num_Relazioni/pre scrizioni	Prestazioni relative a relazioni sul caso e prescrizioni	1			Numero prestazioni erogate
214	Temp_Relazioni/pr escrizioni	Tempo complessivo per l'erogazione di prestazioni relative a relazioni sul caso e prescrizioni	1			Numero minuti erogati
215	Num_Accompagna mento	Prestazioni erogate nell'ambito delle attività di accompagnamento	1			Numero prestazioni erogate
216	Temp_Accompagn amento	Tempo complessivo per l'erogazione delle prestazioni nell'ambito delle attività di accompagnamento	1			Numero minuti erogati
217	Num_Visite	Numero di visite effettuate	1			Numero prestazioni erogate
218	Temp_Visite	Tempo complessivo per l'effettuazione delle visite	1			Numero minuti erogati
219	Num_Colloqui	Numero di colloqui effettuati	1			Numero prestazioni erogate

N° Campo	Nome del campo	Descrizione del campo	Lun-ghetta	Tipo	Valori	Note operative
220	Temp_Colloqui	Tempo complessivo per l'effettuazione di colloqui	1			Numero minuti erogati
221	Num_Esami clinici	Numero di esami e procedure cliniche erogate	1			Numero prestazioni erogate
222	Temp_Esami clinici	Tempo complessivo per l'effettuazione di esami e procedure cliniche	1			Numero minuti erogati
223	Num_somministrazione farmaci	Numero di prestazioni erogate nell'ambito della somministrazione di farmaci	1			Numero prestazioni erogate
224	Temp_somministrazione farmaci	Tempo complessivo per la somministrazione di farmaci	1			Numero minuti erogati
225	Num_psicoterapia individuale	Numero di prestazioni di psicoterapia individuale erogate	1			Numero prestazioni erogate
226	Temp_psicoterapia individuale	Tempo complessivo per l'erogazione di prestazioni di psicoterapia individuale	1			Numero minuti erogati
227	Num_psicoterapia coppia	Numero di prestazioni di psicoterapia di coppia/famiglia erogate	1			Numero prestazioni erogate
228	Temp_psicoterapia coppia	Tempo complessivo per l'erogazione di prestazioni di psicoterapia di coppia/famiglia	1			Numero minuti erogati
229	Num_interventi psicosocioeducativi	Numero di interventi psico-socio-educativi effettuati	1			Numero prestazioni erogate
230	Temp_interventi psicosocioeducativi	Tempo complessivo per l'erogazione di interventi psico-socio-educativi	1			Numero minuti erogati
231	Num_test psicologici	Numero di test psicologici somministrati	1			Numero prestazioni erogate
232	Temp_test psicologici	Tempo complessivo per la somministrazione di test psicologici	1			Numero minuti erogati
233	Num_attività di supporto	Numero di prestazioni erogate nell'ambito delle attività di supporto generale	1			Numero prestazioni erogate
234	Temp_attività di supporto	Tempo complessivo per l'erogazione di prestazioni nell'ambito delle attività di supporto generale	1			Numero minuti erogati
235	Num_stesura P.T.	Numero di prestazioni erogate nell'ambito della stesura/revisione del programma terapeutico	1			Numero prestazioni erogate
236	Temp_stesura P.T.	Tempo complessivo per l'erogazione delle prestazioni nell'ambito della stesura/revisione del programma	1			Numero minuti erogati

N° Cam po	Nome del campo	Descrizione del campo	Lun- ghez- za	Tipo	Valori	Note operative
		terapeutico				
237	Num_prestazioni alberghiere	Numero di prestazioni alberghiere erogate	1			Numero prestazioni erogate
238	Temp_prestazioni alberghiere	Tempo complessivo per l'erogazione delle prestazioni alberghiere	1			Numero minuti erogati
239	Num_prestazioni straordinarie	Numero di prestazioni straordinarie erogate	1			Numero prestazioni erogate
240	Temp_prestazioni straordinarie	Tempo complessivo per l'erogazione di prestazioni straordinarie	1			Numero minuti erogati
241	Num_prest. Prevenzione primaria	Numero di prestazioni di prevenzione primaria erogate	1			Numero prestazioni erogate
242	Temp_prest. Prevenzione primaria	Tempo complessivo per l'erogazione delle prestazioni di prevenzione primaria	1			Numero minuti erogati
243	Num_prest. Prevenzione secondaria	Numero di prestazioni di prevenzione secondaria erogate	1			Numero prestazioni erogate
244	Temp_prest. Prevenzione secondaria	Tempo complessivo per l'erogazione delle prestazioni di prevenzione secondaria	1			Numero minuti erogati
245	gg_HBV	giorno ultimo esame per HBV	2		gg	Formato ggmmaa; 000000=non noto/ non risulta; 999999=mai eseguito
246	mm_HBV	mese ultimo esame per HBV	2		mm	
247	aa_HBV	anno ultimo esame per HBV	2		aa	alla data viene assegnato il valore 00/00/00
248	ccHBV	data ultimo esame HBV - non nota	2		si=-1,no=0	alla data viene assegnato il valore 99/99/99
249	ccMai1	data ultimo esame HBV - esame non eseguito	2		si=-1,no=0	
250	Hbs_Ag	Hbs-Ag	1		1=positivo; 2=negativo; 0=non noto/ non risulta	
251	Anti_Hbs	Anti Hbs	1		1=positivo; 2=negativo; 0=non noto/ non risulta	
252	Hbe_Ag	HBe-Ag	1		1=positivo; 2=negativo; 0=non noto/ non risulta	
253	Anti_Hbe	Anti Hbe	1		1=positivo; 2=negativo; 0=non noto/ non risulta	
254	Anti_Hbc	Anti Hbc	1		1=si; 2=no; 0=non noto/ non risulta	anno ; 0000=non noto/ non risulta;
255	Vaccinato_Hbv	Vaccinato per HBV	1		aaaa	
256	Anno_prima positivita HBV	Anno di prima positività al test HBV (uno qualsiasi dei marcatori positivo)	4			Formato ggmmaa; 000000=non noto/ non risulta; 999999=mai eseguito
257	gg_HCV	giorno ultimo esame per HCV	2		gg	
258	mm_HCV	mese ultimo esame per HCV	2		mm	
259	aa_HCV	anno ultimo esame per HCV	2		aa	
260	ccHCV	data ultimo esame HCV - non nota	2		si=-1, no=0	alla data viene assegnato il valore 00/00/00

N° Campo	Nome del campo	Descrizione del campo	Lun-gheria	Tipo	Valori	Note operative
261	ccMai2	data ultimo esame HCV - esame non eseguito	2		si=-1;no=0	alla data viene assegnato il valore 99/99/99
262	Anti_HCV	Anti HCV	1		1=positivo; 2=negativo; 0=non noto/ non risulta	
263	HCV_RNA_PCR	HCV RNA (PCR)	1		1=positivo; 2=negativo; 0=non noto/ non risulta	
264	Anno_prima_positivita_HCV	Anno di prima positività al test HCV	4		aaaa	anno; 0000=non noto/ non risulta
265	gg_HIV	giorno ultimo esame per HIV	2		gg	
266	mm_HIV	mese ultimo esame per HIV	2		mm	Formato ggmmaa; 000000=non noto/ non risulta; 999999=mai eseguito
267	aa_HIV	anno ultimo esame per HIV	2		aa	alla data viene assegnato il valore 00/00/00
268	ccHIV	data ultimo esame HIV - non nota	2		si=-1; no=0	alla data viene assegnato il valore 99/99/99
269	ccMai3	data ultimo esame HIV - esame non eseguito	2		si=-1;no=0	
270	Risultato_test_HIV	Risultato test HIV	1		1=positivo; 2=negativo; 0=non noto/ non risulta	
271	Anno_prima_positivita_HIV	Anno di prima positività al test HIV (uno qualsiasi dei marcatori positivo)	4		aaaa	anno; 0000=non noto/ non risulta
272	gg_TBC	giorno ultimo esame (mantoux, tine-test multitest) per TBC	2		aaaa	
273	mm_TBC	mese ultimo esame (mantoux, tine-test multitest) per TBC	2		gg	
274	aa_TBC	anno ultimo esame (mantoux, tine-test multitest) per TBC	2		mm	Formato ggmmaa; 000000=non noto/ non risulta; 999999=mai eseguito
275	ccTBC	data ultimo esame HIV (mantoux, tine-test multitest) per TBC	2		aa	alla data viene assegnato il valore 00/00/00
276	ccMai4bc	data ultimo esame HIV(mantoux, tine-test multitest) per TBC	2		si=-1; no=0	alla data viene assegnato il valore 99/99/99
277	Risultato_test_TBC	Risultato test TBC	1		si=-1;no=0	
278	metaboliti delle sostanze di abuso nelle urine n° esiti positivi	n° di esami positivi dal 1° gennaio dell'anno in corso	3			
279	metaboliti delle sostanze di abuso nelle urine n° esami effettuati	n° di esami effettuati dal 1° gennaio dell'anno in corso	3			
280	metaboliti delle sostanze di abuso nelle urine n° esami previsti per settimana	n° esami previsti per settimana	2			
281	comorbidità psichiatrica	coesistenza di diagnosi psichiatrica codificata oltre alla diagnosi di disturbo correlato a sostanze (Doppie Diagnosi)	4		1=positivo; 2=negativo; 0=non noto/ non risulta	anno; 0000=non noto/ non risulta

N° Campo	Nome del campo	Descrizione del campo	Lun-ghhezza	Tipo	Valori	Note operative
282	diagnosi psichiatrica ICD-10	indicare la patologia psichiatrica utilizzando criteri nosografici ICD-10				
283	diagnosi psichiatrica DSM IV R	indicare la patologia psichiatrica utilizzando criteri nosografici DSM IV R	5			

(\*) La Frequenza d'uso si riferisce agli ultimi 30 giorni precedenti l'inizio del trattamento.  
 (\*\*\*) per Trattamento è da intendersi tutti i trattamenti somministrati al paziente con riferimento all'ultima presa in carico. I trattamenti con farmaci sostitutivi si intendono a lungo termine anche se iniziati da meno di 180 giorni in mancanza di una specifica previsione di scadenza temporale nel programma terapeutico.  
 Si intendono a breve o medio termine se specificamente previsti nel programma e se non sono trascorsi più giorni  
 (\*\*\*\*) per servizio territoriale è da intendersi qualsiasi servizio accreditato realizzato a livello di comunità locale mediante operatori di strada, unità mobili, strutture intermedie di accoglienza (drop in) e programmi di supporto tra pari  
 (\*\*\*\*\* ) La data di presa in carico si riferisce alla data di inizio del programma terapeutico che corrisponde all'insieme dei trattamenti sopra specificati. Nel caso in cui i singoli trattamenti abbiano avuto inizio in date diverse, si dovrà riportare la data relativa al primo trattamento iniziato.  
 (\*\*\*\*\* ) La data di dimissione si riferisce alla data di fine del programma terapeutico. Generalmente il programma terapeutico, e quindi la presa in carico, risulta automaticamente chiusa dopo 30 giorni di assenza del paziente dal servizio di trattamento.



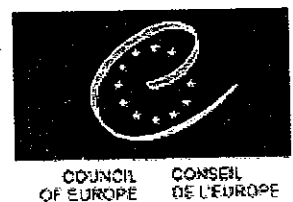


**ALLEGATO N. 3**

**CODIFICHE SECONDO GLI STANDARD OEDT**

## THE CORE ITEM LIST ON TREATMENT TDI

### **Elenco delle informazioni minime dei sistemi di monitoraggio della domanda di trattamento**



**Treatment contact details**

**Dettagli sul contatto**

**1 Treatment Centre Type**

**1 Tipo di Centro di trattamento**

1. Outpatient treatment centres
2. Inpatient treatment centres
3. Low threshold / drop-in / street agency
4. General practitioners
5. Treatment units in prison

1. Centro ambulatoriale  
*SerT, Ambulatorio*
2. Centro residenziale  
*Comunità terapeutica, Comunità di accoglienza, centro semiresidenziale, struttura ospedaliera*
3. Centro a bassa soglia / drop-in / agenzia-unità di strada
4. Ambulatorio (Medico) di medicina generale
5. Unità di trattamento in carcere

**2 Date of Treatment Month**

**2 Data inizio trattamento (mese)**

**3 Date of Treatment Year**

**3 Data inizio trattamento (anno)**

**4 Ever Previously Treated**

**4 Precedenti trattamenti**

1. Never
2. Previously treated
0. Not know

1. Assenti
2. Presenti  
*Specificare*
0. Non conosciuti

### 5 Source of Referral

1. Self referred
2. Family / friends
3. Other drug treatment centre
4. GP
5. Hospital / other medical source
6. Social services
7. Court / probation / police
8. Other
0. Not known

### 5 Canale di invio

1. Nessuno / accesso volontario  
*Volontario*
2. Famiglia / amici  
*Familiari*
3. Altri centri di trattamento anti-droga  
*SerT – Ente ausiliario*
4. Medico di medicina generale  
*Medico di base*
5. Ospedale / altri canali medici  
*Pronto soccorso – altri reparti ospedalieri  
– medico privato*
6. Servizi sociali
7. Giudice / misure alternative / polizia  
*Magistrato (art 90-art 94) – prefetto (art  
75-art 121) – polizia/carabinieri – carcere  
– ospedale militare*
8. Altri  
*Strutture di altre regioni – altro*
0. Non conosciuto  
*Non rilevato / sconosciuto*

**Socio-demographic information**

**Informazioni socio-demografiche**

**6 Gender**

- 1. Male
- 2. Female
- 0. Not known

**6 Sesso**

- 1. Maschile
- 2. Femminile
- 3. Non noto

**7 Age**

**7 Età**

**8 Year of Birth**

**8 Anno di nascita**

**9 Living Status (with whom)**

- 1. Alone
- 2. With parents
- 3. Alone with child
- 4. With partner (alone)
- 5. With partner and child(ren)
- 6. With friends
- 7. Other
- 0. Not known

**9 Condizione abitativa (convivenza)**

- 1. Da solo  
*Solo*
- 2. Con i genitori  
*Con i genitori*
- 3. Solo con i(l) figli(o)  
*Solo con i figli*
- 4. Solo con il partner  
*Solo con il partner*
- 5. Con il partner e i(l) figli(o)  
*Con partner e figli*
- 6. Con amici  
*Solo con amici*
- 7. Altre  
*Altro*
- 0. Non conosciuta  
*Non rilevato / sconosciuta*

**10 Living Status (where)**

1. Stable accomodation
2. Unstable accomodation
3. In institutions (prison, clinic)
0. Not known

**10 Condizione abitativa (alloggio)**

1. Dimora stabile  
*Abitazione privata – albergo/pensione*
2. Dimora instabile  
*Senza fissa dimora*
3. Istituzione (carcere, ospedale)  
*Comunità/alloggio – comunità terapeutica – istituto/pensionato – caserma – carcere – ospedale/istituto di ricovero*
0. Non noto  
*Altro - non rilevato/sconosciuto*

**11 Nationality**

1. National of this country
2. National of EU-member-states
3. National of other countries
0. Not known

**11 Nazionalità**

1. Nazionalità italiana
2. Nazionalità di uno stato membro UE
3. Altre nazionalità
0. Non conosciuta

**12 Labour status**

1. Regular employment
2. Pupil / student
3. Economically inactive (pensioners, housewives, -men / invalidity)
4. Unemployed
5. Other
0. Not known

**12 Professione**

1. Impiego regolare  
*Operaio-impiegato-commerciante-artigiano-agricoltore-imprenditore-libero professionista-militare di carriera*
2. Alunno / studente  
*Studente-a-carico della famiglia – militare di leva*
3. Economicamente inattivo  
*(pensionato, casalinga/o, invalido)  
pensionato-casalinga-disoccupato per invalidità –cassa integrato*
4. Disoccupato  
*Disoccupato – sottoccupato – vive di espedienti*
5. Altro  
*Altro*
0. Non conosciuta  
*Non rilevata / sconosciuta*

**13 Highest educational level completed**

1. Never went to school/never
2. completed primary school
3. Primary level of education
4. Secondary level of education
5. Higher education
6. Not known

**13 Titolo di studio**

1. Nessuno  
*Nessuno*
2. Livello primario  
*Licenza elementare*
3. Livello secondario  
*Licenza media inferiore-diploma scuola media superiore*
4. Livello superiore  
*Laurea-corsi di diploma universitario-scuole dirette a fini speciali*
0. Non conosciuto  
*Non rilevato/sconosciuto*

