



# LA VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ NEGLI INTERVENTI SULLE DIPENDENZE: UNA PROPOSTA PER UN MODELLO CONDIVISO

Giovanni Serpelloni <sup>1)</sup> e Gruppo di discussione <sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Osservatorio Regionale sulle Dipendenze - Regione Veneto

<sup>2)</sup> Gruppo di discussione: Roberto Cafiso, Riccardo Gatti, Mauro Ceccanti, Renato Caforio, Roberto Pirastu, Salvatore Lo Bue, Pietro Canuzzi, Natalia Mogliocchetti, Alfonso Mazzacara, Francesco Vismara.

## PREMESSE

### I DIVERSI ORIENTAMENTI E LA NECESSITÀ DI UNA BASE COMUNE

Gli approcci alla valutazione dei sistemi sociosanitari possono essere diversi e non esiste ad oggi un unico riferimento ma è necessario raggiungere un accordo di massima almeno su un modello generale su cui orientare i sistemi Regionali. Questo documento rappresenta una base di partenza per la discussione, preparata e concordata all'interno dei gruppi di lavoro per la preparazione della Conferenza Nazionale sulle Droghe 2005.

Non si può nascondere che esiste una certa difficoltà ad introdurre la cultura e l'abitudine alla valutazione a tutti i vari livelli ma non è più possibile procrastinare l'introduzione e l'applicazione costante di queste metodologie e sistemi operativi.

### LE FINALITÀ E L'UTILIZZO DELLA VALUTAZIONE

È indispensabile premettere che il sistema di valutazione è la base necessaria e funzionale al "Decision Making" e cioè che la sua finalità principale, e per la quale si esegue la valutazione, è proprio la sua funzione vicariante il prendere decisioni. Qualsiasi attività valutativa quindi verrà intrapresa e mantenuta solo se utile al Decision Making.

Si vuole quindi governare il sistema assistenziale/produttivo attraverso decisioni consapevoli, basate su informazioni affidabili, al fine di orientarlo verso il punto di migliore equilibrio economico (massimi risultati ai minimi costi).

Risulta necessario chiarire preliminarmente che la finalità principale dell'introduzione permanenti di sistemi per la valutazione è quella quindi di capire i punti critici di una organizzazione, del processo assistenziale, di una terapia o di tutto ciò che in qualche modo abbia bisogno di un controllo costante, attraverso l'utilizzo di indicatori sintetici e rappresentativi, per governare l'andamento in termini di consumi, produttività, qualità e risultati concreti degli interventi sulle persone assistite.

Tutto questo quindi al fine di governare permanentemente il sistema e migliorare il servizio alla persona anche mediante un uso razionale delle risorse.

In altre parole la finalità della valutazione, per essere accettata dagli operatori e diventare di suc-

cesso, dovrà essere quella di poter rendere espliciti e visibili i problemi al fine di poter individuare precoci ed efficaci soluzioni, controllandone in seguito il reale effetto benefico. Il tutto dentro un ciclo virtuoso di osservazione – programmazione – azione – controllo – miglioramento continuo, che è indispensabile attuare permanentemente e costantemente all'interno di qualsiasi organizzazione che si occupi di servizi alle persona.

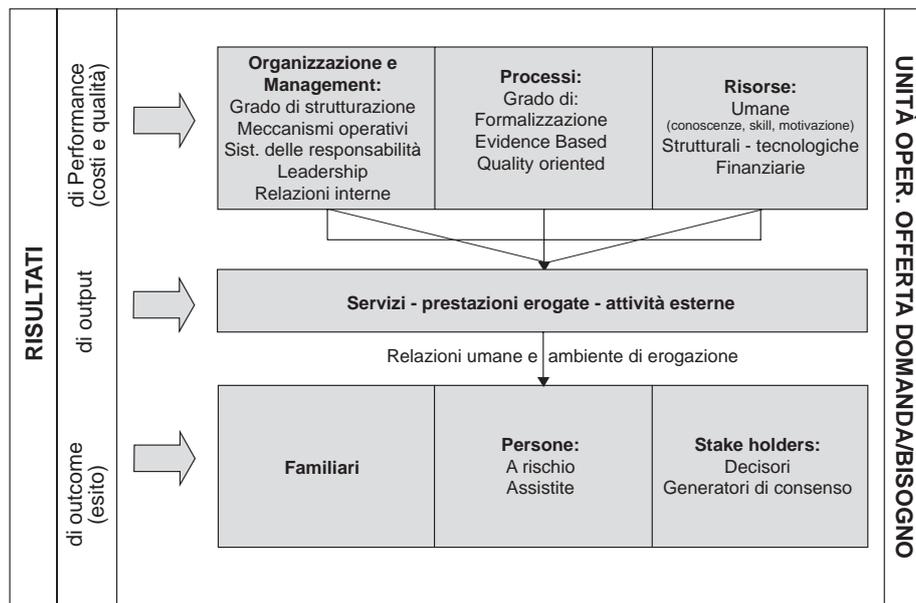
Gli strumenti ed i sistemi di valutazione devono essere intesi quindi come sistemi per individuare e risolvere problemi non per individuare e imputare “colpe”. Vanno quindi escluse finalità “punitive o di controllo censorio” degli operatori che in questo caso risulterebbero inopportune ed inutili oltre che portare alla non accettazione dei sistemi di valutazione e quindi al loro non utilizzo.

In altre parole: “non sparate sul pianista perché smetterà di suonare” ma “dategli un nuovo spartito e suonerà meglio”.

Tab. 1: Principali ambiti oggetto di valutazione nei dipartimenti delle dipendenze

N.	Ambiti	Principali specifiche
	Bisogni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stima dei bisogni preventivi ed assistenziali</li> <li>• n. persone a rischio</li> <li>• n. assistiti esprimenti una domanda</li> <li>• tipologia di utenza e domanda</li> <li>• n. di persone con bisogno di assistenza non esprimenti una domanda</li> </ul>
	Risorse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• risorse umane (n. operatori, loro competenze e motivazione)</li> <li>• Strutture produttive e tecnologie</li> <li>• Finanziamenti</li> <li>• Consumo e utilizzo razionale delle risorse</li> <li>• Ambienti di erogazione</li> </ul>
	Organizzazione e management	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado di strutturazione e formalizzazione</li> <li>• Mecc. Operativi (sist. Info., budget ecc.)</li> <li>• Efficienza produttiva interna</li> <li>• Sistema delle responsabilità</li> <li>• Leadership</li> <li>• Relazioni interne</li> </ul>
	Processi assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizzo dell'evidence based</li> <li>• Qualità (con particolare attenzione all'adeguatezza e rispetto delle relazioni umane)</li> <li>• Efficienza</li> <li>• Coerenza e coordinamento interno</li> </ul>
	Risultati finali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risultati clinici nel breve, medio, lungo termine – efficacia in pratica in relazione a: uso di sostanze, reinserimento sociale, qualità di vita e prevenzione delle patologie correlate.</li> <li>• Grado soddisfazione degli assistiti e loro familiari, degli operatori, degli stake holders</li> <li>• Impatto sul fenomeno globale (efficienza esterna)</li> </ul>

Fig. 1: Aree su cui è necessario avere informazioni per poter governare il sistema assistenziale.



#### VALUTAZIONE E DECISION MAKING

In considerazione del fatto che le attività di valutazione sono di solito molto impegnative, è necessario selezionarle in modo da espletare solo quelle che saranno effettivamente utili e realmente utilizzate per migliorare le attività. Il criterio principale per selezionare tali attività è che le azioni di valutazione e i risultati informativi da esse derivanti dovranno essere utili al decision making. Valutare costa tempo, impegno e fatica e tali sforzi devono essere esclusivamente fatti, in un ottica fortemente pragmatica, solo se le informazioni derivanti da questi sistemi sono realmente utilizzati per prendere decisioni, sia che riguardi decisioni cliniche, organizzative o strategiche generali.

#### PRECONDIZIONI PER LA DEFINIZIONE DEI SISTEMI DI VALUTAZIONE

Entrando un po' più nel merito e dovendo condividere alcune definizioni generali è utile ricordare che Valutare, cioè "attribuire un giudizio di valore", implica che siano chiare e condivise preliminarmente almeno cinque condizioni:

1. la finalità della valutazione (perché valutare)
2. gli oggetti in valutazione, (che cosa valutare)
3. gli indicatori
4. gli strumenti di misurazione e la modalità, (come valutare gli oggetti)
5. lo standard di riferimento con cui confrontare e valorizzare i risultati in osservazione (con che cosa comparare i risultati osservati).

Le diverse finalità della valutazione condizionano ex ante la strutturazione dei sistemi, in virtù del fatto che gli output attesi da questi sistemi devono soddisfare necessità diverse anche in base al ruolo e al compito del fruitore delle informazioni derivanti dal sistema di valutazione.

### L'APPROCCIO SISTEMICO ALLA VALUTAZIONE: L'OSSERVAZIONE MULTIDIMENSIONALE ED INTEGRATA

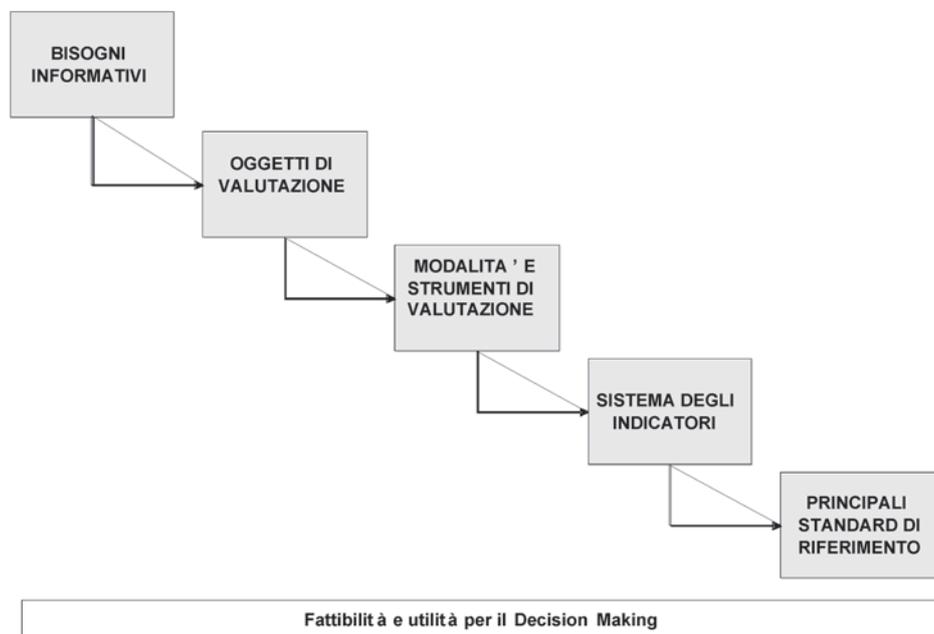
Va sottolineata che per una corretta valutazione all'interno dei dipartimento dovrà essere adottato un approccio che preveda la contemporanea attenzione a tutti gli oggetti sopra riportati in modo da poter interpretare ogni singolo oggetto anche alla luce dei risultati degli altri oggetti: es. esito dei trattamenti a fronte dei costi sostenuti, n. di prestazioni a fronte dei costi, risultati ottenuti e soddisfazione dei vari "clienti", ecc. vi è quindi la necessità di ribadire che il modello qui proposto e condiviso è quello di una "Valutazione multidimensionale, integrata e permanente".

Per poter attuare ciò sono necessari una serie di modalità e strumenti di misurazione non che di standard su cui comparare i risultati osservati e poter attribuire un giudizio di valore.

### LA LOGICA DELLA VALUTAZIONE: BISOGNI INFORMATIVI, OGGETTI DI VALUTAZIONE, MACROINDICATORI, MODALITÀ E STRUMENTI DI MISURAZIONE, E STANDARD DI RIFERIMENTO

Per meglio comprendere come sviluppare i modelli e i sistemi per la valutazione delle attività e delle organizzazioni dedicate all'assistenza alle persone, è utile prendere in considerazione la logica per singoli step che è utile seguire a tale scopo.

Fig. 2: Principali step logici per la definizione dei modelli e dei sistemi per la valutazione



#### BISOGNI INFORMATIVI

Una logica pratica da utilizzare nella definizione di sistemi per la valutazione è quella di partire dai bisogni informativi dei vari attori del settore identificando di conseguenza quali sono gli oggetti della valutazione. Successivamente si potrà essere in grado di identificare i macroindi-

catori e le migliori modalità e strumenti di misurazione, per arrivare a definire gli standard con cui confrontarci per capire ed esprimere un giudizio di valore sui risultati raggiunti.

Quindi nel campo delle dipendenze da sostanze e degli interventi che vengono svolti in esso, molti possono essere gli “oggetti di valutazione” a seconda dell’osservatore e dei suoi “bisogni informativi” ma fondamentalmente, al fine di governare il sistema assistenziale (qualsiasi esso sia) possiamo riassumerli in alcune principali macro categorie in base ad un serie di semplici domande alle quali vorremmo delle risposte in modo tale da farci capire direttamente ed esaurientemente la situazione in esame e poter prendere decisioni adeguate:

Tab. 2: Bisogni informativi

1	Quale è il grado e il tipo di bisogno (quantità di persone interessate, aspettative di risposta dei cittadini e problemi esistenti)?
2	Il dipartimento e le singole unità operative sono validamente organizzati per poter dare risposte adeguate? Con quale grado di efficienza produttiva interna dei dipartimenti si raggiungono tali risultati (possibile miglioramento del rendimento)?
3	Con quali modalità e con quale qualità vengono assistite le persone e quale grado di aderenza c'è alle evidenze scientifiche?
4	Quanti e quali sono i servizi e le prestazioni erogate?
5	Quanto costa tutto ciò e che relazione c'è con i risultati raggiunti?
6	Con quali risorse a disposizione si sta operando e come vengono impiegate?
7	Qual è la situazione professionale del personale?
8	Quale è il grado di efficacia in pratica sul core del problema (uso di sostanze, reinserimento sociale e prevenzione delle patologie correlate) raggiunto dal nostro lavoro sia durante il trattamento che dopo il trattamento (follow up di lungo termine)?
9	Con quale grado di soddisfazione dei nostri “clienti”, degli operatori e degli stake holders?
10	Quanti e quali bisogni con la nostra risposta vengono soddisfatti e quanti non lo sono?