**Drug-related information**

**14 Primary Drug**

**1. Opiates (total)**

- 11 heroin
- 12 methadone
- 13 other opiates

**2. Cocaine (total)**

- 21 cocaine
- 22 crack

**3. Stimulants (total)**

- 31 amphetamines
- 32 MDMA and other derivatives
- 33 other stimulants

**4. Hypnotics and Sedatives (total)**

- 41 barbiturates
- 42 benzodiazepines
- 43 others

**5. Hallucinogens (total)**

- 51 LSD
- 52 others

**6. Volatile Inhalants**

**7. Cannabis (total)**

**8. Other Substances (total)**

**Informazioni sulle sostanze**

**14 Sostanza Primaria**

**1. Oppioidi (totali)**

- 11 eroina
- 12 metadone
- 13 altri oppioidi

**2. Cocaina (totale)**

- 21 cocaina
- 22 crack

**3. Stimolanti (totale)**

- 31 anfetamine
- 32 MDMA e altri derivati
- 33 altri stimolanti

**4. Ipnotici e sedativi (totali)**

- 41 barbiturici
- 42 benzodiazepine
- 43 altri

**5. Allucinogeni (totali)**

- 51 LSD
- 52 altri

**6. Inalanti Volatili**

**7. Cannabis (totale)**

**8. Altre sostanze (totali)**



**15 Already receiving substitutional treatment**

- a Heroin
- b Methadone
- c Other opiates
- d Other
  - 1. yes
  - 2. no
  - 0. not known

**15 Trattamento sostitutivo in corso**

- a Eroina
- b Metadone
- c Altri oppioidi
- d Altri
  - 1. sì
  - 2. no
  - 0. non noto

**16 Route of Administration (primary drug)**

- 1. inject
- 2. smoke / inhale
- 3. eat / drink
- 4. sniff
- 5. others
- 0. not known

**16 Modalità di assunzione (sostanza primaria)**

- 1. endovenosa  
*endovenosa*
- 2. fumata / inalata  
*fumata / inalata*
- 3. orale  
*orale*
- 4. nasale  
*sniffata*
- 5. altre  
*intramuscolare-altro*
- 0. non conosciuta  
*non nota*

**17 Frequency of Use (primary Drug)**

- 1. not used in past month/occasional
- 2. once per week or less
- 3. 2 – 6 days per week
- 4. daily
- 0. not known

**17 Frequenza d'assunzione (sostanza primaria)**

- 1. non assunta nell'ultimo mese/occasionale  
*occasionale/meno di una volta al mese*
- 2. una volta/settimana o meno  
*1-3 al mese – 1 a settimana*
- 3. 2 – 6 giorni a settimana  
*più a settimana*
- 4. quotidiana  
*giornalmente-più volte al giorno*
- 0. non conosciuta  
*non nota*

**18 Age at First Use of Primary Drug**

**18 Età di prima assunzione  
(sostanza primaria)**

**19 Other (=secondary) drugs currently used**

**19 Altre sostanze assunte attualmente  
(= secondarie)**

**1. Opiates (total)**

- 11 heroin
- 12 methadone
- 13 other opiates

**1. Oppioidi (totali)**

- 11 eroina
- 12 metadone
- 13 altri oppioidi

**2. Cocaine (total)**

- 21 cocaine
- 22 crack

**2. Cocaina (totale)**

- 21 cocaina
- 22 crack

**3. Stimulants (total)**

- 31 amphetamines
- 32 MDMA and other derivatives
- 33 other stimulants

**3. Stimolanti (totale)**

- 31 anfetamine
- 32 MDMA e altri derivati
- 33 altri stimolanti

**4. Hypnotics and Sedatives (total)**

- 41 barbiturates
- 42 benzodiazepines
- 43 others

**4. Ipnotici e sedativi (totali)**

- 41 barbiturici
- 42 benzodiazepine
- 43 altri

**5. Hallucinogens (total)**

- 51 LSD
- 52 others

**5. Allucinogeni (totali)**

- 51 LSD
- 52 altri

**6. Volatile Inhalants**

**6. Inalanti Volatili**

**7. Cannabis (total)**

**7. Cannabis (totale)**

**8. Alcohol as secondary drug (total)**

**8. Alcool come sostanza secondaria  
(totale)**

**9. Other Substances (total)**

**9. Altre sostanze (totali)**

**20 Ever / Currently  
(last 30 days) injected**

1. Ever injected, but not currently
2. Currently injected
3. Never injected
0. Not known

**20 Comportamento  
iniettivo pregresso/attuale  
(ultimi 30 giorni)**

1. Pregresso, non attuale  
*Uso in passato, ma non attuale  
(ultimi 30 gg.)*
2. Attuale  
*Attuale (almeno una volta negli ultimi 30  
gg.)*
3. Mai presente  
*Mai*
  1. Non conosciuto  
*Non noto*



**ALLEGATO N. 4**

**TABELLA UNICA DELLE PRESTAZIONI**

## Premesse

Nell'ambito della definizione delle prestazioni erogabili all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze, possono essere distinte due macrocategorie generali:

1. prestazioni su cliente, prestazioni di varia tipologia erogate nei confronti di una o più persone, ovvero ad Enti e/o Organizzazioni (punti da 1 a 17 tabella 2)
2. attività generali, prestazioni di varia tipologia riconducibili ad attività gestionali del servizio, formazione o rapporti con altre strutture (punti da 18 a 25 tabella 2)

Le prestazioni possono essere aggregate ulteriormente all'interno di categorie più generali in relazione alla finalità per la quale vengono erogate (tabella 1).

Tali categorie risultano molto utili al management generale, in quanto permettono di valutare le diverse aree di produttività nelle quali vengono impegnati gli operatori, riuscendo così ad evidenziare, in termini concreti e quantitativi, il volume di tempo dedicato (per esempio, alla prevenzione secondaria piuttosto che alla cura, alla diagnostica o al reinserimento).

Tale raggruppamento in finalità costituisce un profilo che descrive meglio il lavoro svolto dalle unità operative, potendo definire anche il volume complessivo delle prestazioni erogate, i tempi totali dedicati all'erogazione (sulla base dei tempi medi), e la distribuzione percentuale del mixing rispetto alle varie finalità utilizzando come misura la somma dei tempi delle prestazioni erogate per singola finalità.

*Misure utilizzabili per rappresentare e valutare l'attività produttiva (output) di una Unità Operativa*

1. Volume prestazionale: quantità totale delle prestazioni erogate dall'Unità Operativa, anche diviso e calcolato per singola finalità
2. Densità prestazionale media: quantità media di prestazioni erogate dall'Unità Operativa all'utenza assistita, secondo l'unità di misura standard "Anno persona". Gli anni persona vengono determinati come somma delle giornate di assistenza erogate all'utenza nell'anno di riferimento rapportate al numero di giorni di un anno (365). La densità prestazionale media si ottiene quindi come rapporto tra le prestazioni erogate nell'anno di riferimento e gli anni persona riferiti all'utenza assistita dall'Unità Operativa nell'anno di riferimento.
3. Tempo totale dedicato all'erogazione: sommatoria dei tempi delle singole prestazioni erogate raggruppate per finalità omogenee
4. Mixing: distribuzione percentuale dei tempi totali delle prestazioni erogate per singola "finalità delle prestazioni", rispetto al tempo complessivo di erogazione delle prestazioni da parte dell'Unità operativa.

Tabella 1: finalità delle prestazioni

FINALITA' DELLA PRESTAZIONI	DEFINIZIONE	N. Prest. (Volume)	Tempo totale dedicato	Mixing %
1 INTAKE	Attività finalizzate alla presa in carico (rilevamento iniziale e graduazione dei problemi, inquadramento diagnostico iniziale)			
2 DIAGNOSTICA	Attività finalizzate alla valutazione diagnostica (rilevamento e graduazione dei problemi, inquadramento nosografico e approfondimento diagnostico di secondo livello)			
3 PREVENZIONE PRIMARIA	Attività tese alla riduzione del rischio/danno in persone con assenza di patologia			
4 PREVENZIONE SECONDARIA	Attività finalizzate alla prevenzione delle patologie (o situazioni derivanti quali criminalità, prostituzione ecc.) correlate alla patologia primaria			
5 CURA/TRATTAMENTO DIPENDENZA	Attività finalizzate e programmate per la terapia delle patologie della dipendenza su persone con patologie in atto			
6 CURA/TRATTAMENTO PATOLOGIE CORRELATE	Attività finalizzate e programmate per la terapia delle patologie correlate alla tossicodipendenza (es: epatite, MST, TBC, HIV, ecc.)			
7 RIABILITAZIONE/REINSERIMENTO	Attività finalizzate al reinserimento sociale e/o lavorativo e/o scolastico post-trattamento			
8 MONITORAGGIO/SORVEGLIANZA CLINICA	Attività finalizzate e programmate per la valutazione clinica mediante l'esecuzione periodica di controlli di vario tipo			
9 ASSISTENZA GENERICA	Attività non programmate finalizzate al supporto psicosociale e/o educativo e/o clinico generale e/o informativo			
10 ORGANIZZAZIONE/COORDINAMENTO	Attività finalizzate al supporto organizzativi/gestionale del servizio non dirette all'utente/parente			
11 ALTRO	Altre attività			
12 NON SPECIFICATA				

**Tabella 2: tabella unica delle prestazioni socio-sanitarie**

Premesse: 1) le presenti prestazioni sono state individuate e concordate con le regioni e le province autonome partecipanti al progetto SESIT (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, F.V. Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, prov. aut. Bolzano, prov. aut. Trento, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta) e si riferiscono ad attività svolte dai Dipartimenti delle Dipendenze tramite le Unità Operative Sert e Comunità Terapeutiche

2) la proposta dei tempi medi delle prestazioni è stata definita sulla base dei tempi rilevati a livello locale dalla provincia autonoma di Trento e dalle regioni Lombardia e Veneto.

3) i sistemi informatici deputati alla registrazione delle singole prestazioni dovranno assicurare la possibilità di agganciare le singole prestazioni alla persona che la riceve e all'operatore che la eroga. Tali sistemi dovranno essere inoltre in grado di identificare il profilo professionale del singolo operatore (medico, infermiere, educatore, psicologo, assistente sociale, ecc.). Tutto questo al fine di poter analizzare le singole prestazioni fornite anche in relazione al profilo professionale erogante.

**PRESTAZIONI SU CLIENTE**

	DEFINIZIONE	CODICE ASL	CODICE REGIONALE	PRESTAZIONE	TARIFFA INDICATIVA	TEMPI MEDI (minuti)
1	Attività telefonica Qualunque attività telefonica in entrata e in uscita esclusivamente e direttamente riguardanti il paziente (es. informazioni generali, contatti per casi specifici con medico di base, ospedaliero, operatori di altre strutture, enti ecc.), esclusa l'attività amministrativa gestionale	1.1 1.2 1.3 1.99		Informazioni specifiche di prevenzione ed informazioni per esecuzione test clinici  Counseling telefonico (psicologico, medico, sociale ecc.)  Management clinico telefonico di paziente (utente già conosciuto / in carico; compresi contatti con terzi per la gestione del paziente e colloqui telefonici con familiari)  Altre attività non previste		10 15 15
2	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni Comprende le diverse relazioni sul caso prodotte per l'esterno, le relazioni su invii, segnalazioni ed altre relazioni a fini giudiziari, le certificazioni e la produzione di tutti quegli atti rilasciati al paziente o ad altri autorizzati, per gli usi consentiti dalla legge, ed il rilascio di ricetta, impegnativa o prescrizione esami – senza visita	2.1 2.2 2.99		Relazioni scritte sul singolo caso clinico: per affido ad altra struttura, per avvio pratiche pensionistiche, ai fini giudiziari, ecc.  Prescrizione esami / ricetta / copia esami / esenzione ticket  Altre attività non previste		40 5

		DEFINIZIONE	CODICE ASL	CODICE REGIONALE	PRESTAZIONE	TARIFFA INDICATIVA	TEMPI MEDICI (minuti)
3	Attività accompagnamento di	Riguarda le attività di accompagnamento del paziente presso le strutture di diagnosi e cura.	3.1		Accompagnamento alle strutture di diagnosi e cura		120
			3.99		Altre attività non previste		
4	Visite	Comprende la visita di accoglienza, la prestazione di prima valutazione diagnostica dal punto di vista medico, oncologico, tossicologico, per patologie organiche alcool correlate, infermieristico, controlli di monitoraggio, anche al domicilio. Rientra sotto questa voce anche il tempo relativo all'aggiornamento della cartella clinica per la visita	4.1	89.7	Visita medica specialistica (1° visita)	18,95	60
			4.2	89.26	Visita ginecologica (1° visita)	18,95	30
			4.3	89.7	Visita dermatologica (1° visita)	18,95	30
			4.4	89.01	Visita medica (controllo)	13,15	30
			4.5	89.01	Valutazione IP (assessment/triage)	13,15	30
			4.6	89.7	Visita psichiatrica (completa di esame obiettivo)	18,95	60
			4.7	89.7	Visita in consulenza esterna	18,95	60
			4.8	89.01	Visita medica specialistica domiciliare	13,15	120
			4.99		Altre attività non previste		
			5	Colloqui	Comprende il colloquio di accoglienza, il colloquio di counselling psicologico, sociale, la prestazione di prima valutazione diagnostica dal punto di vista psicologico, sociale, controlli di monitoraggio anche al domicilio. Rientra sotto questa voce anche il tempo relativo all'aggiornamento della cartella clinica per il colloquio	5.1	94.19.1
5.2	94.09	Colloquio psicologico-clinico (counseling, pre-test, post-test,...)				18,95	40
5.3	89.7	Colloquio per management clinico del paziente				13,15	30
5.4	94.09	Colloquio di consulenza a familiari				13,15	30
5.5	94.12.1	Colloquio psichiatrico (controllo senza esame obiettivo)				13,15	30
5.6	94.09	Colloquio informativo					30
5.7		Colloqui di assistenza sociale (comprende valutazione, counseling, sostegno e riabilitazione)					60
5.8	94.09	Colloquio con minore al seguito di utente in struttura				13,15	30
5.9	94.09	Colloquio socio-educativo motivazionale				13,15	30
5.10	94.09	Colloquio specialistico domiciliare (di vario tipo)				13,15	120
		Altre attività non previste					



		DEFINIZIONE	CODICE IASI	CODICE REGIONALE	PRESTAZIONE	TARIFFA INDICATIVA	TEMPI MEDI (minuti)
6	Esami e procedure cliniche	Comprende l'esecuzione di prelievi ematici, biologici, la raccolta di campioni urinari, l'attività di richiesta e di registrazione degli stessi e l'esecuzione di manovre cliniche ed esami strumentali	6.1	91.49.2	Prelievo venoso in ambulatorio	2,65	10
			6.2	91.49.3	Prelievo microbiologico (tampone faringe, espettorato bK, prelievo unghie e prelievo squame cutanee)	2,65	10
			6.3	91.48.4	Prelievo secrezione uretrale o vaginale	2,65	10
			6.4		Raccolta urine per esame		10
			6.5	90.78.1	Intradermoreazione di Mantoux	5,65	15
			6.6	91.49.5	Prelievo sangue arterioso	5,25	10
			6.7	89.52	ECG	11,60	20
			6.8	89.65.5	Monitoraggio incruento saturazione arteriosa		10
			6.9	89.59.1	Test di funzionalità del SNA (F.C. e P.A.: 5 prove)		30
			6.10	99.29	Iniezione endovenosa	2,95	10
			6.11	99.29	Fiebroclisi	2,95	15
			6.12	57.94	Cateterismo uretrale		15
			6.13	99.29.1	Anestesia locale per infiltrazione	2,95	15
			6.14	96.59	Medicazione di ferita	3,95	20
			6.15	86.01	Incisione accesso superficiale o circoscritto	7,90	20
			6.16		Esame del fundus oculi		15
			6.17	99,29	Iniezione intramuscolo	2,95	10
			6.18	90.18.3	Esecuzione test per sostanze stupefacenti su urine	6,10	10
			6.19		Raccolta / invio materiali biologici		10
			6.20		Raccolta campione per test di gravidanza su urine		10
6.21		Etilometro/test rapidi alcolologici		10			
6.22		Raccolta campione per esame del capello		10			
6.99		Altre attività non previste					

	DEFINIZIONE	CODICE ASL	CODICE REGIONALE	PRESTAZIONE	TARIFFA INDICATIVA	TEMPI MEDI (minuti)
7	Somministrazione farmaci e vaccini	7.1		Somministrazione orale di farmaci (terapia sostitutiva, antagonista, altra terapia)		7
		7.2		Consegna/affidamento terapia orale		10
		7.3		Vaccinazioni: esecuzione diretta		10
		7.4		Vaccinazioni: programmazione e controllo esami pre e post		5
		7.99		Altre attività non previste		
8	Interventi psicoterapeutici individuali	8.1	94.3	Psicoterapia individuale (per seduta)	18,95	60
		8.99		Altre attività non previste		
9	Interventi psicoterapeutici coppia - famiglia	9.1	94.42	Psicoterapia di coppia o del nucleo familiare	18,95	90
		9.99		Altre attività non previste		
10	Interventi psico/socio/educativi di gruppo	10.1	94.44	Psicoterapia di gruppo (ristretto, allargato, familiare, multi familiare ecc.)	12,95	90
		10.2		Supervisione del gruppo/formazione operatori		120
		10.3		Riabilitazione psicosociale di gruppo (gruppi di autoaiuto, di sostegno, informativi-educativi)		60
		10.4		Altri interventi di gruppo		
		10.99		Altre attività non previste		

	DEFINIZIONE	CODICE ASL	CODICE REGIONALE	PRESTAZIONE	TARIFFA INDICATIVA	TEMPI MEDI (minuti)
11	Test psicologici Comprende la somministrazione con valutazione di test, questionari ed altri strumenti valutativi atti a comprendere il singolo caso clinico	11.1 11.2 11.3 11.4 11.5 11.6 11.7 11.8 11.9 11.99	94.08.3 94.01.1 94.01.2 94.02.1 94.02.2 94.08.6	Somministrazione/valutazione di test proiettivi e della personalità Somministrazione/valutazione di test di intelligenza Somministrazione/valutazione di test neuropsicologici MDB, MODA, etc Somministrazione/valutazione di test della memoria Test della scala di memoria di Wechsler est di valutazione del carico familiare e delle strategie di coping Somministrazione/valutazione di questionari (generico) Interviste strutturate e semistrutturate Test di valutazione della disabilità sociale Altre attività non previste	7,75 9,70 15,50 5,85 5,85 5,85	150 150 60 60 60 60 60 90 90
12	Attività di supporto generale al paziente Comprende tutti quegli atti finalizzati all'aprontamento di risorse specifiche per le azioni di reinserimento e supporto sociale del paziente (attività lavorative, ricreative, contributi economici, reperimento alloggi ecc.)	12.1 12.2 12.3 12.4 12.5 12.6 12.99		Accompagnamento utenti fuori dalla struttura (residenziale o semiresidenziale) Intervento di segretario sociale (gestione pratiche ecc.) Processo di accettazione del paziente Assistenza IP al medico della struttura Assistenza IP al consulente specialista Attività educativo/formative Altre attività non previste		120 60 30 30 30 60
13	Predisposizione/Revisione programma terapeutico individuale e Negoziazione Terapeutica Riguarda l'elaborazione e la stesura del programma di cura individuale, la predisposizione della negoziazione terapeutica e le successive attività di revisione delle medesime, con il coinvolgimento dell'utente e della rete familiare/sociale che lo supporta	13.1 13.2 13.99		Stesura progetto e negoziazione concordati con l'utente e con la sua famiglia Riunione per caso clinico Altre attività non previste		45 15

		DEFINIZIONE	CODICE ASL	CODICE REGIONALE	PRESTAZIONE	TARIFFA INDICATIVA	TEMPI MEDI (minuti)
14	Prestazioni Alberghiere	Comprende la fornitura di pasti, alloggio, attrezzature e sanitari per l'igiene personale e lavanderia, coperte e biancheria letto	14.1		Fornitura alloggio e utilità relative all'assistenza alberghiera		20
			14.2		Fornitura pasti		20
			14.99		Altre attività non previste		
15	Prestazioni straordinarie di carattere economico-assistenziale	Comprende l'eventuale erogazione a non abbienti di beni per la cosmesi e l'igiene personale, sigarette, farmaci o integratori alimentari non a carico del SSN, vestiario, alloggiamento extrastrutturale, spese per viaggi, per procedimenti legali, per piccole spese per tempo libero/cultura, etc.	15.1		Erogazione di beni, servizi, anticipazioni monetarie non rimborsabili, a soggetti non abbienti - non classificabili fra i cost driver delle prestazioni standard e il correlato computo tariffario		30
			15.99		Altre attività non previste		
16	Prestazioni generali di prevenzione primaria	Comprende tutti gli interventi sul territorio (presso scuole, C/IC, gruppi informali, operatori di strada) comprese le attività di preparazione degli interventi preventivi	16.1		Interventi sul territorio (scuole, C/IC, parrocchie, circoscrizioni, manifestazioni, su gruppi ecc.)		120
			16.2		Stesura di relazioni scritte	13,15	120
			16.3		Coordinamento progetti specifici		60
			16.4		Intervento ambientale a tema (piccolo gruppo)		120
			16.5		Intervento ambientale a tema (grande gruppo)		120
			16.6		Incontro operativo (informale e/o di programmazione)		60
			16.7		Collaborazione ad eventi specifici		
			16.8		Conferenza/seminario/tavola rotonda		120
			16.9		Conduzione di gruppi (monitoraggio, supporto a progettazione, ecc.)		60
			16.10		Gestione stand informativo		
16.11		Produzione di materiali informativi					
16.12		Misurazione tasso alcolico (con o senza alcolimetria, test rapidi ecc.)			15		
16.99		Altre attività non previste					

	DEFINIZIONE	CODICE ASL	CODICE REGIONALE	PRESTAZIONE	TARIFFA INDICATIVA	TEMPI MEDI (minuti)
17	Prestazioni generali di prevenzione secondaria (patologie correlate)  Comprende attività di prevenzione in strada: interventi di outreach mediante unità mobili su gruppi, colloqui e consulenze individuali su strada	17.1		Distribuzione/scambio siringhe, materiali informativi		5
		17.2		Distribuzione/scambio profilattici		5
		17.3		Distribuzione integratori/alimentari		5
		17.4		Distribuzione vestiario		5
		17.5		Informazione/addestramento per abilità preventive (prevenzione secondaria)		60
		17.99		Altre attività non previste		

**ATTIVITA' GENERALI**

	Definizione	CODICE ASL	CODICE REGIONALE	PRESTAZIONE	TARIFFA INDICATIVA	TEMPI MEDI (minuti)
18	Riunioni organizzative dipartimentali  Comprende tutti gli incontri di programmazione, verifica attività coordinamento, verifica attività standard ecc. che coinvolgono l'intero dipartimento	18.1		Riunione ristretta (es. con Direzione)		60
		18.2		Riunione gruppo di lavoro allargato		120
		18.3		Riunioni con enti in interno		120
		18.4		Riunioni con enti in esterno		120
		18.99		Altre attività non previste		
19	Partecipazione a commissioni, comitati esterni	19.1		Riunioni con commissioni, comitati in esterno		120
		19.99		Altre attività non previste		

		Definizione	CODICE ASL	CODICE REGIONALE	PRESTAZIONE	TARIFFA INDICATIVA	TEMPI MEDI (minuti)
20	Riunioni organizzativo/metodologiche interne	Comprende tutti gli incontri interni di programmazione, coordinamento, verifica attività standard, revisione delle procedure e dei processi, delle linee guida e dei protocolli, inclusi il Sistema qualità e il Sistema sicurezza (626, HACCP, Privacy, etc.)	20.1 20.99		Riunioni interne  Altre attività non previste		120
21	Attività di Coordinamento/di Rete		21.1 21.2 21.3 21.99 22.1 22.99		Comunità Terapeutiche (interventi di verifica / monitoraggio programmi persone in trattamento) Attività di coordinamento generale/di rete effettuate con le organizzazioni significative (enti, agenzie, gruppi ecc.) Attività effettuate per il singolo paziente al fine di coordinare le varie organizzazioni coinvolte nell'assistenza Altre attività non previste Attività di ricerca Altre attività non previste		60 120 30
22	Attività di progetto (ricerca ed interventi specifici)		23.1 23.2 23.99		Formazione come docente Formazione come discente Altre attività non previste		
23	Attività di formazione ed addestramento per operatori		24.1 24.2 24.99		Rapporti/relazioni attività della struttura Rapporti epidemiologici / relazioni scientifiche Altre attività non previste		
24	Stesura di rapporti/relazioni di attivit dell'unità operativa	Comprende rapporti sulle attività assistenziali della struttura per i competenti organi istituzionali, rapporti epidemiologici, rapporti per specifici progetti riguardanti l'utenza	25.1 25.99		Attività relativa alla tenuta della documentazione amministrativo-contabile, agli adempimenti di carattere burocratico, al controllo di gestione, etc. Altre attività non previste		
25	Prestazioni amministrative	Gestione burocratica e contabile attività del servizio					

Tabella prestazioni su cliente (\*) dell'Unità Operativa secondo SESIT nel 1° semestre e nell'anno di riferimento

Tipologia Cliente	Tipo di sostanza / comportamento di Addiction	Attività telefonica	Relazioni sul caso, prescrizioni	Attività di accompagnamento	Visite	Colloqui	Esami e procedure cliniche	Somministrazione farmaci	Psicoterapia individuale	Psicoterapia coppia - famiglia	Interventi psicopedagogici	Test psicologici	Attività di supporto generale	Stesura/revisione P.T.	Prestazioni alberghiere	Prestazioni straordinarie	Prevenzione primaria	Prevenzione secondaria	TOTALE			
		N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N		
A) Utilizzatori di sostanze / Drug users / Additive behaviours, patologia espressa / evidente a varie classi di gravità (uso occasionale, periodico o continuativo)	Sostanze stupefacenti illegali																					
	Alcool																					
	Farmaci																					
	Tabacco																					
	Gioco d'azzardo																					
	Da tecnologia digitale																					
	Doping																					
	Multifattore (poliassuntore)																					
	Altro																					
	Non definito																					
	Totale																					
	B) Soggetti a Rischio di uso sostanze (dichiarati o osservati), non patologia evidente anche con possibile evoluzione in patologia espressa	Sostanze stupefacenti illegali																				
		Alcool																				
Farmaci																						
Tabacco																						
Gioco d'azzardo																						
Da tecnologia digitale																						
Doping																						
Multifattore (poliassuntore)																						
Altro																						
Non definito																						
Totale																						
C) Altro (Non utilizzatore e non a rischio specifico) es. famigliari, insegnanti, educatori		Sostanze stupefacenti illegali																				
		Alcool																				
	Farmaci																					
	Tabacco																					
	Gioco d'azzardo																					
	Da tecnologia digitale																					
	Doping																					
	Multifattore (poliassuntore)																					
	Altro																					
	Non definito																					
	Totale																					
	Gran Totale	Sostanze stupefacenti illegali																				
		Alcool																				
Farmaci																						
Tabacco																						
Gioco d'azzardo																						

(\*) Il movimento prestazionale sull'utenza viene misurato in valore assoluto (N = numero di prestazioni) e secondo il mixing (M = mixing: distribuzione percentuale dei tempi totali delle prestazioni per singola tipologia rispetto al tempo complessivo di erogazione delle prestazioni al cliente)





Tabella prestazioni su cliente (\*) per finalità erogate dall'Unità Operativa secondo SESIT nel 1° semestre, II° semestre e nell'anno di riferimento

Tipologia Cliente	Tipo di sostanza / comportamento di Addiction	Intake		Diagnostica		Prevenzione primaria		Prevenzione secondaria		Cura / trattamento dipendenza		Cura / trattamento patologie correlate		Riabilitazione / reinserimento		Monitoraggio / sorveglianza clinica		Assistenza generica		Organizzazione / coordinamento		Altro		Non specificata		TOTALE						
		N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M					
A) Utilizzatori di sostanze / Drug users / Additive behaviours, patologia espressa / evidente a varie classi di gravità (uso occasionale, periodico o continuativo)	Sostanze stupefacenti illegali																															
	Alcool																															
	Farmaci																															
	Tabacco																															
	Gioco d'azzardo																															
	Da tecnologia digitale																															
	Doping																															
	Multifattore (poliassuntore)																															
	Altro																															
	Non definito																															
Totale																																
B) Soggetti a Rischio di uso non utilizzatori di sostanze (dichiarati o osservati), non patologia evidente anche con possibile evoluzione in patologia espressa	Sostanze stupefacenti illegali																															
	Alcool																															
	Farmaci																															
	Tabacco																															
	Gioco d'azzardo																															
	Da tecnologia digitale																															
	Doping																															
	Multifattore (poliassuntore)																															
	Altro																															
	Non definito																															
Totale																																
C) Altro (Non utilizzatore e non a rischio specifico) es. familiari, insegnanti, educatori	Sostanze stupefacenti illegali																															
	Alcool																															
	Farmaci																															
	Tabacco																															
	Gioco d'azzardo																															
	Da tecnologia digitale																															
	Doping																															
	Multifattore (poliassuntore)																															
	Altro																															
	Non definito																															
Totale (di cui)																																
Familiari																																
Insegnanti																																
Educatori																																
Gran Totale																																

(\*) Il movimento prestazionale sull'utenza viene misurato in valore assoluto (N = numero di prestazioni) e secondo il mixing (M = mixing: distribuzione percentuale dei tempi totali delle prestazioni per singola tipologia rispetto al tempo complessivo di erogazione delle prestazioni al cliente)

Tabella densità prestazionale su cliente (\*) per finalità erogate dall'Unità Operativa secondo SESIT nel 1° semestre, II° semestre e nell'anno di riferimento

Tipologia Cliente	Tipo di sostanza / comportamento di Addiction	Intake		Diagnostica		Prevenzione primaria		Prevenzione secondaria		Cura / trattamento dipendenza		Cura / trattamento patologie correlate		Riabilitazione / reinserimento		Monitoraggio / sorveglianza clinica		Assistenza generica		Organizzazione / coordinamento		Altro		Non specificata		TOTALE						
		N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N				
A) Utilizzatori di sostanze Drug users / Addictive behaviours, patologia espressa / evidente a varie classi di gravità (uso occasionale, periodico o continuativo)	Sostanze stupefacenti illegali																															
	Alcool																															
	Farmaci																															
	Tabacco																															
	Gioco d'azzardo																															
	Da tecnologia digitale																															
	Doping																															
	Multifattore (poliassuntore)																															
	Altro																															
	Non definito																															
	Totale																															
	B) Soggetti a Rischio di uso non utilizzatori di sostanze (dichiarati o osservati), non patologia evidente anche con possibile evoluzione in patologia espressa	Sostanze stupefacenti illegali																														
		Alcool																														
Farmaci																																
Tabacco																																
Gioco d'azzardo																																
Da tecnologia digitale																																
Doping																																
Multifattore (poliassuntore)																																
Altro																																
Non definito																																
Totale																																
C) Altro (Non utilizzatore e non a rischio specifico) es. famigliari, insegnanti, educatori		Sostanze stupefacenti illegali																														
		Alcool																														
	Farmaci																															
	Tabacco																															
	Gioco d'azzardo																															
	Da tecnologia digitale																															
	Doping																															
	Multifattore (poliassuntore)																															
	Altro																															
	Non definito																															
	Totale (di cui:)																															
	Familiari																															
	Insegnanti																															
Educatori																																
Gran Totale																																

(\*) La densità prestazionale sull'utenza viene misurata in termini di valore medio (m = numero di prestazioni su numero utenti in anni persona) e secondo l'indice di variabilità (ds = deviazione standard dal valore medio)

## Alcune definizioni

### Attività

Per attività si intende un'entità, non necessariamente coincidente con una struttura fisica, definibile come sistema economico elementare che produce output acquisibili dal suo mercato (interno o esterno).

L'aggettivo "elementare" non deve fare ritenere che qualunque "operazione" effettuata all'interno dell'organizzazione possa essere considerata come attività. Essa, semmai, è rappresentata da un insieme di operazioni combinate in modo tale da generare un output "acquisibile" dal mercato. Il cliente può essere "esterno", nel caso sia un paziente o un'azienda che si rivolge al sistema sanitario, o "interno" nel caso in cui si tratti di un settore/ufficio/unità operativa interna all'azienda che fruisce dei prodotti/prestazioni di un altro settore/ufficio/unità operativa della stessa azienda.

L'attività deve essere caratterizzata dai seguenti elementi:

1. assorbire un insieme specifico di risorse;
2. generare un output visibile e misurabile;
3. avere uno o più "clienti", interni o esterni all'azienda, chiaramente individuabili;
4. essere monitorata mediante uno o più indicatori di performance.

Ciascuna attività individuata assorbe uno specifico quantitativo di risorse (personale, materiali, tecnologia e, anche, altre attività) al fine di produrre un output impiegato nella produzione di prestazioni complesse.