OGGETTI DI VALUTAZIONE

Di conseguenza i principali oggetti di valutazione per i quali sarà necessario ed auspicabile avere informazioni utili al decision making attraverso sistemi integrati di valutazione possono essere:

Tab. 3: Bisogni informativi e oggetti di valutazione

Area		bisogni informativi	Oggetti di valutazione
Bisogni	1	quale è il grado e il tipo di bisogno (quantità di persone interessate, aspettative dei cittadini e problemi esistenti)? Quali sono le aspettative delle persone assistite e dei cittadini?	Dimensioni epidemiologiche nell'area di attività dei soggetti a rischio, degli utilizzatori di sostanze e tipologia dei pattern d'uso. Aspettative/bisogni delle persone assistite e dei cittadini.
Organizzazione	2	il dipartimento e le singole unità operative sono validamente organizzati per poter dare risposte adeguate? Con quale grado di efficienza produttiva interna dei dipartimenti si raggiungono tali risultati (possibile miglioramento del rendimento)?	Assetto organizzativo e grado di formalizzazione Sistema delle responsabilità Mecc. Operativi (sist. Informativo, budget, ecc.) Tipo di leadership Efficienza interna o produttiva
Processi	3	con quali modalità e con quale qualità vengono assistite le persone e quale grado di aderenza c'è alle evidenze scientifiche?	Grado di Aderenza ai processi predefiniti come di qualità e grado di "Evidence based"
Risultati intermedi (servizi e prestazioni)	4	quanti e quali sono i servizi e le prestazioni erogate?	Prestazioni semplici e complesse erogate (volumi, densità su singolo assistito, mixing e qualità)
Risorse utilizzate	5	quanto costa tutto ciò e che relazione c'è con i risultati raggiunti?	Costi e benefici
	6	con quali risorse a disposizione si sta operando e come vengono impiegate?	"Sistema produttivo" (risorse a disposizione in relazione ai bisogni esterni): capacità produttiva attesa in base alle risorse a disposizione e osservata in base alle prestazioni realmente erogate
	7	Qual è la situazione professionale del personale?	Competenze (conoscenze + skill), motivazione, clima interno
Risultati finali (esiti)	8	quale è il grado di efficacia in pratica sul core del problema (uso di sostanze, reinserimento sociale e prevenzione delle patologie correlate) raggiunto dal nostro lavoro sia durante il trattamento che dopo il trattamento (follow up di lungo termine)?	Risultati durante il trattamento e finali post trattamento (follow up di lungo termine) - Efficacia in pratica (effectiveness)
	9	Con quale grado di soddisfazione dei nostri "clienti", degli operatori e degli stake holders?	Customer satisfaction di: persone assistite operatori stake holders
	10	Quanti e quali bisogni con la nostra risposta vengono soddisfatti e quanti non lo sono?	servizi e prestazioni erogate in relazione al bisogno esterno (Efficienza esterna o allocativa)

## MODALITÀ E STRUMENTI DI MISURAZIONE

La tabella successiva riporta le principali modalità e strumenti di misurazione utilizzabili senza la pretesa di essere esaustiva ma comunque indicative ed utili per la pratica clinica.

Tab. 4: Oggetti e di valutazione e le principali modalità e strumenti di misurazione.

	Oggetti di valutazione	Modalità e strumenti di misurazione
1	Dimensioni epidemiologiche nell'area di attività dei soggetti a rischio, degli utilizzatori di sostanze e tipologia dei pattern d'uso	Stime di prevalenza sugli utilizzatori Analisi dei trend mediante misure di incidenza
2	Assetto organizzativo e grado di formalizzazione Sistema delle responsabilità Mecc. Operativi (sist. Informativo, budget, ecc.) Tipo di leadership Efficienza interna o produttiva	Analisi organizzativa mediante tecniche STD
3	Grado di Aderenza ai processi predefiniti come di qualità e grado di "Evidence based"	Quality management Process adherence controller EB STD
4	Prestazioni semplici e complesse erogate (volumi, densità su singolo assistito, mixing e qualità)	Sistema rilevamento prestazioni STD Sesit (volume, densità e mixing in base alla finalità)
5	Costi e benefici	Costi diretti ed indiretti Rapporto costi produttivi/prestazioni erogate (valorizzate in senso monetario) Analisi dei costi e dei benefici, costo/utilità, costo/efficacia
6	"Sistema produttivo" (risorse a disposizione in relazione ai bisogni esterni): capacità produttiva attesa in base alle risorse a disposizione e osservata in base alle prestazioni realmente erogate.	Strutture e risorse tecnologiche disponibili parametrate Descrittiva STD delle U.O. mediante risorse "equivalenti" (operatori, quote finanziarie di investimento budgettato, finanziamenti extra disponibili, ecc.) Sistema delle prestazioni tariffate
7	Competenze (conoscenze + skill), motivazione del personale, clima interno	Analisi delle conoscenze e delle skill professionali e relazionali del personale Analisi di clima
8	Risultati finali - Efficacia in pratica (effectiveness)	Valutazione della aderenza al trattamento (ritenzione in trattamento) Valutazione dell'outcome individuale (effectiveness) durante il trattamento e dopo il trattamento (follow up di lungo termine – tasso di ricaduta) Valutazione dell'outcome di sistema (risultati del dipartimento nel suo complesso)
9	Customer satisfaction di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• persone assistite</li> <li>• operatori</li> <li>• stake holders</li> </ul>	Sistemi per il rilevamento STD della C.S. Sondaggi di opinione
10	Servizi e prestazioni erogate in relazione al bisogno esterno (Efficienza esterna o allocativa)	Rapporto bisogni/offerta erogata (valorizzate in gg di assistenza attesi/erogati e n. di soggetti in carico/n. di soggetti con bisogni)

SISTEMA DEGLI INDICATORI E STANDARD DI RIFERIMENTO

Per poter esprimere un giudizio di valore occorre quindi anche un “sistema di indicatori” condivisi e semplici che possano essere utilizzati per la rappresentazione surrogata della realtà oggetto di valutazione. Questi indicatori dovranno essere il più diretti possibili e cioè in stretta correlazione con il fenomeno che dovrebbero rappresentare, validamente rappresentativi ma soprattutto selezionati in relazione a due fondamentali parametri:

1. grado di fattibilità (facile raccolta, utilizzo, elaborazione ed interpretazione)
2. reale utilità per il decision making sia clinico che organizzativo

Sulla base dei risultati osservati mediante l'utilizzo di questi indicatori sarà inoltre possibile determinare gli standard di riferimento con cui confrontare e valorizzare i risultati in osservazione. In altre parole si tratta di definire il “base line” minimo a cui arrivare per considerare il risultato atteso, raggiunto e “soddisfacente”.

È chiaro che questa operazione può portare in se una serie di difficoltà e complessità che risentono anche dei valori che l'organizzazione operante si è data, formalizzati nella sua vision e della sua mission. Un modo semplice ma altrettanto efficace di fissare uno standard iniziale su cui andare a formulare le prime valutazioni per affinare in seguito il sistema degli standard di riferimento è quello di far riferimento, nel caso di molteplici U.O., alla media (o mediana) del parametro in valutazione calcolato sulla base dei risultati delle singole U.O. e quindi osservare il grado di scostamento (positivo o negativo) da tali valori delle singole U.O..