L'attività quindi descrive le modalità con le quali un'azienda trasforma delle risorse per ottenere uno specifico output.

### Macrotipi di attività

I processi che danno luogo a servizi "vendibili", in senso stretto, rappresentano solo una parte dell'insieme dei processi aziendali. Esistono infatti una serie di attività non orientate direttamente alla produzione di prestazioni, che vengono definite "di supporto o ausiliarie".

#### *1. Attività di supporto o ausiliarie*

Con il termine "attività di supporto" o ausiliarie ci si riferisce a quelle che non producono prestazioni in senso tecnico, come per esempio l'attività di direzione e coordinamento, prestazioni che non fanno direttamente parte dei processi produttivi che rappresentano l'oggetto dell'azienda, per esempio le movimentazioni di magazzino. Le attività di supporto non sono quindi direttamente riferibili ai processi orientati alla produzione delle prestazioni finali.

#### *2. Attività prestazione (2.1 primarie, 2.2 secondarie)*

Le attività prestazione, invece, sono quelle che producono un output di tipo sanitario (per es. la visita) o non sanitario (il pasto per i degenti) pur che faccia parte integrante dei processi produttivi tipici dell'azienda. Gli output delle attività prestazione, tuttavia, possono contribuire direttamente alla produzione di una prestazione complessa, successivamente ceduta all'esterno dell'organizzazione che l'ha prodotta, o esserne semplicemente una componente indiretta e, in questo caso, rappresentare uno dei fattori di input di un'altra attività. Al fine di identificare distintamente le due tipologie di attività è opportuno classificarle rispettivamente in primarie e secondarie.

**2.1 Attività Primarie**

In generale sono attività prestazione primarie quelle che producono un output completo e fruibile da un soggetto esterno alla microrealtà organizzativa che lo ha prodotto (prestazione cedibile). È il caso, a titolo esemplificativo, di una visita ambulatoriale, di una prestazione di laboratorio (indipendentemente che venga effettuata su un paziente esterno o a favore di un ricoverato) o della dimissione di un paziente ricoverato o, nel caso di servizi territoriali, di una vaccinazione o di un'ispezione ad un'impresa.

**2.2 Attività Secondarie**

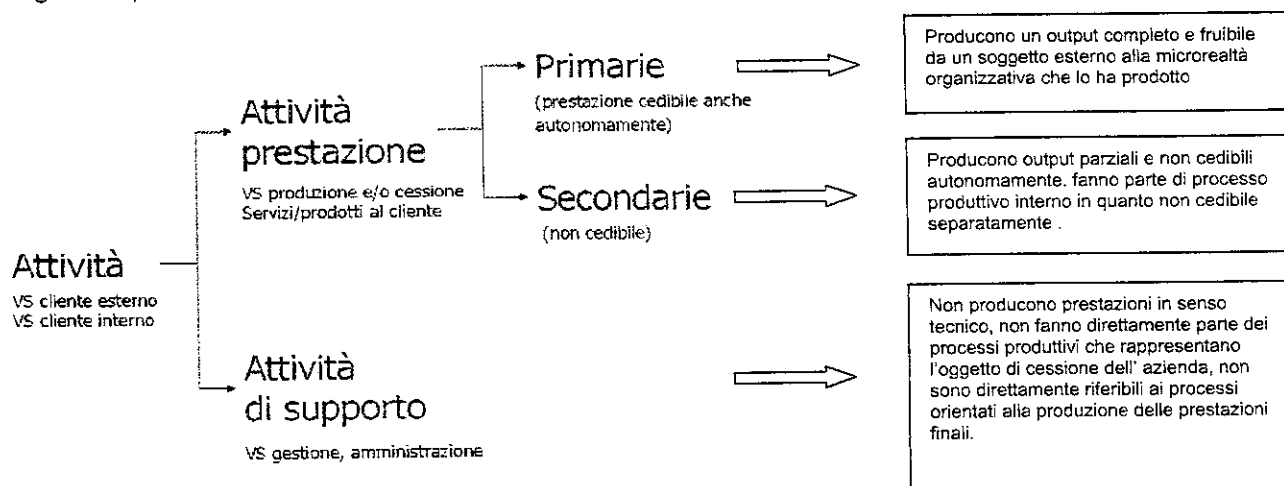
Sono attività di prestazioni secondarie, invece, quelle che producono output parziali e non cedibili autonomamente. In altre parole esse fanno parte di processo produttivo interno alla microrealtà organizzativa che produce, in combinazione con altre attività, la prestazione complessa quale output di un'attività primaria. Questa si configura come attività prestazione secondaria in quanto non cedibile separatamente .

Al fine di chiarire il concetto di "attività", si consideri l'esempio nella tabella successiva, relativo ad un generico processo di ricovero.

Funzione: è un'aggregazione di attività correlate da una finalità comune (per esempio la funzione acquisti, quella produttiva ecc.);

Processo: è un'insieme di attività fra loro correlate ed interdipendenti in ragione dell'output finale (per esempio le attività legate all'assunzione di personale).

Fig. 10: Tipi di attività



Tratto da: "QUALITY MANAGEMENT" Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze Cap. 19 - PRESTAZIONI, PRODOTTI E PROCESSI ASSISTENZIALI: CONCETTI DI BASE SULL'ACTIVITY BASE MANAGEMENT (ABM) E IL SISTEMA MFP PER IL RILEVAMENTO DELL'OUTPUT. Giovanni Serpelloni, Oliviero Bosco  
 a cura di Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni, Lorenzo Rampazzo  
 Regione Veneto - Progetto del Ministero della Salute e del Coordinamento delle Regioni, Edizioni La Grafica 2002 ISBN 88-900338-2-7, reperibile e scaricabile in [www.dronet.org](http://www.dronet.org). area operatori, biblioteca, manuali.



**ALLEGATO N. 5**

**TABELLE STD OEDT**

**Tabelle T.D.I. (EMCDDA 2002)****(Indicatori Domanda di Trattamento)**

<b>N° Rif</b>	<b>Riferimento tabelle EMCDDA</b>
01	04. Soggetti trattati precedentemente
02	05. Canale di invio
03	07. Distribuzione d'età
04	09. Condizione Abitativa (Con chi)
05	10. Condizione Abitativa (Dove)
06	11. Nazionalità
07	12. Condizione Lavorativa
08	13. Livello Scolastico
09	14.1 Sostanza d'abuso primaria – soggetti sempre trattati
10	14.1 Sostanza d'abuso primaria per classi d'età – maschi (Tutti i Trattamenti)
11	14.1 Sostanza d'abuso primaria per classi d'età – maschi (Primo Trattamento)
12	14.2 Sostanza d'abuso primaria per classi di età – femmine (Tutti i Trattamenti)
13	14.2 Sostanza d'abuso primaria per classi d'età – femmine (Primo Trattamento)
14	14.3 Sostanza d'abuso primaria per classi d'età – Totale M+F
15	15. Trattamento sostitutivo in atto

- 16 16. Droga primaria : abituale via di assunzione
- 17 17. Droga primaria : frequenza d'uso
- 18 18. Età di primo uso droga primaria per fascia d'età  
(Tutti i trattamenti)
- 19 18. Età di primo uso droga primaria per fascia d'età  
(Primo trattamento)
- 20 19. Altre droghe
- 21 19.1 Altre droghe (Sostanza d'abuso secondarie) – Maschi
- 22 19.2 Altre droghe (Sostanze d'abuso secondarie) – Femmine
- 23 19.3 Altre droghe (Sostanze d'abuso secondarie) –  
Totale M+F
- 24 20. Sempre iniettata / correntemente (negli ultimi 30gg)
- 25 20.1 Distribuzione dell'uso endovenoso per sostanze  
d'abuso

### **Nota importante**

- 1) Con il termine “soggetti al primo trattamento” si devono intendere tutti quei soggetti che non hanno mai ricevuto alcun trattamento da qualsiasi struttura. Sono quindi soggetti che per la prima volta ricevono un trattamento (nuovi soggetti).
- 2) Con il termine “soggetti già trattati” si devono intendere tutti i soggetti che hanno ricevuto qualche precedente trattamento da qualsiasi struttura.
- 3) Con il termine “soggetti con trattamento non noto” si devono intendere tutti quei soggetti per i quali non sono disponibili informazioni relativamente ai trattamenti precedenti.
- 4) Con il termine “soggetti totali in trattamento” si devono intendere la somma dei soggetti al primo trattamento più i soggetti che hanno ricevuto qualche precedente trattamento da qualsiasi struttura più quelli con trattamento non noto.

TAB. 4 – Soggetti trattati precedentemente

Dettagli dei trattamenti		Tutti i trattamenti			
		M	F	Non noto	Totale
<b>4. Trattati precedentemente (N di soggetti)</b>					
1. mai (sogg. al primo trattamento)					
2. almeno una volta					
0. non noto					
<b>Totale</b>					



TAB. 5 – Canale di invio

5. Canale di invio (N di soggetti)	Soggetti totali in trattamento				Soggetti al primo trattamento			
	M	F	Non noto	Totale	M	F	Non noto	Totale
1. da solo								
2. famiglia / amici								
3. inviati da altro centro per tossicodipendenti								
4. medici di base								
5. ospedali / altri centri medici								
6. servizi sociali								
7. tribunali / affidamento in prova / polizia								
8. altri								
0. non noto								
<b>Totale</b>								



TAB. 9 – Condizione abitativa (con chi)

<b>Informazioni socio-demografiche</b>				
<b>9. Condizione abitativa (con chi) (N di soggetti)</b>	<b>Soggetti totali in trattamento</b>			
	M	F	Non noto	Totale
1.solo				
2.con genitori				
3.da solo con figli				
4.con il partner				
5.con il partner e con i figli				
6.con amici				
7.altro				
0.non noto				
<b>Totale</b>				

TAB. 10 – Condizione abitativa (dove)

Informazioni socio-demografiche				
10. Condizione abitativa (dove) (N di soggetti)	Soggetti totali in trattamento			
	M	F	Non noto	Totale
1. con fissa dimora				
2. senza fissa dimora				
3. presso istituzioni (carcere, ospedale, CT)				
0. non noto				
<b>Totale</b>				

TAB. 11 -- Nazionalità

**Informazioni socio-demografiche**

	Soggetti totali in trattamento			
	M	F	Non noto	Totale
<b>11. Nazionalità (N di soggetti)</b>				
1. nazionalità italiana				
2. nazionalità europea				
3. nazionalità extra-europea				
0. non noto				
<b>Totale</b>				

TAB. 12 – Condizione lavorativa

12. Condizione lavorativa (N di soggetti)	Soggetti totali in trattamento				Soggetti al primo trattamento			
	M	F	Non noto	Totale	M	F	Non noto	Totale
	1.occupato stabilmente							
2.studente								
3. economicamente inattivo (pensionati /casalinghe-i, invalidi)								
4.disoccupato								
5.altro								
6.non noto								
<b>Totale</b>								

TAB. 13 – Livello scolastico

**Informazioni socio-demografiche**

	Soggetti totali in trattamento				Soggetti al primo trattamento			
	M	F	Non noto	Totale	M	F	Non noto	Totale
<b>13. Livello d'istruzione più elevato (N di soggetti)</b>								
1.mai andato a scuola / scuola elementare non completata								
2.scuola elementare								
3.scuola media inferiore								
4. scuola media superiore								
5. diploma universitario/laurea								
0.non noto								
<b>Totale</b>								

TAB. 14.1 – Sostanza d'abuso primaria- soggetti sempre trattati

Informazioni relative alle sostanze		Soggetti totali in trattamento		
14. Sostanza d'abuso primaria	1. Sogg. al primo trattamento	2. Sogg. già trattati	0. Sogg. con trattamento. Non noto	Totale
1. Oppiacei (totale)				
11 eroina				
12 metadone				
13 altri oppiacei				
2. Cocaina (totale)				
21 cocaina				
22 crack				
3. Stimolanti (totale)				
31 anfetamine				
32 MDMA e altri derivati				
33 altri stimolanti				
4. Ipnotici e sedativi (totale)				
41 barbiturici				
42 benzodiazepine				
43 altri				
5. Allucinogeni (totale)				
51 LSD				
52 altri				
6. Inalanti volatili				
7. Cannabinoidi (totale)				
9. Altre sostanze (totale)				
99. Non noto				





TAB. 14.1 – Sostanza d'abuso primaria per classi di età – maschi (Primo Trattamento)

14. Sostanza d'abuso primaria (N. di sog. al primo trattamento)	MASCHI										Totale			
	7. Età													
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>=65	Non nota	
<b>1. Oppiacei (totale)</b>														
11 eroina														
12 metadone														
13 altri oppiacei														
<b>2. Cocaina (totale)</b>														
21 cocaina														
22 crack														
<b>3. Stimolanti (totale)</b>														
31 anfetamine														
32 MDMA e altri derivati														
33 altri stimolanti														
<b>4. Ipnotici e sedativi (totale)</b>														
41 barbiturici														
42 benzodiazepine														
43 altri														
<b>5. Allucinogeni (totale)</b>														
51 LSD														
52 altri														
6. Inalanti volatili														
7. Cannabinoidi (totale)														
9. Altre sostanze (totale)														
99. Non noto														



TAB 14.2 sostanza d'abuso primaria per classi di età -femminine (Primo trattamento)

14. Sostanza d'abuso primaria (N. di sog. al primo trattamento)	FEMMINE											Non nota	Totale	
	7. Età													
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>=65		
1. Oppiacei (totale)														
11 eroina														
12 metadone														
13 altri oppiacei														
2. Cocaina (totale)														
21 cocaina														
22 crack														
3. Stimolanti (totale)														
31 anfetamine														
32 MDMA e altri derivati														
33 altri stimolanti														
4. Ipnotici e sedativi (totale)														
41 barbiturici														
42 benzodiazepine														
43 altri														
5. Allucinogeni (totale)														
51 LSD														
52 altri														
6. Inalanti volatili														
7. Cannabinoidi (totale)														
9. Altre sostanze (totale)														
99. Non noto														



14. Sostanza d'abuso primaria (N. di sog. al primo trattamento)	7. Età										Non nota	Totale			
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59			60-64	>=65	
<b>TOTALE</b>															
1. Oppiacei (totale)															
11 eroina															
12 metadone															
13 altri oppiacei															
2. Cocaina (totale)															
21 cocaina															
22 crack															
3. Stimolanti (totale)															
31 anfetamine															
32 MDMA e altri derivati															
33 altri stimolanti															
4. Ipnotici e sedativi (totale)															
41 barbiturici															
42 benzodiazepine															
43 altri															
5. Allucinogeni (totale)															
51 LSD															
52 altri															
6. Inalanti															
7. Cannabinoidi (totale)															
9. Altre sostanze (totale)															
99. Non noto															

15a. Già in terapia sostitutiva - Con altri oppiacei (N di sogg.)				1.si	2.no	0.non noto	Totale
M	F	Non noto	Totale				

Casi mancanti

15a. Già in terapia sostitutiva- Con Metadone (N di sogg.)				1.si	2.no	0.non noto	Totale
M	F	Non noto	Totale				

Casi mancanti

15a. Già in terapia sostitutiva- Con eroina (N di sogg.)				1.si	2.no	0.non noto	Totale
M	F	Non noto	Totale				

Sogetti totali in trattamento

Informazioni relative alle sostanze

TAB. 15 - Trattamento sostitutivo in atto

Casi mancanti				
15a. Già in terapia sostitutiva - Con altre sostanze (N di sogg.)	M	F	Non noto	Totale
1.si				
2.no				
0.non noto				
Totale				



**Informazioni relative alle sostanze**

14. Sostanza primaria (N di soggetti)	Soggetti totali in trattamento						Soggetti al primo trattamento							
	16.modalità di assunzione (sostanza primaria)						16.modalità di assunzione (sostanza primaria)							
	1. iniezione	2. fumata/ inalata	3. orale	4. sniff-fata	5. altre	0. Non noto	Totale	1. iniezione	2. fumata/ inalata	3. orale	4. sniff-fata	5. altre	0. Non noto	Totale
1. Oppiacei (totale)														
11 eroina														
12 metadone														
13 altri oppiacei														
2. Cocaina (totale)														
21 cocaina														
22 crack														
3. Stimolanti (totale)														
31 anfetamine														
32 MDMA e altri derivati														
33 altri stimolanti														
4. Ipnotici e sedativi (totale)														
41 barbiturici														
42 benzodiazepine														
43 altri														
5. Allucinogeni (totale)														
51 LSD														
52 altri														
6. Inalanti volatili														
7. Cannabinoidi (totale)														
9. Altre sostanze (totale)														
99. Non noto														





14. Sostanza primaria (N di sog. al primo trattamento)	18. Età di primo utilizzo della sostanza primaria											Non nota	Totale		
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64			>=65	
1. Oppiacei (totale)															
11 eroina															
12 metadone															
13 altri oppiacei															
2. Cocaina (totale)															
21 cocaina															
22 crack															
3. Stimolanti (totale)															
31 anfetamine															
32 MDMA e altri derivati															
33 altri stimolanti															
4. Ipnotici e sedativi (totale)															
41 barbiturici															
42 benzodiazepine															
43 altri															
5. Allucinogeni (totale)															
51 LSD															
52 altri															
6. Inalanti															
7. Cannabinoidi (totale)															
9. Altre sostanze (totale)															
99. Non noto															

















TAB. 20 – Sempre iniettata/correntemente (negli ultimi 30gg)

**Informazioni relative alle sostanze**

20. Uso iniettivo (N di soggetti)	Soggetti totali in trattamento			Soggetti al primo trattamento				
	M	F	Non noto	Totale	M	F	Non noto	Totale
1. iniettata, ma non di recente								
2. iniettata di recente (ultimi 30gg)								
3. mai iniettata								
0. non noto								
<b>Totale</b>								

TAB. 20.1 – Distribuzione dell'uso endovenoso per sostanze di abuso

**Informazioni relative alle sostanze**

20. Sostanza primaria (N di Soggetti totali in trattamento)	(qualsiasi droga indipendentemente se primaria o secondaria)				Totale
	1. iniettata, ma non di recente	2. iniettata di recente (ultimi 30 gg)	3. mai iniettata	0. Non noto	
1. Oppiacei (totale)					
11 eroina					
12 metadone					
13 altri oppiacei					
2. Cocaina (totale)					
21 cocaina					
22 crack					
3. Stimolanti (totale)					
31 anfetamine					
32 MDMA e altri derivati					
33 altri stimolanti					
4. Ipnotici e sedativi (totale)					
41 barbiturici					
42 benzodiazepine					
43 altri					
5. Allucinogeni (totale)					
51 LSD					
52 altri					
6. Inalanti volatili					
7. Cannabinoidi (totale)					
9. Altre sostanze (totale)					
99. Non noto					
Totale					

20. Sostanza primaria (N di sogg. al primo trattamento)	(qualsiasi sostanza indipendentemente se primaria o secondaria)				Totale
	1. iniettata, ma non di recente	2. iniettata di recente (ultimi 30 gg)	3. mai iniettata	0. Non noto	
1. Oppiacei (totale)					
11 eroina					
12 metadone					
13 altri oppiacei					
2. Cocaina (totale)					
21 cocaina					
22 crack					
3. Stimolanti (totale)					
31 anfetamine					
32 MDMA e altri derivati					
33 altri stimolanti					
4. Ipnotici e sedativi (totale)					
41 barbiturici					
42 benzodiazepine					
43 altri					
5. Allucinogeni (totale)					
51 LSD					
52 altri					
6. Inalanti volatili					
7. Cannabinoidi (totale)					
9. Altre sostanze (totale)					
99. Non noto					





**ALLEGATO N. 6**

**TABELLE CLASSIFICAZIONE MOVIMENTO CLIENTI**

**SECONDO :**

- **PROGETTO SESIT**
- **MINISTERO DELLA SALUTE**
- **OEDT**



## Premesse

Nel presente allegato vengono riportate le tabelle riassuntive dei dati da rilevare al fine di assolvere al debito informativo secondo le indicazioni del protocollo SESIT, del Ministero della Salute e dell'Osservatorio Europeo (OEDT).

Le tabelle sono differenziate rispetto alle modalità di osservazione del fenomeno (prevalenza puntuale, 15 giugno e 15 dicembre, e prevalenza di periodo rispetto all'anno di riferimento della rilevazione).

Nelle prime due colonne delle tabelle vengono riportate le variabili relative alla tipologia di cliente secondo il tipo di sostanza /comportamento di addiction, secondo lo schema del record soggetto indicato nel glossario tecnico SESIT, e riportato in tabella 1:

Tabella 1: variabili del record soggetto, per la classificazione dell'utenza assistita dall'Unità Operativa

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

Le colonne successive delle tabelle di classificazione del movimento clienti sono aggregate secondo le modalità del movimento clienti indicate nel glossario tecnico SESIT e riportate in tabella 2, secondo le tipologie di trattamento erogato e sintetizzate in tabella 3 e secondo la sede di erogazione del trattamento o di svolgimento dell'attività dell'Unità Operativa.

Tabella 2: Modalità del movimento clienti dell'Unità Operativa

<p><b>1. Soggetti fisici assistiti / periodo (SFA/P)</b>                  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><b>a. Sogg. in carico da periodo precedente (SCP)</b>                  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>b. Sogg. nuovi ammessi (SNA)</b>                  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><b>c. Sogg. riammessi (SR)</b>                  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. <b>Sogg. riammessi di tipo A (SR-A)</b>                  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. <b>Sogg. riammessi di tipo B (SR-B)</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><b>d. Soggetti in mobilità (SM)</b></p> <p>1. <b>Soggetti trasferiti</b> ad altra unità operativa esterna (flusso in uscita)                  2. <b>Soggetti acquisiti</b> per trasferimento da altra unità operativa esterna, temporaneamente (<b>SMAT</b>) (in transito o "appoggiati") o permanentemente. (flusso in entrata)</p> <p><b>2. Sogg. dimissibili (SiD)</b>                  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 60 gg.</p> <p><b>3. Sogg. dimessi (SD)</b>                  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 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>
--

Tabella 3: Tipologie di trattamento erogato dall'Unità Operativa

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Assistenza occasionale:</b> 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.</li> <li>• <b>Trattamento intensivo:</b> 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.</li> <li>• <b>Trattamento semi intensivo:</b> 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.</li> </ul>
--

Tabella rilevazione prevalenza puntuale Movimento Clienti dell'Unità Operativa secondo SESIT alle date del 15 giugno e del 15 dicembre

Tipologia Cliente	Tipo di sostanza / comportamento di Addiction	N. clienti assistiti dall'U.O. (SFA/P)	Movimento clienti						Tipo di trattamento				Sede del trattamento / attività					
			Soggetti in carico da periodo precedente (SCP)	Soggetti nuovi ammessi (SNA)	Soggetti riammessi di tipo A (SRA)	Soggetti riammessi di tipo B (SRB)	Soggetti in mobilità (SM)	Soggetti acquisiti temporaneamente (SMAT)	Intervento / trattamento occasionale	Trattamento intensivo	Trattamento semi intensivo	Soggetti dimissibili (SiD)	Interna	Carcere(*)	Scuola	Ambiente lavorativo	Esterna	Altro (strada, luoghi di aggregazione, unità mobili)
A) Utilizzatori di sostanze Drug users / Additive behaviours, patologia espressa / evidente a varie classi di gravità (uso occasionale, periodico o continuativo)	Sostanze stupefacenti illegali	x									x	x					x	
	Alcool	x									x	x					x	
	Farmaci	x									x	x					x	
	Tabacco	x									x	x					x	
	Gioco d'azzardo	x									x	x					x	
	Da tecnologia digitale	x									x	x					x	
	Doping	x									x	x					x	
	Multifattore (poliassuntore)	x									x	x					x	
	Altro	x									x	x					x	
	Non definito	x									x	x					x	
	<b>Totale</b>		<b>x</b>									<b>x</b>	<b>x</b>					<b>x</b>
B) Soggetti a Rischio di uso sostanze (dichiarati o osservati), non patologia evidente anche con possibile evoluzione in patologia espressa	Sostanze stupefacenti illegali	x																x
	Alcool	x																x
	Farmaci	x																x
	Tabacco	x																x
	Gioco d'azzardo	x																x
	Da tecnologia digitale	x																x
	Doping	x																x
	Multifattore (poliassuntore)	x																x
	Altro	x																x
	Non definito	x																x
	<b>Totale</b>		<b>x</b>															
C) Altro (Non utilizzatore e non a rischio specifico) es. famigliari, insegnanti, educatori	Sostanze stupefacenti illegali	x																x
	Alcool	x																x
	Farmaci	x																x
	Tabacco	x																x
	Gioco d'azzardo	x																x
	Da tecnologia digitale	x																x
	Doping	x																x
	Multifattore (poliassuntore)	x																x
	Altro	x																x
	Non definito	x																x
	<b>Totale (di cui: Famigliari, Insegnanti, Educatori)</b>		<b>x</b>															
<b>Gran Totale</b>		<b>x</b>																<b>x</b>

X: dato da rilevare; (\*) da compilare solo per i Dipartimenti delle Dipendenze che non prevedono Unità Operative specifiche interne al carcere di competenza del territorio del Dipartimento;

Tabella rilevazione prevalenza di periodo Movimento Clienti dell'Unità Operativa secondo SESIT nel 1° semestre, II° semestre e nell'anno di riferimento

Tipologia Cliente	Tipo di sostanza / comportamento di Addiction	N. clienti assistiti dall'U.O. (SFA/P)	Movimento clienti						Tipo di trattamento (*)				Sede del trattamento / attività				
			Soggetti in carico da periodo precedente (SCP)	Soggetti nuovi ammessi (SNA)	Soggetti riammessi di tipo A (SRA)	Soggetti riammessi di tipo B (SRB)	Soggetti in mobilità (SM)	Soggetti acquisiti temporaneamente (SMAT)	Intervento / trattamento occasionale	Trattamento intensivo	Trattamento semi intensivo	Sog. dimessi (SD)	Interna	Carcere (**)	Scuola	Ambiente lavorativo	Esterna
A) Utilizzatori di sostanze Drug users / Addictive behaviours, patologia espressa / evidente a varie classi di gravità (uso occasionale, periodico o continuativo)	Sostanze stupefacenti illegali	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Alcool	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Farmaci	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Tabacco	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Gioco d'azzardo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Da tecnologia digitale	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Doping	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Multifattore (poliassuntore)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Altro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Non definito	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Totale		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
B) Soggetti a Rischio di uso sostanze (dichiarati o osservati), non patologia evidente anche con possibile evoluzione in patologia espressa	Sostanze stupefacenti illegali	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Alcool	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Farmaci	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Tabacco	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Gioco d'azzardo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Da tecnologia digitale	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Doping	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Multifattore (poliassuntore)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Altro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Non definito	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Totale		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
C) Altro (Non utilizzatore e non a rischio specifico) es. familiari, insegnanti, educatori	Sostanze stupefacenti illegali	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Alcool	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Farmaci	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Tabacco	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Gioco d'azzardo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Da tecnologia digitale	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Doping	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Multifattore (poliassuntore)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Altro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Non definito	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Totale (di cui: Familiari, Insegnanti, Educatori)		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Gran Totale		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

x: dato da rilevare; (\*) L'utente può essere conteggiato più volte se nel periodo di riferimento l'Unità Operativa ha erogato allo stesso due o più diverse tipologie di trattamenti (\*\*\*) Da compilare solo per i Dipartimenti delle Dipendenze che non prevedono Unità Operative specifiche interne al carcere di competenza del territorio del Dipartimento

Tabella rilevazione prevalenza puntuale Movimento Clienti dell'Unità Operativa secondo il Ministero della Salute alle date del 15 giugno e del 15 dicembre

Tipologia Cliente	Tipo di sostanza / comportamento di Addiction	N. clienti assistiti dall'U.O. (SFA/P)	Movimento clienti						Tipo di trattamento				Sede del trattamento / attività				
			Soggetti in carico da periodo precedente (SCP)	Soggetti nuovi ammessi (SNA)	Soggetti riammessi di tipo A (SRA)	Soggetti riammessi di tipo B (SRB)	Soggetti in mobilità (SM)	Soggetti acquisiti temporaneamente (SMAT)	Intervento / trattamento occasionale	Trattamento intensivo	Trattamento semi intensivo	Soggetti dimissibili (SiD)	Interna	Carcere(*)	Scuola	Ambiente lavorativo	Esterna Altro (strada, luoghi di aggregazione, unità mobili)
A) Utilizzatori di sostanze Drug users / Additive behaviours, patologia espressa / evidente a varie classi di gravità (uso occasionale, periodico o continuativo)	Sostanze stupefacenti illegali																
	Alcool	x	x														
	Farmaci																
	Tabacco																
	Gioco d'azzardo																
	Da tecnologia digitale																
	Doping																
	Multifattore (poliassuntore)																
	Altro																
	Non definito																
	Totale																
B) Soggetti a Rischio di uso non utilizzatori di sostanze (dichiarati o osservati), non patologia evidente anche con possibile evoluzione in patologia espressa	Sostanze stupefacenti illegali																
	Alcool																
	Farmaci																
	Tabacco																
	Gioco d'azzardo																
	Da tecnologia digitale																
	Doping																
	Multifattore (poliassuntore)																
	Altro																
	Non definito																
	Totale																
C) Altro (Non utilizzatore e non a rischio specifico) es. famigliari, insegnanti, educatori	Sostanze stupefacenti illegali																
	Alcool																
	Farmaci																
	Tabacco																
	Gioco d'azzardo																
	Da tecnologia digitale																
	Doping																
	Multifattore (poliassuntore)																
	Altro																
	Non definito																
	Totale (di cui:)																
Familiari																	
Insegnanti																	
Educatori																	
<b>Gran Totale</b>																	

X: dato da rilevare; (\*) da compilare solo per i Dipartimenti delle Dipendenze che non prevedono Unità Operative specifiche interne al carcere di competenza del territorio del Dipartimento;

Tabella rilevazione prevalenza di periodo Movimento Clienti dell'Unità Operativa secondo il Ministero della Salute nell'anno di riferimento

Tipologia Cliente	Tipo di sostanza / comportamento di Addiction	N. clienti assistiti dall'U.O. (SFA/P)	Movimento clienti						Tipo di trattamento (*)					Sede del trattamento / attività					
			Soggetti in carico da periodo precedente (SCP)	Soggetti nuovi ammessi (SNA)	Soggetti riammessi di tipo A (SRA)	Soggetti riammessi di tipo B (SRB)	Soggetti in mobilità (SM)	Soggetti acquisiti temporaneamente (SMAT)	Intervento / trattamento occasionale	Trattamento intensivo	Trattamento semi intensivo	Fine Trattamento	Sog. dimessi (SD)	Interna	Carcere(**)	Scuola	Ambiente lavorativo	Altro (strada, luoghi di aggregazione, unità mobili)	
A) Utilizzatori di sostanze Drug users / Additive behaviours, patologia espressa / evidente a varie classi di gravità (uso occasionale, periodico o continuativo)	Sostanze stupefacenti illegali	x	x	x	x	x	x												
	Alcool																		
	Farmaci																		
	Tabacco																		
	Gioco d'azzardo																		
	Da tecnologia digitale																		
	Doping																		
	Multifattore (poliassuntore)																		
	Altro																		
	Non definito																		
	Totale																		
	B) Soggetti a Rischio di uso non utilizzatori di sostanze (dichiarati o osservati), non patologia evidente anche con possibile evoluzione in patologia espressa	Sostanze stupefacenti illegali																	
		Alcool																	
Farmaci																			
Tabacco																			
Gioco d'azzardo																			
Da tecnologia digitale																			
Doping																			
Multifattore (poliassuntore)																			
Altro																			
Non definito																			
Totale																			
C) Altro (Non utilizzatore e non a rischio specifico) es. famigliari, insegnanti, educatori		Sostanze stupefacenti illegali																	
		Alcool																	
	Farmaci																		
	Tabacco																		
	Gioco d'azzardo																		
	Da tecnologia digitale																		
	Doping																		
	Multifattore (poliassuntore)																		
	Altro																		
	Non definito																		
	Totale (di cui:)																		
	Famigliari																		
	Insegnanti																		
Educatori																			
<b>Gran Totale</b>																			

X: dato da rilevare, (\*) L'utente può essere conteggiato più volte se nel periodo di riferimento l'Unità Operativa ha erogato allo stesso due o più diverse tipologie di trattamenti (\*\*\*) Da compilare solo per i Dipartimenti delle Dipendenze che non prevedono Unità Operative specifiche interne al carcere di competenza del territorio del Dipartimento

Tabella rilevazione prevalenza di periodo Movimento Clienti dell'Unità Operativa secondo l'OEDT nell'anno di riferimento

Tipologia Cliente	Tipo di sostanza / comportamento di Addiction	N. clienti assistiti dall'U.O. (SFA/P)	Movimento clienti						Tipo di trattamento (*)				Sede del trattamento / attività						
			Soggetti in carico da periodo precedente (SCP)	Soggetti nuovi ammessi (SNA)	Soggetti riammessi di tipo A (SRA)	Soggetti riammessi di tipo B (SRB)	Soggetti in mobilità (SM)	Soggetti acquisiti temporaneamente (SMAT)	Intervento / trattamento occasionale	Trattamento intensivo	Trattamento semi intensivo	Sog. dimessi (SD)	Interna	Carcere(**)	Scuola	Ambiente lavorativo	Altro (strada, luoghi di aggregazione, unità mobili)		
<b>A) Utilizzatori di sostanze</b> Drug users / Additive behaviours, patologia espressa / evidente a varie classi di gravità (uso occasionale, periodico o continuativo)	Sostanze stupefacenti illegali	x		x															
	Alcool																		
	Farmaci																		
	Tabacco																		
	Gioco d'azzardo																		
	Da tecnologia digitale																		
	Doping																		
	Multifattore (poliassuntore)																		
	Altro																		
	Non definito																		
	Totale																		
	<b>B) Soggetti a Rischio di uso</b> non utilizzatori di sostanze (dichiarati o osservati), non patologia evidente anche con possibile evoluzione in patologia espressa		Sostanze stupefacenti illegali																
			Alcool																
Farmaci																			
Tabacco																			
Gioco d'azzardo																			
Da tecnologia digitale																			
Doping																			
Multifattore (poliassuntore)																			
Altro																			
Non definito																			
Totale																			
<b>C) Altro</b> (Non utilizzatore e non a rischio specifico) es. famigliari, insegnanti, educatori		Sostanze stupefacenti illegali																	
		Alcool																	
	Farmaci																		
	Tabacco																		
	Gioco d'azzardo																		
	Da tecnologia digitale																		
	Doping																		
	Multifattore (poliassuntore)																		
	Altro																		
	Non definito																		
	Totale (di cui):																		
	Famigliari																		
	Insegnanti																		
Educatori																			
<b>Gran Totale</b>																			

X: dato da rilevare; (\*) L'utente può essere conteggiato più volte se nel periodo di riferimento l'Unità Operativa ha erogato allo stesso due o più diverse tipologie di trattamenti  
 (\*\*) Da compilare solo per i Dipartimenti delle Dipendenze che non prevedono Unità Operative specifiche interne al carcere di competenza del territorio del Dipartimento  
 Nota: Andranno evidenziati i soggetti che non hanno mai avuto un trattamento nella vita (soggetti chiave).