Tab. 5: Macroindicatori e principali standard di riferimento

	Oggetti di valutazione	Modalità e strumenti di misurazione	Macroindicatori	Principali STD di riferimento
1	Dimensioni epidemiologiche nell'area di attività, dei soggetti a rischio, degli utilizzatori di sostanze e tipologia dei pattern d'uso	Stime di prevalenza sugli utilizzatori Analisi dei trend mediante misure di incidenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalenza per singola tipologia di sostanza e per fasce di età</li> <li>• Incidenza nuovi utilizzatori</li> <li>• Scostamento da valori medi regionali e/o nazionali e/o europei</li> </ul>	Valori medi riscontrati a livello regionale e/o nazionale e/o europei
2	Assetto organizzativo e grado di formalizzazione Sistema delle responsabilità Mecc. Operativi (sist. Informativo, budget, ecc.) Tipo di leadership Efficienza interna o produttiva	Analisi organizzativa mediante tecniche STD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Giudizio degli operatori</li> <li>• Valutazione terza</li> <li>• Scostamento da requisiti minimi di accreditamento</li> </ul>	Da creare per il dipartimento delle dipendenze sulla base dei vari sistemi di accreditamento regionali
3	Grado di Aderenza ai processi predefiniti come di qualità e grado di “Evidence based”	Quality management Process adherence controller EB STD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado di EB applicato ai propri processi</li> <li>• Grado di aderenza ai processi di Q predichiarati</li> <li>• Scostamento da valori medi regionali e/o nazionali e/o europei</li> </ul>	Alto grado di EB >80 % di aderenza

4	Prestazioni semplici e complesse erogate (volumi, densità su singolo assistito, mixing e qualità)	Sistema rilevamento prestazioni STD Sesit (volume, densità, mixing in base alla finalità e qualità)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volume: n. totale di prestazioni erogate (per tipo)/tempo STD</li> <li>• Densità: n. medio di prestazioni erogate al soggetto/tempo STD</li> <li>• Mixing: % delle prestazioni in base alle singole finalità di erogazione (preventive, di cura, riabilitative ecc. – vedi standard SESIT)</li> <li>• Qualità: da definire in base alle determinazioni delle singole regioni</li> <li>• Scostamento da valori medi regionali e/o nazionali e/o europei</li> </ul>	Da creare per il dipartimento delle dipendenze sulla base dei vari sistemi di accreditamento regionali, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Valori medi riscontrati a livello regionale e/o nazionale
5	Costi e benefici	Analisi dei Costi diretti ed indiretti Rapporto costi produttivi/prestazioni erogate (valorizzate in senso monetario) Analisi del rapporto costi/benefici, costo/utilità, costo/efficacia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costi diretti</li> <li>• Costi indiretti</li> <li>• Rapporto % con bilancio Aziendale</li> <li>• Costo produttivo delle singole prestazioni indice</li> <li>• Costo medio/die/soggetto per giornata di assistenza con terapia efficace (non assunzione di sostanze)</li> <li>• Rapporto CB, CU, CE</li> <li>• Scostamento da valori medi regionali e/o nazionali e/o europei</li> </ul>	Valori medi regionali o nazionali standardizzati per U.O.
6	“Sistema produttivo” (risorse a disposizione in relazione ai bisogni esterni): capacità produttiva attesa in base alle risorse a disposizione e osservata in base alle prestazioni realmente erogate.	Strutture e risorse tecnologiche disponibili parametrizzate Descrittiva STD delle U.O. mediante risorse “equivalenti” (operatori, quote finanziarie di investimento budgettato, finanziamenti extra disponibili, ecc.) Sistema delle prestazioni tariffate	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. di operatori equivalenti (per singolo profilo professionale e parametrati sul n. di sogg. assistiti)</li> <li>• metri quadrati a disposizione per servizi assistenziali diretti (parametrati su n. di sogg. assistiti)</li> <li>• quota di budget grezzo a disposizione (parametrato su n. di sogg. assistiti)</li> <li>• volume per tipologia di prestazioni attese (paramtrate sulla base degli operatori presenti)</li> <li>• Scostamento da valori medi regionali e/o nazionali e/o europei</li> </ul>	Da creare per il dipartimento delle dipendenze sulla base dei vari sistemi di accreditamento regionali e dei Valori medi riscontrati a livello regionale e/o nazionale
7	Competenze (conoscenze + skill), motivazione del personale, clima interno	Analisi delle conoscenze e delle skill professionali e relazionali del personale Analisi di clima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado di conoscenza specifica</li> <li>• Grado di abilità specifiche</li> <li>• Indice di clima</li> <li>• Scostamento da valori medi regionali e/o nazionali e/o europei</li> </ul>	Valori medi regionali e/o nazionali considerati come soddisfacenti

OUTCOME

8	Risultati finali - Efficacia in pratica (effectiveness)	Valutazione della aderenza al trattamento (ritenzione in trattamento) Valutazione dell'outcome individuale (effectiveness) durante il trattamento e dopo il trattamento (follow up di lungo termine – tasso di ricaduta) Valutazione dell'outcome di sistema (risultati del dipartimento nel suo complesso)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso di sostanze stupefacenti</li> <li>• Grado di reinserimento sociale e lavorativo</li> <li>• Qualità di vita</li> <li>• Grado di rischio di patologie correlate</li> <li>• % di soggetti in trattamento in fase di miglioramento (STD NOP)</li> <li>• Scostamento da valori medi regionali e/o nazionali e/o europei</li> </ul>	Da definire in base a studi di settore Differenziati per la fase di trattamento (durante e dopo il trattamento) Valori medi riscontrati a livello regionale e/o nazionale
9	Customer satisfaction di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• persone assistite</li> <li>• operatori</li> <li>• stake holders</li> </ul>	Sistemi per il rilevamento STD della C.S. Sondaggi di opinione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado, ponderato per importanza relativa, di soddisfazione</li> <li>• Tipo di immagine del servizio erogante</li> <li>• Grado di notorietà</li> <li>• Giudizio su parametri STD: accessibilità utilità percepita,</li> </ul>	Da definire in base a studi di settore Valori medi riscontrati a livello regionale e/o nazionale
10	Servizi e prestazioni erogate in relazione al bisogno esterno (Efficienza esterna o allocativa)	Rapporto bisogni/offerta erogata (valorizzate in)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gg di assistenza attesi/erogati e n. di soggetti in carico/n. di soggetti con bisogni</li> </ul>	Valori medi riscontrati a livello regionale e/o nazionale

ALTRE SPECIFICHE

**- Parametrizzazione e ponderazione dei risultati osservati**

La valutazione dei risultati raggiunti (sia in termine di efficacia, che di efficienza ed economicità), al fine di essere realistici e ponderati nel giudizio, deve essere contestualizzata ed eseguita tenendo conto e relativizzando il risultato osservato su almeno tre macroparametri:

- grado e dimensione del bisogno
- risorse a disposizione per realizzare gli interventi (capacità produttiva attesa)
- risposte medie osservate da altre realtà assistenziali analoghe (valori medi regionali e/o nazionali e/o europei) rispetto ai parametri presi in considerazione.