# **STATEMENT**

## **modello concettuale per la valutazione dell'Outcome nei trattamenti delle tossicodipendenze**

---

Principi ed indicazioni per la definizione dei sistemi di valutazione degli esiti dei trattamenti nella pratica clinica





REGIONI PARTECIPANTI AL PROGETTO



**Abruzzo**



**Basilicata**



**Calabria**



**Campania**



**E. Romagna**



**F. V. Giulia**



**Lazio**



**Liguria**



**Lombardia**



**Marche**



**Molise**



**Piemonte**



**P.A. Bolzano**



**P.A. Trento**



**Puglia**



**Sardegna**



**Sicilia**



**Toscana**



**Umbria**



**Valle d'Aosta**

Coordinamento:



giunta regionale

**INDICE**

1. Premesse	119
2. Definizioni	120
3. Finalità della valutazione ed ambiti di utilizzo	122
4. Obiettivi dei trattamenti	122
5. Indicatori quantitativi correlati	123
6. Modello Osservazionale	127
7. La valutazione comparativa	127
8. Valutazione dell'outcome e contesto	128
9. Conclusioni	129

*Responsabile del progetto*

*Giovanni Serpelloni*

Sede operativa: Dipartimento delle Dipendenze, via Germania 20, Verona. 045-8622235, fax 045-8622239,  
e-mail personale: [gserpelloni@dronet.org](mailto:gserpelloni@dronet.org) .  
e-mail del progetto: [sesit@dronet.org](mailto:sesit@dronet.org)

*revisione a cura di:*

Elisabetta Simeoni  
Raffaella Tuppini  
Bruno Genetti

## 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 SESIT 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 dalle Province 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 perlomeno 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 ( maggior o minor gravità) e delle possibilità che i diversi ambienti offrono di operare sul singolo individuo.

Resta comunque la necessità di definire in un secondo momento con ulteriori approfondimenti di tipo tecnico e scientifico, per ogni indicatore individuato, le metodiche per la raccolta, l'elaborazione e la valutazione dei dati, a garanzia di fattibilità e validità dell'informazione che se ne può ricavare.

Il presente modello quindi 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 rispetto ad obiettivi definiti.

### *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 (accessibilità), 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, su 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, modelli di risk adjudgement) – 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.

Classi di Pazienti Isogravità (confronto per gruppi omogenei)	Score di Gravità all'ingresso ( $t_1$ )	Attività di cura	Score di Gravità all'uscita ( $t_2$ )	Outcome ASSOLUTO (0-100)	Outcome RELATIVO (Differenza OUT-IN)
Bassa gravità	10		5	5	-5
Media gravità					
Alta gravità	80		10	10	-70

**Outcome ASSOLUTO:** (0-100) Condizione in base a STD di riferimento teorico (Posizione al  $t_2$ ) indipendentemente dal grado di gravità all'ingresso  
**Outcome RELATIVO:** Differenza OUT-IN, guadagno/perdita dalla condizione all'ingresso

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. Nelle valutazioni di outcome su gruppi di popolazione è necessario definire a priori lo standard medio di confronto.

#### 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 diversificata 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
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 di morte correlata e/o comportamenti devianti correlate.

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
2. ridurre/annullare il rischio di patologie (e/o comportamenti 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 comportamenti 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
1. Costruire e mantenere condizioni di fattibilità del trattamento (aggancio precoce, ritenzione in trattamento)	1. Di performance (efficienza): a. delay time – t tra inizio uso e inizio primo trattamento b. Grado di adherence
2. Curare e reinserire socialmente	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 allo standard sociale	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), il rischio di morte (letalità e mortalità).	4	n. di comportamenti a rischio per infezioni (HIV, HV, MTS, ecc.) n. di episodi di overdose infausta n. di episodi di prostituzione (e/o scambio sesso per droga) n. di episodi criminali/illegali (denunce, condanne, carcerazione) tasso di letalità tasso di mortalità
5	Soddisfare il cliente relativamente all'idoneità delle cure per i propri bisogni sanitari e sociali soggettivamente percepiti.	5	Customer satisfaction

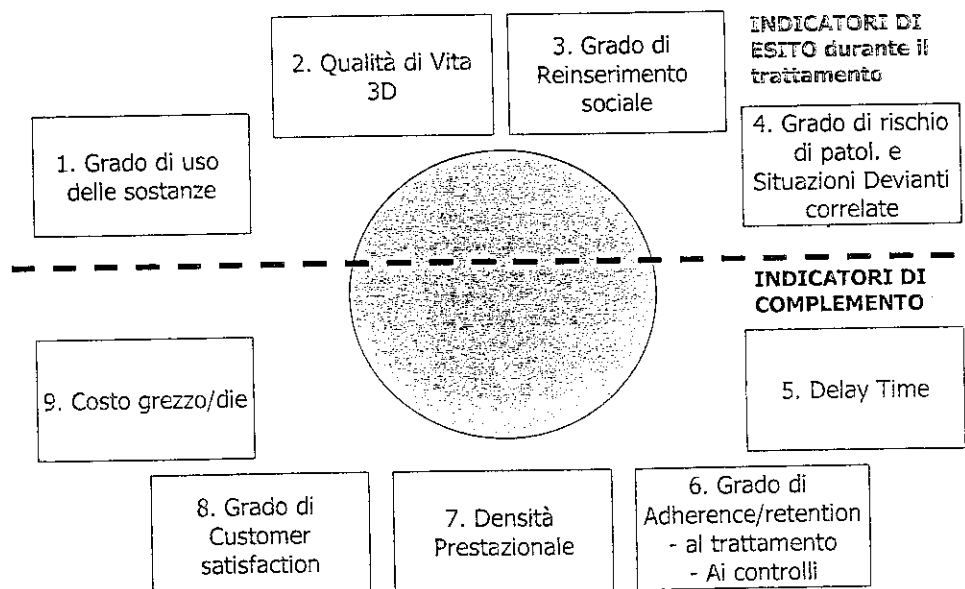
\* "Standard sociale" inteso in senso di "media statistica", tenendo in considerazione la variabilità individuale e sociale di tale concetto. Ricondurre le situazioni problematiche del paziente allo "standard sociale" (inteso come norma) vuol dire portare le condizioni del soggetto in cura il più vicino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



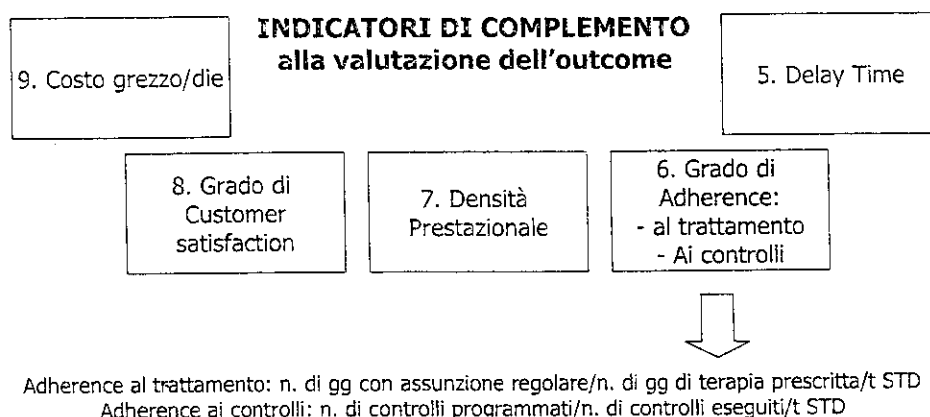
Tabella 2

	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/ retention 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 (N. medio di prestazioni specifiche/t)
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 relativamente all'idoneità delle cure per i propri bisogni sanitari e sociali soggettivamente percepiti.	5	Customer satisfaction

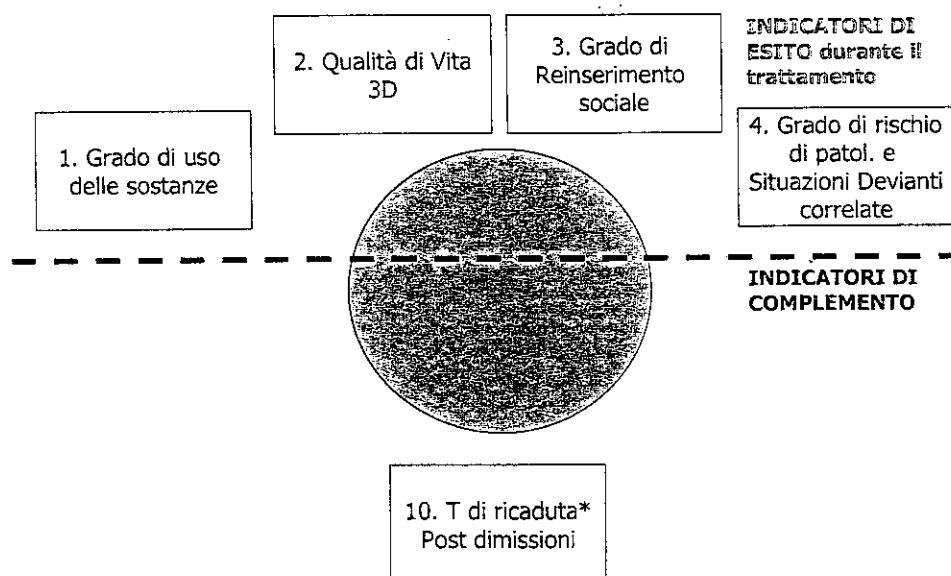
Pannel degli indicatori su singolo individuo per la valutazione dell'outcome nella pratica clinica  
(DURANTE IL TRATTAMENTO)



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 nella pratica clinica  
(DURANTE IL TRATTAMENTO)



\*Ripristino di una nuova condizione di addiction post dimissione

## **Modello osservazionale (tempi, frequenza rilevamento dati):**

Si concorda che per una corretta valutazione dei risultati ottenuti tramite una attribuzione di un giudizio di valore (efficacia o inefficacia) dei diversi trattamenti, è fondamentale distinguere la valutazione che si esegue durante il trattamento (in treatment) e quella che si esegue dopo la dimissione dal trattamento "intensivo", cioè con il paziente inserito nell'ambiente sociale e lavorativo quotidiano (out treatment o follow-up). Nei trattamenti ambulatoriali non sempre queste due fasi sono facilmente distinguibili ma è necessario adottare questa distinzione concettuale per non cadere nel facile errore di comparazione tra trattamenti diversi che operano inoltre con gruppi pazienti molto diversificati in termini di gravità clinica, base motivazionale, fattori prognostici ed quindi rispondenza alle cure ed evolutività.

### *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 una tempificazione così rappresentata: 6 mesi, 12 mesi, 24 mesi, 36 mesi, 5 anni.

Andranno inoltre valutati altri indicatori (rappresentativi della efficacia del trattamento) quali:

1. incidenza/anno di pazienti dimessi in condizione "drug free"/N. tot. sog. In trattamento.
2. la percentuale di soggetti ricaduti (ripristino di stato di dipendenza-uso quotidiano)
3. tempo medio trascorso dalla dimissione in uno stato di "drug free" alla ricaduta.
4. mortalità

Per quanto riguarda il reinserimento lavorativo sarà necessario parametrare il dato osservato sui soggetti in osservazione con il tasso medio di disoccupazione esistente nel territorio di interesse.

## **La valutazione comparativa**

Per eseguire una corretta valutazione, nell'ambito della pratica clinica, dell'outcome ottenuto, si potrà procedere con diverse modalità al fine di produrre una valutazione comparativa da utilizzare nella pratica clinica.

Le possibilità sono molte e lo schema riportato in seguito ne esplicita alcune:

### **1. VALUTAZIONE SU SINGOLO CLIENTE:**

- a) Comparazione della situazione clinica (stato di severità rappresentato tramite gli indicatori predefiniti) al tempo 1 (pre-trattamento) con la situazione riscontrata al tempo 2 (post-trattamento). Questa osservazione ci permetterà di cogliere il "grado di variazione dello stato di severità".

- b) Comparazione della situazione clinica al tempo 2 (post-trattamento) con il valore mediano osservato in un gruppo di pazienti omologhi per gravità e caratteristiche generali, predefinito sulla base delle osservazioni precedenti e degli obiettivi prefissati esplicitati e rappresentati tramite gli indicatori selezionati. Questa osservazione ci permetterà di effettuare una comparazione con risposte al trattamento di gruppi di pazienti omologhi (responsività ai trattamenti comparata).
- c) Comparazione della situazione clinica al punto 2 (post-trattamento) con il valore massimo teorico ottenibile (condizione di risultato ottimale) predefinito indipendentemente dalla classe di gravità iniziale. Questa valutazione ci permetterà una comparazione con standard ottimali teorici (distanza dall'obiettivo finale teorico di guarigione totale).

## 2 VALUTAZIONE SULL'INSIEME DEI PAZIENTI:

- a) comparazione dei risultati ottenuti (variazione del grado di severità) tra gruppi di clienti appartenenti a classi omogenee isogravità all'ingresso, selezionate sulla base a: indice di severità (in ambito medico, tossicologico, sociale, psicologico, legale), durata della tossicodipendenza e motivazione al cambiamento
- b) valutazione comparativa dei risultati su gruppi di pazienti mediante utilizzo di metodologia scientifica (gruppo di controllo, randomizzazione, doppio cieco ecc.). Questa valutazione risulta praticabile per finalità scientifiche e non pratiche.

## **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 di un trattamento confrontando i costi per raggiungere risultati definiti con :

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

E' inoltre indispensabile valutare l'efficacia dei trattamenti/interventi in termini di impatto sul fenomeno generale nel territorio di competenza di tali interventi.

Gli indicatori che possono essere utilizzati a livello di popolazione di adeguata dimensione, per valutare gli esiti di questi interventi, sono di vario tipo.

Alcuni dei quali sono stati proposti come indicatori chiave dall' EMCDDA e dall'OIDT.

La tabella successiva riporta una sintesi di tali indicatori di Impatto degli interventi

**Sull'insieme della popolazione interessata:**

1. Stima del n. di assuntori (per singola sostanza) nella popolazione generale (\*)
2. Atteggiamento sociale verso l'uso di sostanze stupefacenti nella fascia di età 10-15 e 15-20
3. Quantitativi di sostanze stupefacenti sequestrate dalle F.O.
4. Ind. Domanda (n. di sogg. Richiedenti un trattamento/t STD) (\*)
5. Ind. Di Offerta (n. di sogg. Inseriti in trattamento/t STD) (\*)
6. Rapporto D/O
7. Incidenza e prevalenza patologie infettive correlate ( HIV, HBV, HCV, MTS, TBC...) (\*)
8. Incidenza overdose (fauste ed infauste)
9. Incidenza e prevalenza comorbidità patologie psichiatriche droga correlate
10. Reati droga correlati (denunce)
11. Segnalazioni dalla Prefettura (art. 75 DPR 309/90)
12. Popolazione tossicodipendente carcerata
13. Tasso di letalità (decessi droga correlati) (\*)
14. Tasso di mortalità (\*)
15. TREND degli indicatori precedenti

(\*) Indicatori chiave dell'EMCDDA

## Conclusioni

I principi e le indicazioni sopra riportati sono finalizzati a creare un modello concettuale comune, sulla base della letteratura scientifica esistente e delle esigenze derivanti dalla necessità della pratica clinica di avere sistemi di valutazione dei risultati, che permetta di poter costruire sistemi di valutazioni realmente utilizzabili nelle attività quotidiane.

Tutto questo con un insieme di indicatori condivisi a livello nazionale e coerenti con quelli chiave identificati dall'EMCDDA. Gli indicatori elencati dovranno essere correlati a sistemi di raccolta ed elaborazione dati, strutturati in modo da essere inseriti nei processi operativi ed assistenziali dei dipartimenti delle dipendenze in modo tale che la valutazione sia un'attività permanente, connaturata ed inscindibile dalle normali attività di cura.

Il presente statement rappresenta quindi la base condivisa dalle Regioni e dalle Province Autonome su cui poter successivamente definire e strutturare i sistemi e le metodologie per la valutazione dell'outcome degli interventi sulle tossicodipendenze.

## Bibliografia essenziale di riferimento (principali studi e modelli)

- AAVV (2002) *Quality Management Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze*, a cura di Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni, Lorenzo Ramazzo - Edizioni La Grafica
- AAVV (2002) *Project Management La Gestione per progetti, Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e i Dipartimenti delle Dipendenze*, a cura di Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni, Lorenzo Ramazzo - Edizioni La Grafica
- AAVV (2002) *Costi e Benefici Principi e modelli di analisi per i Dipartimenti delle Dipendenze e le Aziende Sanitarie*, a cura di Giovanni Serpelloni, Massimo Margotta, Maximiliano Maroccola, Lorenzo Ramazzo - Edizioni La Grafica
- AAVV (2002) [www.Dronet.org](http://www.Dronet.org) Il portale internet per i Dipartimenti delle Dipendenze, a cura di Giovanni Serpelloni, Ermanno Ancona, Lorenzo Ramazzo - Bonaccorso Editore
- AAVV (2003) *Valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza*, a cura di Monica DeAngeli, Giovanni Serpelloni Edizioni La Grafica
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Lucchini, A., (2001). La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze, 35-179. Franco Angeli, Milano.
- Rajkumar, A. S., & French, M. T. (1997). Drug use, crime costs, and the economic benefits of treatment. *Journal of Quantitative Criminology*, 13, 291-323.
- 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.
- 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.
- Simpson, D. & Brown, B. (Eds.) (1999). Special issue on treatment process and outcome studies from DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*.
- Simpson, D. & Brown, B. (Eds.) (1999). Special issue on treatment process and outcome studies from DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*.
- Simpson, D. D. & Brown, B. (Eds.,) (1999). Special issue: Treatment process and outcome studies from DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2).
- Simpson, D. D., & Curry, S. J. (Eds.) (1997). Special Issue: Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4).
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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**

---



REGIONI PARTECIPANTI AL PROGETTO



**Abruzzo**



**Basilicata**



**Calabria**



**Campania**



**E. Romagna**



**F. V. Giulia**



**Lazio**



**Liguria**



**Lombardia**



**Marche**



**Molise**



**Piemonte**



**P.A. Bolzano**



**P.A. Trento**



**Puglia**



**Sardegna**



**Sicilia**



**Toscana**



**Umbria**



**Valle d'Aosta**

Coordinamento:



gratia regionalis



**INDICE**

Premesse	137
Assetti organizzativi standard	138
Modello assistenziale, processo generale e macrofasi	142
Bisogni socio-sanitari	146
Fasi del processo assistenziale	146
1. Fase di accesso	146
2. Fase di intake o presa in carico	147
3. Fase diagnostica	150
4. Fase di programmazione	150
5. Fase assistenziale	151
6. Fase di dimissione	155
7. Fase di Follow Up	159

*Responsabile del progetto**Giovanni Serpelloni*

Sede operativa: Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, via Germania 20, Verona.  
tel. 045-8622235, fax 045-8622239, e-mail personale: [gserpelloni@dronet.org](mailto:gserpelloni@dronet.org) .  
e-mail del progetto: [sesit@dronet.org](mailto:sesit@dronet.org)

*revisione a cura di:*

Elisabetta Simeoni  
Raffaella Tuppini  
Bruno Genetti

## **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:

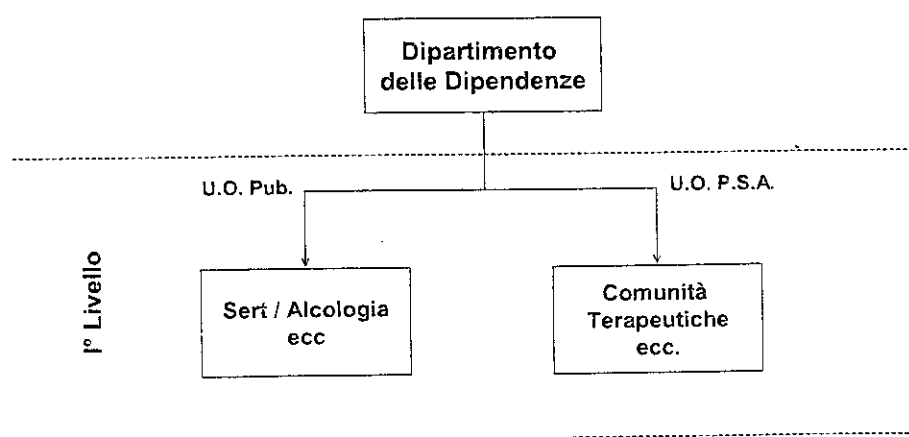
### *Mandato istituzionale dei Dipartimenti delle Dipendenze (Task)*

I Dipartimenti delle Dipendenze devono assolvere principalmente ai seguenti compiti:

- 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
- 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
- pianificare ed attuare interventi di prevenzione primaria su singoli utenti o gruppi di soggetti.

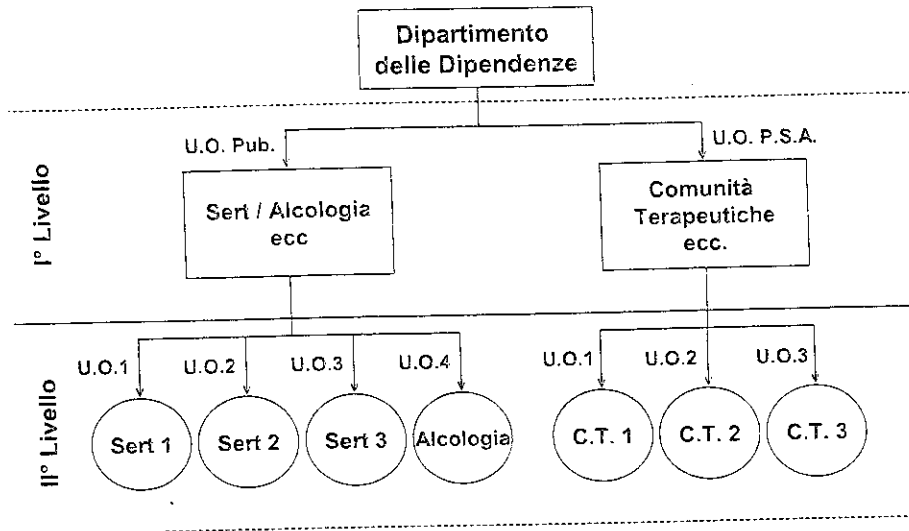
*Macrotipologie di Unità Organizzative:* la struttura tipo dell'organigramma dei Dipartimenti delle Dipendenze, può essere caratterizzata al primo livello da due macrotipologie di Unità Organizzative: le Unità Organizzative Pubbliche rappresentate dall'insieme dei Sert, delle Unità di Alcologia delle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

## Macrotipologia di U.O.



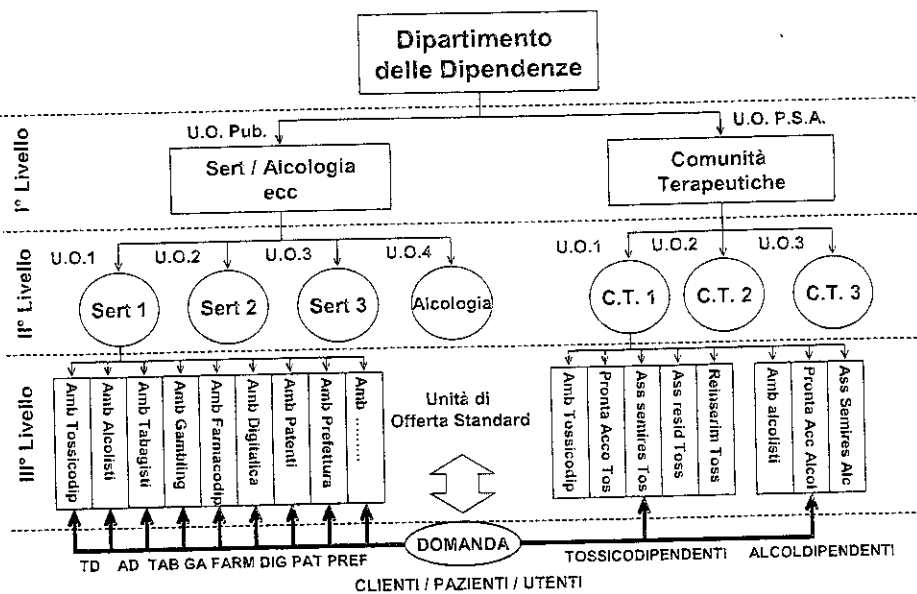
*Unità Organizzative di secondo livello:* ad un livello inferiore (il secondo) ciascuna macrotipologia è rappresentata da Unità Organizzative (U.O. II° livello), definite sulla base di criteri di responsabilità e/o geografici. Ciascuna U.O. II° livello risulta quindi univocamente individuata in relazione 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/additive 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

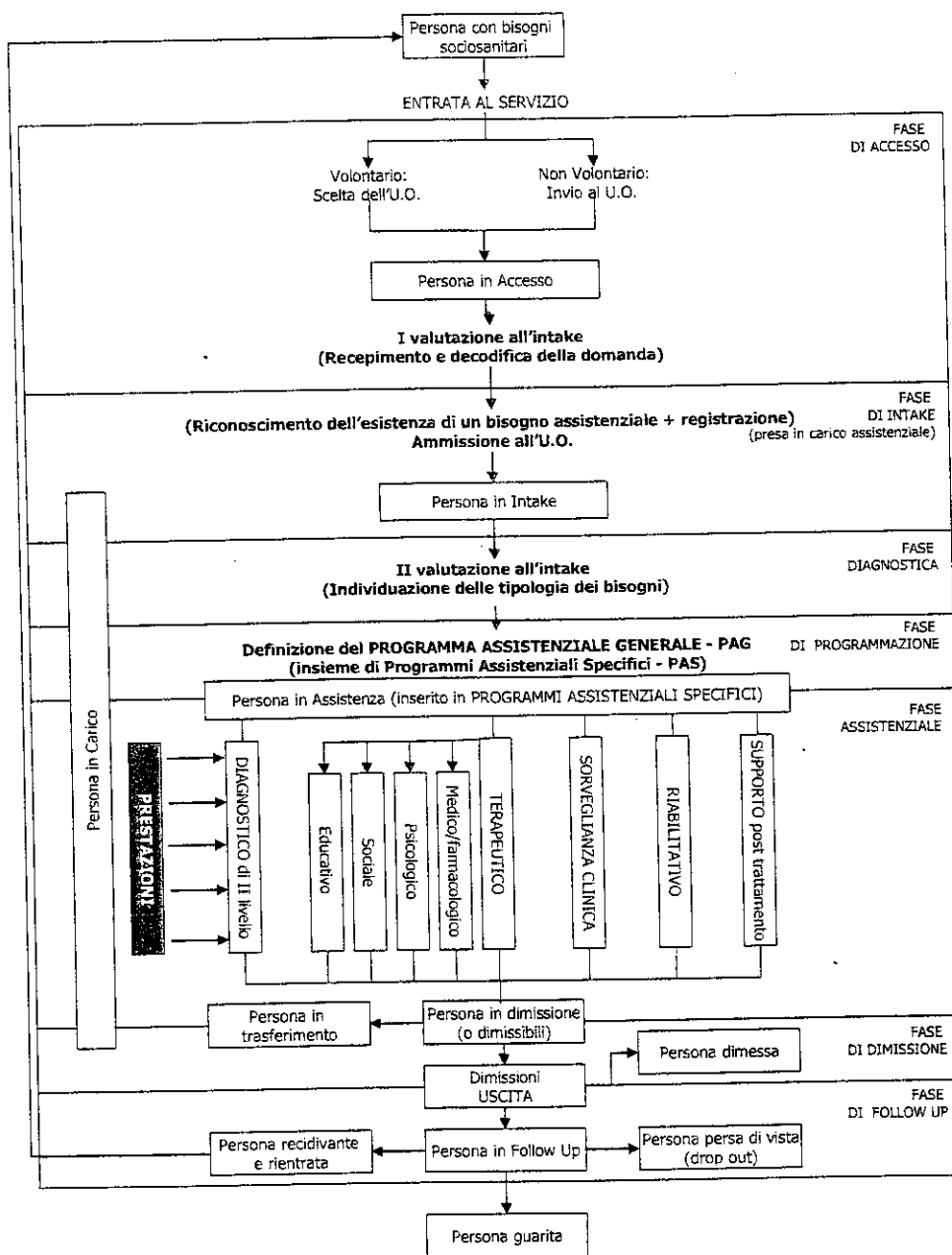
## **Modello assistenziale, processo generale e macrofasi**

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.

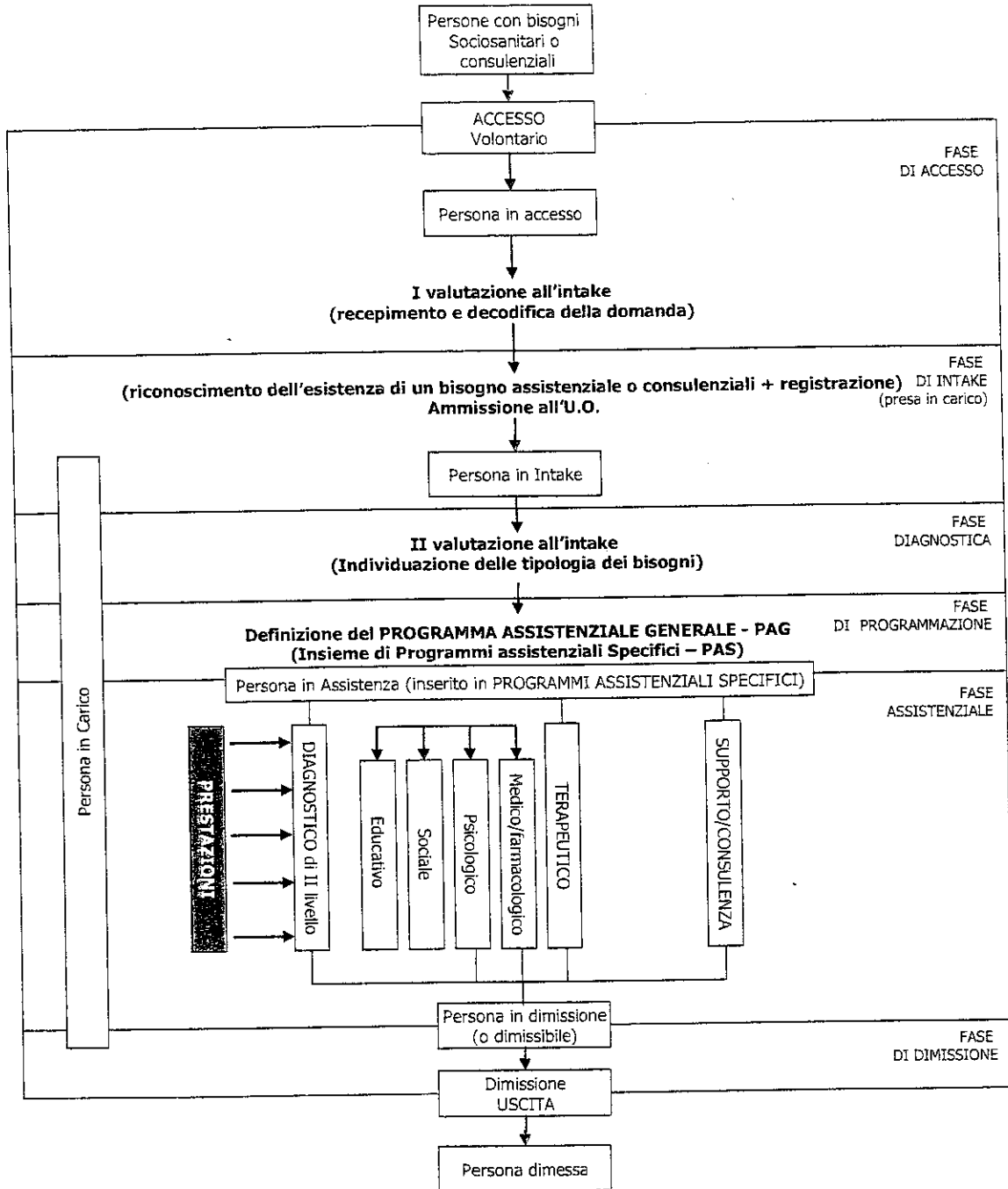
I processi generali di attività sono stati definiti in base alle tre categorie di possibili "clienti" dei Dipartimenti delle Dipendenze e nello specifico: persone utilizzatori di sostanze o con comportamenti di addiction, familiari/educatori e enti/organizzazioni che a vario titolo si rivolgono ai servizi.