Tab. 6: Parametri complementari da utilizzare per la ponderazione della valutazione dei risultati

macroindicatori di outcome	Valutati in relazione a:
Uso di sostanze Grado di Qualità di vita Grado di Reinserimento sociale e lavorativo Grado di rischio per patologie correlate Grado di rischio di comparsa di situazioni devianti (criminalità, prostituzione, ecc.)	Costi generati
	Risorse a disposizione
	Grado di bisogno soddisfatto (copertura)
	Prestazioni erogate
	Soddisfazione degli assistiti
	Soddisfazione dei famigliari
	Soddisfazione degli Stake Holders
	Soddisfazione degli operatori
	Motivazione degli operatori

**- Elementi di fattibilità**

La costruzione dei sistemi di valutazione passa attraverso la possibilità di disporre di una serie di elementi di fattibilità, che vanno da componenti di tipo tecnico a quelle di tipo legittimatorio ed accreditante. Lo schema successivo riporta in sintesi i principali elementi necessari per poter costruire e mantenere sistemi di valutazioni orientati al management dei dipartimenti delle dipendenze mediante la valutazione dei risultati intermedi e finali.

Va inoltre considerato che qualsiasi sistema di valutazione presenta un costo che deriva sia dalle necessarie strutture ed apparati tecnici ma anche dal tempo che gli operatori utilizzano per tali attività. Il rapporto costi benefici è comunque a vantaggio di questi ultimi e non vi sono dubbi sulla efficacia di mantenere sistemi di valutazione anche sul contenimento dei costi oltre che sul miglioramento dei risultati.

A questo punto risulta utile analizzare la situazione attuale in termini di principali problematiche percepite per l'attivazione di sistemi di valutazione.

Fig. 3: Principali elementi di fattibilità



### 3. FOCAL POINT ANALISYS SULLE AREE PROBLEMATICHE PER COSTRUIRE SISTEMI DI VALUTAZIONE NEI DIPARTIMENTI, INDIVIDUAZIONE DELLE PRINCIPALI SOLUZIONI E LIVELLI DI INTERVENTO

A questo punto risulta utile intraprendere una analisi dei problemi rilevanti e prioritari e delle possibili cause su cui intervenire.

Dalla teoria alla prassi si passa pertanto attraverso l'analisi dei problemi e delle eventuali cause in grado ad oggi di generare situazioni ostative alla realizzazione ed applicazione di sistemi di questo tipo. In altre parole si tratta di indirizzare uno studio di fattibilità in grado di evidenziare, per macroelementi, le principali aree di problematicità in base anche ai fattori necessari per costruire i sistemi di valutazione.

Tab. 7: Principali aree problematiche, possibili soluzioni e livelli di intervento

Area probl.	Principale problematica	Possibili Soluzioni	Livelli di intervento e Compiti O operatori, R regioni, ASL A Amm. centrali
N 1			
N1	Carenza con necessità di un sistema condiviso di macroindicatori di valutazione di esito con definizione dei tempi e dei modi della valutazione (durante il trattamento: in treatment follow up, dopo il trattamento: out treatment follow up)	Definizioni di modelli condivisi in sede nazionale/interregionale. Auspicabile l'applicazione sistematica dello <u>statement sulla valutazione dell'outcome</u> (sottoscritto ed adottato formalmente da tutte le Regioni e Province Autonome) come licenziato nel Protocollo SESIT. È auspicabile che tale modalità valutativa possa essere anche acquisita, su proposta Regionale, dalle Amministrazioni Centrali attraverso parere formale della Conferenza Stato Regioni. Per quanto riguarda la parte dei flussi informativi si auspica a partire dal 2006 l'integrazione dei sistemi informativi regionali sviluppati in ambito SESIT nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Le Amministrazioni Centrali dello Stato hanno il compito di promuovere, incoraggiare e finanziare, in accordo con le Regioni e le Province Autonome, iniziative e progetti di coordinamento interregionale che rispondano alle problematiche socio-sanitarie prioritarie del settore tossicodipendenze e ai criteri dell'Evidence Based Medicine.	O R ASL  A
N 2	Mancanza di una cultura tecnica sulla valutazione di base diffusa ed omogenea tra gli operatori dei servizi ma anche tra i funzionari ed i dirigenti Regionali	Specifici programmi di formazione permanente a supporto dei progetti per la realizzazione dei sistemi di valutazione	O R
N3	Assetti organizzativi non orientati al lavoro di insieme (cattiva gestione delle interdipendenze operative/confittualità) per assicurare la continuità assistenziale all'interno dei dipartimenti con conseguente difficile/impossibile la valutazione di esito nel medio/lungo termine	Attivazione dei Dipartimenti delle Dipendenze con forte integrazione del Privato sociale accreditato che partecipi ai processi di valutazione e assicuri la continuità assistenziale.	R ASL

N4	Prassi cliniche non formalizzate in "processi", con basso orientamento scientifico, poco integrate sia all'interno delle varie U.O. sia tra U.O. dello stesso dipartimento	Focalizzazione sui processi standard dei dipartimenti con formalizzazione mediante tecniche di analisi e rappresentazione dei processi. Ricorso all'evidence based per la loro definizione e validazione	O
N6	Effetti negativi (temuti o vissuti) sugli operatori derivanti dall'utilizzo improprio (critiche e penalizzazioni colpevolizzanti non orientate al problem solving ma alla "ricerca del colpevole") dei dati sulla valutazione	Formazione dei dirigenti responsabili della programmazione che utilizzeranno le informazioni derivanti dai sistemi di valutazione, sul corretto utilizzo e sugli effetti collaterali di un uso improprio.	R ASL
N7	Sistemi e modalità di misurazione non affidabili, non univoche e distorcenti con fornitura di informazioni sovradimensionate (non rappresentative della realtà) a volte finalizzate a dimostrare grandi volumi di lavoro al fine di aumentare la propria importanza e quindi le opportunità di finanziamento e di disponibilità di risorse	Adozione degli standard SESIT prestazioni e movimento clienti in carico, utilizzo di sistemi Informatici in grado di ridurre l'introduzione impropria di prestazioni e/o soggetti assistiti impropri	R O
N7	Difficoltà oggettive nel costruire sistemi informativi che coniughino contemporaneamente efficacia – efficienza (produttività relativa) – costi e qualità	Utilizzo di data ware house e sistemi informatici web oriented	R ASL
N10	Mancanza di sistemi di budget per i dipartimenti, reali e agganciati a meccanismi incentivanti	Inserimento ed utilizzo del budget con obiettivi espliciti sulla definizione e mantenimento dei sistemi di valutazione	ASL
N 11	Mancanza di motivazione da parte degli operatori alla valutazione di risultati, dei prodotti intermedi e dei costi	Strutturare sistemi di reporting per gli operatori a feedback rapido in modo da rendere loro disponibili immediatamente le informazioni derivanti dai sistemi di valutazione. Aggiungere ricerche, utili alla gestione clinica e il miglioramento delle terapie, ai sistemi di valutazione Formazione permanente con stimoli culturali e possibilità di conoscere altre realtà esterne già attive nel settore Incentivi.	R ASL
N11	Mancanza di sistemi di programmazione e finanziamento dei dipartimenti da parte della ASL e delle Regioni legati a dati reali ed affidabili di efficienza ed efficacia dei dipartimenti	Cambio di cultura programmatica sulla base di precise indicazioni del potere politico/amministrativo derivante dall'utilizzo delle evidenze scientifiche	R
N11	Sistemi di accreditamento che non contengono come requisiti minimi, sia per i Sert che per le Comunità Terapeutiche l'adozione e l'uso costante di sistemi di valutazione	Definizione dei sistemi di valutazione per singola regione (coordinati a livello nazionale) ed inserimento nei sistemi di accreditamento di requisiti minimi che prevedano la necessità di disporre di sistemi standard di valutazione, pena l'impossibilità di ottenere e mantenere l'accreditamento,	R
N12	Mancanza di mandati formali dalle Regioni alla ASL ai Dipartimenti per l'attivazione dei sistemi di valutazione.	Mandati e compiti per la realizzazione e il mantenimento dei sistemi di valutazione, agganciati agli obiettivi di budget dei direttori generali, di dipartimento e dei responsabili delle U.O. pubbliche e del privato sociale accreditato e convenzionato (vincolo contrattuale)	R

#### 4. RACCOMANDAZIONI

Aspettative e raccomandazioni per realizzare le soluzioni attese per:

- A. Amministrazioni centrali
  - B. Amministratori/politici – Regioni/Province Autonome
  - C. ASL
  - D. Dipartimento/Operatori
1. Amministrazioni centrali
    - Promuovere e finanziare iniziative e progetti di coordinamento interregionale
    - Farsi garanti di una applicazione omogenea su tutto il territorio nazionale
    - “certificare” le singole Regioni/Province Autonome sulla base di una standard nazionale concordato come di qualità attesa
  2. Amministratori/politici – Regioni
    - Attivare gruppi di lavoro specifici permanenti sulla valutazione
    - Attivare i Dipartimenti per le Dipendenze con presentazione di rapporti standard annuali sulla valutazione dei risultati
    - Assicurare le necessarie risorse alle ASL, indicazioni chiare di tipo strategico e programmatico
    - Adottare e diffondere il protocollo SESIT presso i dipartimenti
    - Definire, attivare e rendere permanenti i sistemi di accreditamento riportanti il vincolo di realizzazione e mantenimento per ottenere e conservare
    - Controllare la realizzazione della valutazione
  3. ASL
    - Applicare e rendere operative le indicazioni regionali
    - Definire ed affidare specifici obiettivi di budget ai responsabili
  4. Dipartimento/Operatori
    - Eseguire la raccolta dati assicurando la qualità del data entry e delle codifiche utilizzate (riferimenti unici)
    - Produrre periodicamente i rapporti standard sui risultati ottenuti
    - Orientare e strutturare i processi assistenziali alla clinical governance.

## 5. CONCLUSIONI

I Soggetti che devono eseguire la valutazione delle attività sono fondamentalmente due: gli operatori stessi espletanti le attività e una parte “terza” cioè esterna che di solito opera per conto di un committente.

Ogni valutazione presenta dei punti di forza e di debolezza che è utile sottolineare al fine di comprendere i limiti e i vantaggi di tali valutazioni.

Soggetti	Principale finalità	Punti di forza (Vantaggi)	Punti di debolezza (Limiti)
Operatori	Autoridefinizione dei processi, miglioramento delle proprie prassi e assetti organizzativi	Buon coinvolgimento con orientamento dei processi clinici alla buona prassi Motivazione degli operatori	Autoreferenzialità
Parte terza	Fornitura a enti regolatori e programmatori	Maggior oggettività	Scarsa competenza specifica sulle tossicodipendenze Uso improprio delle informazioni da parte dei committenti Non coinvolgimento degli operatori con reazioni negative di difesa e demotivazione Business

## 6. ALLEGATI TECNICI

### ALL. I

#### 10 Principi generali per la valutazione

Risulta utile definire i principi di base su cui coinvolgere le Regioni al fine di ottenere la loro adesione e il loro impegno formale ad attivare sistemi di valutazione presso tutti i dipartimenti. L'adozione dei dieci principi riportati in seguito dovrebbe costituire per le Regioni e Province Autonome un primo passo per fissare alcuni principi generali da rispettare nella realizzazione da rispettare per la realizzazione dei sistemi per la valutazione degli esiti dei trattamenti nei dipartimenti delle dipendenze.

1. **INDECLINABILITÀ:** Valutare gli esiti dei trattamenti e degli interventi è necessario e da considerare indeclinabile (non opzionale)
2. **GLOBALITÀ:** La valutazione deve essere contemporanea e costante su almeno tre aspetti fondamentali: risultati di salute dell'intervento (interruzione uso di sostanze, miglioramento della qualità della vita, reinserimento sociale e lavorativo, riduzione del rischio di patologie correlate e situazioni devianti), prestazioni erogate (qualità e densità), costi

3. **STD DI RIFERIMENTO:** La valutazione deve essere comparata utilizzando standard predefiniti e concordati come “di eccellenza” (chiarezza ed esplicitazione formale di ciò che viene considerato “risultato positivo” con cui confrontarsi e valutare lo scostamento)
4. **VINCOLANTE PER OPERARE:** Organizzazioni che non sono in grado di valutare costantemente i propri effetti sulle persone (efficacia e sicurezza), il proprio volume e tipologia di prestazioni/servizi erogati e i costi generati, non possono essere autorizzate al funzionamento
5. **APPROCCIO ALLA QUALITÀ:** Per poter attuare sistemi di valutazione è necessario che vi sia un orientamento dell’organizzazione attuando un approccio di Quality Management e la presenza di sistemi informativi che permettano trasparenza, intelligibilità e tempestività di osservazione per assicurare feedback correttivi rapidi
6. **ORIENTAMENTO SCIENTIFICO:** Per costruire organizzazioni impostate alla “Good Clinical Practice” è necessario partire e condividere, all’interno del dipartimento, che i processi utilizzati siano “evidence based”, scientificamente orientati e validi per tutte le unità operative afferenti al dipartimento (pubbliche e del privato sociale accreditato)
7. **VALUTARE I RISULTATI DELLE ATTIVITÀ DELL'INTERO DIPARTIMENTO:** La valutazione deve riguardare tutte le U.O. appartenenti al sistema e rientranti nella “catena produttiva assistenziale” di risposta ai bisogni del territorio a valutare l’efficacia dell’intero sistema dipartimentale nella risposta ai vari livelli di bisogno.
8. **CONTINUITÀ E ADEGUATEZZA:** Ogni U.O. deve avere un proprio sistema di valutazione, coerente e simmetrico con quello delle altre U.O. del dipartimento, che espliciti criteri di inclusione, di cambio di trattamento, di dimissione al fine di consentire un monitoraggio continuo della continuità assistenziale ed adeguatezza dei trattamenti
9. **VALUTARE NEL TEMPO:** La valutazione degli esiti deve prevedere tre tipi di follow – up:
  - Durante il trattamento (breve-medio termine)
  - Durante il reinserimento (medio termine)
  - Dopo il reinserimento (lungo termine – “post trattamento”)
 Con produzione di almeno un rapporto standard annuale
10. **ACCREDITAMENTO:** Le U.O. devono poter essere valutate anche ex ante relativamente ai processi utilizzati e ai requisiti minimi per poter erogare servizi alla persona. Questo da origine al sistema di accreditamento che deve essere equanime e rivolto a tutte le U.O. del dipartimento (pari dignità tra Sert e Comunità). Il sistema di accreditamento deve prevedere esplicitamente come requisiti minimi indispensabili la presenza di sistemi di valutazione standardizzati sulle indicazioni generali riportate in questo documento e negli allegati tecnici.