*Persone utilizzatori di sostanze o con comportamenti di addiction*

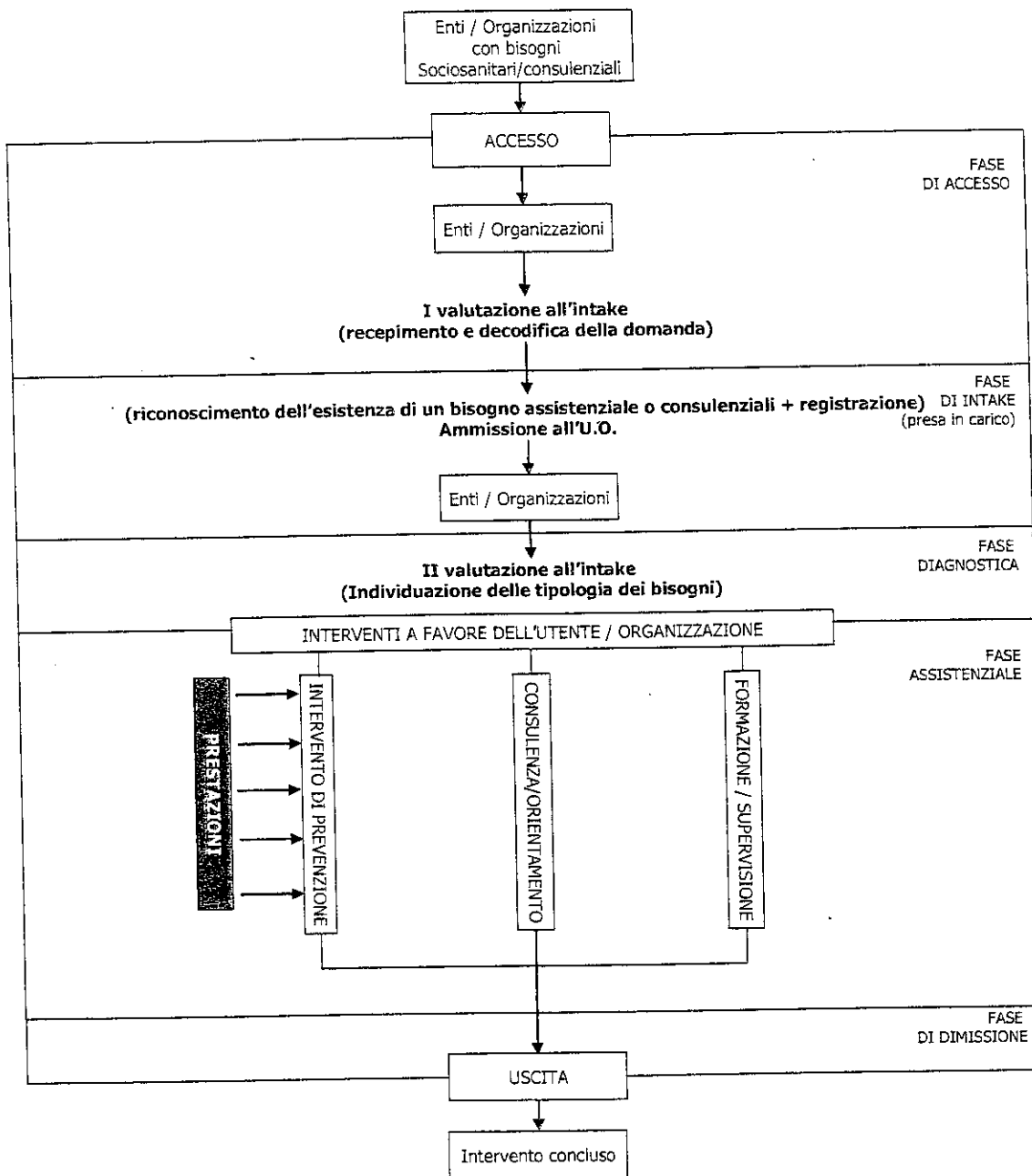




*Familiari / Educatori*



*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<sup>(1)</sup> 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) all’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"> <li>- Allucinogeni</li> <li>- Amfetamine</li> <li>- Ecstasy e analoghi</li> <li>- Barbiturici</li> <li>- Benzodiazepine</li> <li>- Cannabinoidi</li> <li>- Cocaina</li> <li>- Crack</li> <li>- Eroina</li> <li>- Metadone</li> <li>- Buprenorfina</li> <li>- Altri oppiacei</li> <li>- Inalanti volatili</li> <li>- Altre sostanze stupefacenti</li> </ul> <p>Viene escluso l'alcol come droga primaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oppiacei               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eroina</li> <li>- Metadone</li> <li>- Buprenorfina</li> <li>- Altri oppiacei</li> </ul> </li> <li>- Cocaina e crack               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cocaina</li> <li>- Crack</li> </ul> </li> <li>- Stimolanti               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amfetamine</li> <li>- MDMA e derivati</li> <li>- Altri stimolanti</li> </ul> </li> <li>- Ipnotici e sedativi               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barbiturici</li> <li>- Benzodiazepine</li> <li>- Altri ipnotici e sedativi</li> </ul> </li> <li>- Allucinogeni               <ul style="list-style-type: none"> <li>- LSD</li> <li>- Altri allucinogeni</li> </ul> </li> <li>- Inalanti volatili</li> <li>- Cannabinoidi</li> <li>- Altre sostanze stupefacenti</li> <li>- Non nota</li> </ul> <p>Vengono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il tabacco come droga primaria;</li> <li>- l'alcol come droga primaria.</li> </ul>

### 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

E' 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.)

	Finalità del P.A.S.	Definizioni
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.

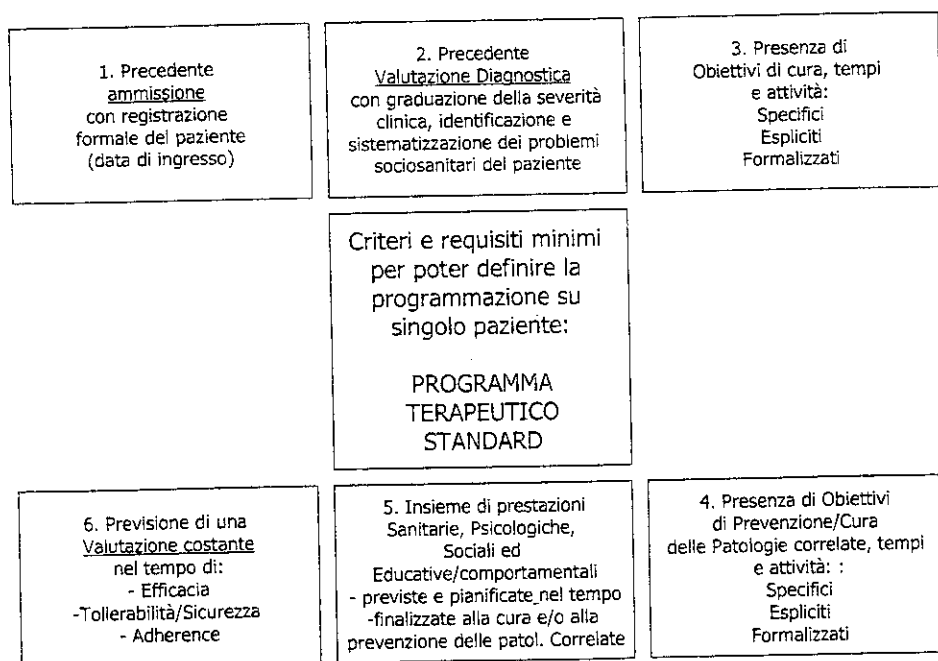
I vari programmi della fase assistenziale possono intrecciarsi e ripetersi in relazione all'evoluzione clinica della persona in assistenza



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

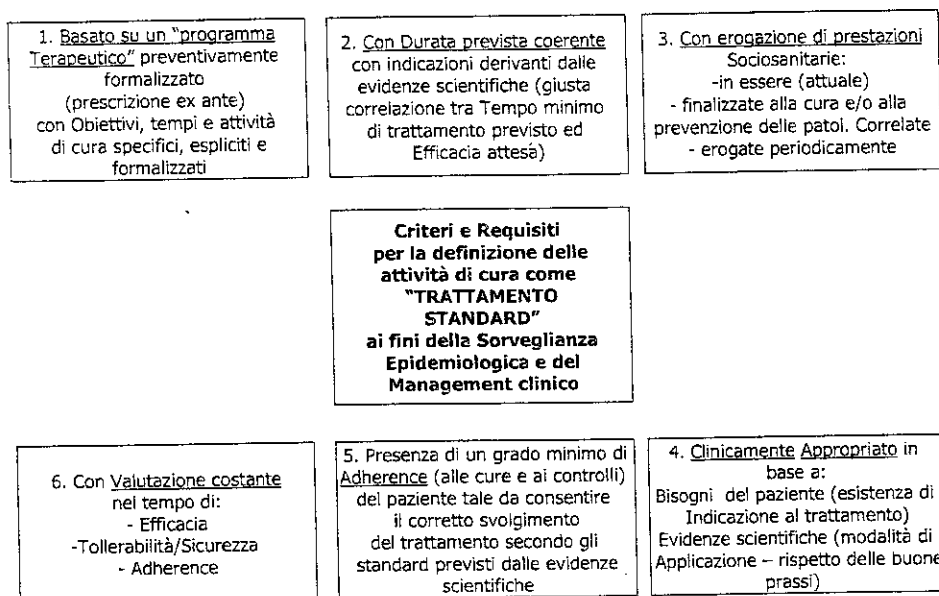
*Programma terapeutico:* l'insieme delle prestazioni mediche e/o psicologiche e/o sociali e/o educative riabilitative previste e pianificate nel tempo sulla base di specifici obiettivi di cura e di prevenzione delle patologie correlate, formalizzati e formulati dopo un rilevamento dei bisogni, una valutazione 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

*Criteria 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.

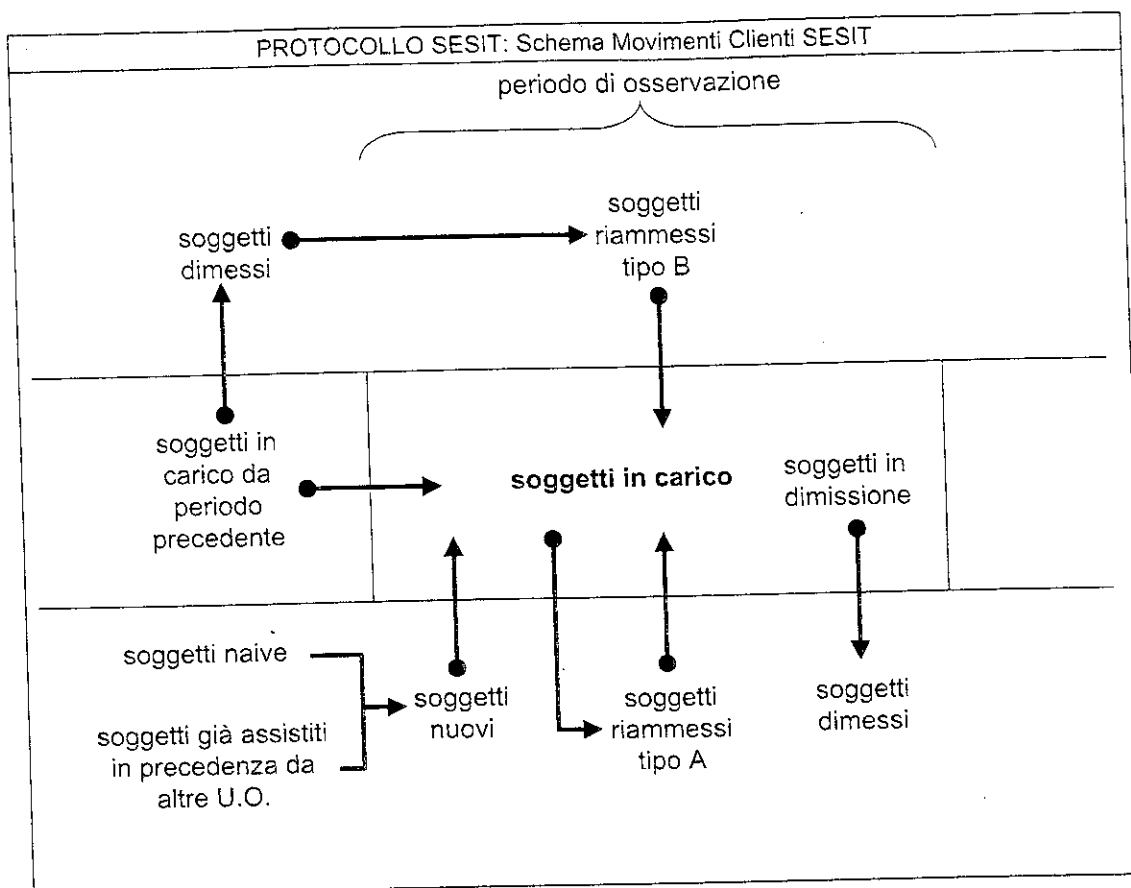
*Trasferimento*: atto di invio della persona in assistenza ad un'altra unità operativa con passaggio formale delle consegne relativamente all'assistenza fornita (programmi terapeutici-prescrizioni, e/o di sorveglianza clinica) con trasferimento anche delle responsabilità cliniche, gestionali e legali 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. **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:
  - 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.
  - 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:
    - 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.
  - 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:
    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)
    2. **Sogg. riammessi di tipo B (SR-B)**  
 Soggetti già conosciuti e non in carico dal periodo precedente perché dimessi in precedenza che nel corso del periodo in osservazione sono stati riammessi (nuovo trattamento).
  - d. **Soggetti in mobilità (SM)**
    1. **Soggetti trasferiti** ad altra unità operativa esterna (flusso in uscita)
    2. **Soggetti acquisiti** per trasferimento da altra unità operativa esterna, temporaneamente (**SMAT**) (in transito o "appoggiati") o permanentemente. (flusso in entrata)
2. **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.
3. **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
  - 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

**ALTRE SPECIFICHE**

1. **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).
2. **Tempo totale di assistenza / periodo (TTA)**  
 Consiste nella sommatoria dei giorni di assistenza erogati per singolo soggetto assistito nel periodo in osservazione.
3. **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).



### *Modalità dei conteggi 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:

1. 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.
2. 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: (in base a dove si trova fisicamente il cliente)
Ser.T.	Comunità Terapeutica	
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.

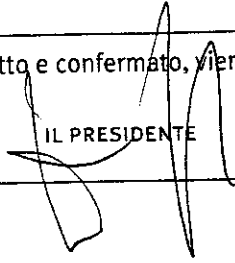


Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO



IL PRESIDENTE



Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 19.7.05  
al Dipartimento interessato  al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO

F. Luongo