## 7. RICERCA LETTERATURA E RIFERIMENTI NORMATIVI:

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
5. AAVV (2003) *Valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza*, a cura di Monica DeAngeli, Giovanni Serpelloni, Edizioni La Grafica
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
  19. 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.
  20. Lucchini, A., (2001). La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze, 35-179. Franco Angeli, Milano.
  21. Rajkumar, A.S., & French, M.T. (1997). Drug use, crime costs, and the economic benefits of treatment. *Journal of Quantitative Criminology*, 13, 291-323.
  22. 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.
  23. 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.
  24. Simpson, D. & Brown, B. (Eds). (1999). Special issue on treatment process and outcome studies from DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*.
  25. Simpson, D. & Brown, B. (Eds). (1999). Special issue on treatment process and outcome studies from DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*.
  26. Simpson, D. D. & Brown, B. (Eds.,) (1999). Special issue: Treatment process and outcome studies from DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2).
  27. Simpson, D. D., & Curry, S. J. (Eds.) (1997). Special Issue: Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4).
  28. 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.
  29. 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.
  30. 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.
  31. 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.
  32. 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.

Riferimenti normativi che disciplinano a livello nazionale, europeo e internazionale gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze:

#### Riferimenti Nazionali:

Decreto legislativo 16 aprile 1994, n. 297 (in Suppl. ordinario alla Gazz. Uff., 19 maggio, n. 115). – Approvazione del testo unico delle disposizioni legislative vigenti in materia di istruzione, relative alle scuole di ogni ordine e grado. Fonte: Juris data

Provvedimento 21 gennaio 1999, *Accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema assistenziale ai tossicodipendenti"*, Repertorio atti n. 593, Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 61 del 15 marzo 1999.

Sito internet: [www.seiunico.it/leggi/risol1191199.htm](http://www.seiunico.it/leggi/risol1191199.htm)

Legge 18 febbraio 1999, n.45 *Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze.*

Sito internet: [www.parlamento.it/parlam/leggi/990451.htm](http://www.parlamento.it/parlam/leggi/990451.htm)

Legge 8 febbraio 2001, n. 12, *Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 41 del 19 febbraio 2001.

Sito internet: [droghe.aduc.it/php/articolo.php](http://droghe.aduc.it/php/articolo.php)

Legge 30 marzo 2001, n. 125 recante *Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati*. Ministero della Salute, Direzione generale della Prevenzione, *Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze anno 2001*. Sito internet: [www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_342\\_allegato.doc](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_342_allegato.doc).

Bozza di disegno di legge 13/11/2003. Revisione del decreto del Presidente della Repubblica DPR 9 ottobre 1990, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale SO del 31-10-'90, modificato dalla Legge n. 12 dell' 8 febbraio 2001. Elaborato di raffronto tra il testo vigente e il testo modificato.

**TITOLO VIII**, Capo II – Disposizioni processuali e di esecuzione:

*Il recupero come alternativa al carcere: art 89, 90, 91;*

*L'affidamento in prova delle persone tossicodipendenti: art 94, 95, 96;*

**TITOLO IX**, Capo I – Disposizioni relative al settore scolastico:

*Prevenzione, educazione, informazione: art 104 – 106;*

**TITOLO X**, *Attribuzioni regionali, provinciali e locali. Servizi per le tossicodipendenze: art 113 – 119;*

**TITOLO XI**, *Interventi preventivi, curativi e riabilitativi: art 120 – 126*

Sito internet: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_452\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_452_allegato.pdf)

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 23 maggio 2003 (in Suppl. ordinario n. 95 alla Gazz. Uff., 18 giugno, n. 139).- Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005. Fonte:Juris data.

L'art. 3, commi 83-86, della Legge Finanziaria 24 dicembre 2003, n. 350, organizza il *coordinamento delle politiche per la prevenzione, il monitoraggio ed il contrasto del diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcoolodipendenze correlate* nel Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Sito internet: <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/033501.htm>

*Linee di indirizzo amministrativo in tema di promozione e coordinamento delle politiche, per prevenire e contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcoolodipendenze correlate.* Decreto del Vice Presidente del Consiglio dei Ministri 31 Maggio 2004.

Sito internet: [droghe.aduc.it/php/articolo.php](http://droghe.aduc.it/php/articolo.php)

### Riferimenti Europei:

Risoluzione Parlamento Europeo, 19/11/1999, Risoluzione del Parlamento europeo sulla Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni, su un *Piano d'Azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga* (2000-2004),

Sito internet: [www.seiunico.it/leggi/norme.htm](http://www.seiunico.it/leggi/norme.htm)

Comunicazione della Commissione, del 16 maggio 2000, al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni sulla strategia della Comunità europea in materia di sanità **[COM(2000) 285]**. Sito internet: [europa.eu.int/scadplus/leg/en](http://europa.eu.int/scadplus/leg/en)

Community action programme on the prevention of drug dependence 1996-2002). Sito internet: [europa.eu.int/scadplus/leg/en/cha/c11525.htm](http://europa.eu.int/scadplus/leg/en/cha/c11525.htm)

Decisione n. 1786/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 settembre 2002, che adotta un programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008) – Dichiarazioni della Commissione. Gazzetta ufficiale n. L 271 del 09/10/2002.

Sito internet: [europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32002D1786:IT:HTML](http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32002D1786:IT:HTML)

UNIONE EUROPEA, Raccomandazione del Consiglio del 18 giugno 2003 sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza, Gazzetta ufficiale dell'Unione europea, 03/07/2003. Sito internet: <http://www.unicri.it/min.san.bollettino/normativa/riduzione%20del%20danno%20da%20tossicodipendenza%2003.07.03.pdf>

Rapporto dell'OEDT e dell'Europol sull'identificazione dei criteri per la valutazione della strategia dell'Unione Europea in materia di droga (2000-2004) da parte della Commissione Europea. Sito Internet: <http://www.unicri.it/min.san.bollettino/normativa/2564-144%20EMCDDA-Europol.pdf>

Il programma d'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica (2003-2008). Sito internet: [europa.eu.int/scadplus/leg/it](http://europa.eu.int/scadplus/leg/it)

**Alcuni Riferimenti Regionali** (presenti nel sito [www.Dronet.org](http://www.Dronet.org) del Ministero della Salute)

### REGIONE ABRUZZO

Delibera della Giunta Regionale/Provinciale: CAMPAGNA DI INFORMAZIONE E DI SENSIBILIZZAZIONE ALLA PREVENZIONE DEI COMPORTAMENTI A RISCHIO (USO DI ECSTASY).

PROVVEDIMENTO N.: 596 – DEL: 30-03-2000 PUBBLICAZIONE N.: – DEL: 30-03-2000

Legge Regionale/Provinciale: PREVENZIONE DEI PROBLEMI ALCOL-DROGACORRELATI E DI FORMAZIONE DI OPERATORI DEL SETTORE SOCIO-SANITARIO, DEL SETTORE SOCIO-EDUCATIVO E DEL VOLONTARIATO.

PROVVEDIMENTO N.: 114 – DEL: 29-11-1999 PUBBLICAZIONE N.: 49 – DEL: 15-12-1999

Legge Regionale/Provinciale: Disciplina delle attività di prevenzione e di recupero dei soggetti in stato di tossicodipendenza, in attuazione del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenza 9 ottobre 1990, n. 309 – Istituzione dell'albo regionale degli enti ausiliari

PROVVEDIMENTO N.: 28 – DEL: 21-07-1993 PUBBLICAZIONE N.: 28 – DEL: 29-07-1993

## **REGIONE BASILICATA**

Delibera della Giunta Regionale/Provinciale: Schema di atto d'intesa tra stato e Regione per la definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti negli albi di cui all'art.116 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n.309- RECEPIMENTO PROVVEDIMENTO N.: 1063 – DEL: 30-07-1993 PUBBLICAZIONE N.: – DEL: 00-00-0000

## **REGIONE CAMPANIA**

Legge Regionale/Provinciale: Norme per il Piano Regionale Sanitario per il triennio 2002-2004. PROVVEDIMENTO N.: 10 – DEL: 11-07-2002 PUBBLICAZIONE N.: – DEL: 18-07-2002

Delibera della Giunta Regionale/Provinciale: Modifiche e integrazioni alla D.G.R. N. 3958/2001 contenente "Definizione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione ..." (con allegati)

PROVVEDIMENTO N.: 7301 – DEL: 31-12-2001 PUBBLICAZIONE N.: 2 – DEL: 11-01-2002

Delibera della Giunta Regionale/Provinciale: Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private della Regione Campania. Approvazione delle strutture di autorizzazione. (con allegati)

PROVVEDIMENTO N.: 3958 – DEL: 07-08-2001 PUBBLICAZIONE N.: 46 – DEL: 10-09-2001

## **REGIONE LIGURIA**

Delibera della Giunta Regionale/Provinciale: Linee di indirizzo su prevenzione cura e riabilitazione delle dipendenze

PROVVEDIMENTO N.: 34 – DEL: 31-07-2001 PUBBLICAZIONE N.: 37 – DEL: 12-09-2001

## REGIONE LOMBARDIA

Circolare Regionale/Provinciale: Progetto Regionale Dipendenze (d.g.r. n. VII/12621 del 7.4.2003) BURL S.O. n.17 del 22 aprile 2003

PROVVEDIMENTO N.: 23 – DEL: 01-07-2003 PUBBLICAZIONE N.: 29 – DEL: 14-07-2003

Indicazione Regionale/Provinciale: PROTOCOLLO PER L'AVVIO SPERIMENTALE DI UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA RAPIDO PER LA CONOSCENZA DELLE SOSTANZE IN CIRCOLAZIONE

Progetto interregionale M.D.M.A- Monitoraggio Droghe e Manifestazioni di abusi

Protocollo – DEL: 24-06-2003 PUBBLICAZIONE N.: – DEL: 24-06-2003

Delibera della Giunta Regionale/Provinciale: Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art.12 comma 3 e 4 l.r. 31/97) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze

PROVVEDIMENTO N.: 12621 – DEL: 07-04-2003 PUBBLICAZIONE N.: 17 – DEL: 22-04-2003

## REGIONE TRENINO ALTO ADIGE

### P.A. BOLZANO

Decreto Regionale/Provinciale: Definizione del sistema informativo-epidemiologico provinciale per le strutture riabilitative per le dipendenze

PROVVEDIMENTO N.: 396 – DEL: 18-05-2004 PUBBLICAZIONE N.: – DEL: 00-00-0000

Delibera della Giunta Regionale/Provinciale: Approvazione delle "Linee guida riguardanti il sistema informativo epidemiologico provinciale per i servizi delle dipendenze (SER.T)

PROVVEDIMENTO N.: 3042 – DEL: 08-09-2003 PUBBLICAZIONE N.: – DEL: 00-00-0000

Delibera della Giunta Regionale/Provinciale: Approvazione delle "Linee d'indirizzo per una politica sulle dipendenze in ALto Adige"

PROVVEDIMENTO N.: 3043 – DEL: 08-09-2003 PUBBLICAZIONE N.: – DEL: 00-00-0000

Delibera della Giunta Regionale/Provinciale: Direttiva alle Aziende Sanitarie – applicazione della circolare del Ministero della Sanità n. 20 – 1100/II/D/f10/2505 – del 30.09.1994 "linee guida per il trattamento della dipendenza da oppiacei con farmaci sostitutivi"

PROVVEDIMENTO N.: 2426 – DEL: 23-07-2001 PUBBLICAZIONE N.: 33 – DEL: 14-08-2001

Legge Regionale/Provinciale: Riordinamento del servizio sanitario provinciale

PROVVEDIMENTO N.: – DEL: 05-03-2001 PUBBLICAZIONE N.: 12 – DEL: 20-03-2001

Delibera della Giunta Regionale/Provinciale: Progetto di definizione e strutturazione di un sistema informativo epidemiologico per i Servizi per le Tossicodipendenze della Provincia di Bolzano

PROVVEDIMENTO N.: 1649 – DEL: 15-05-2000 PUBBLICAZIONE N.: – DEL: 00-00-2000

## **REGIONE PIEMONTE**

Delibera della Giunta Regionale/Provinciale: Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso. Art. 4, comma 1 legge 18.2.1999 n. 45. Recepimento  
PROVVEDIMENTO N.: 49 – 9325 – DEL: 12-05-2003 PUBBLICAZIONE N.: 21 – DEL: 22-05-2003

Legge Regionale/Provinciale: Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999 con Allegato C alla Legge Regionale 61 (punto 5) PREVENZIONE, SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA HIV  
PROVVEDIMENTO N.: 61 – DEL: 31-12-1997 PUBBLICAZIONE N.: 52 – DEL: 31-12-1997

Delibera della Giunta Regionale/Provinciale: Iniziative di particolare rilevanza nel campo della prevenzione e lotta alla droga e dall'A.I.D.S.: progetti anno 1997 e adempimenti A.I.D.S. a favore delle Aziende UU.SS.LL. del Piemonte  
PROVVEDIMENTO N.: 34-22949 – DEL: 03-11-1997 PUBBLICAZIONE N.: 48 – DEL: 03-12-1997

## **REGIONE PUGLIA**

Legge Regionale/Provinciale: Sistema integrato d'interventi e servizi sociali in Puglia  
PROVVEDIMENTO N.: 17 – DEL: 25-08-2003 PUBBLICAZIONE N.: 99 – DEL: 29-08-2003

Delibera della Giunta Regionale/Provinciale: Progetto Nazionale SESIT: "Potenziamento delle dotazioni informatiche dei Ser.T. e implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi basato sull'utilizzo di standard europei". Adesione e approvazione progetto.  
PROVVEDIMENTO N.: 686 – DEL: 16-05-2003 PUBBLICAZIONE N.: – DEL: 16-05-2003

Delibera della Giunta Regionale/Provinciale: SAN/DEL/97/00258. "Accreditamento provvisorio delle strutture riabilitative psichiatriche e per i tossicodipendenti."  
PROVVEDIMENTO N.: 3375 – DEL: 20-06-1997 PUBBLICAZIONE N.: – DEL: 00-00-0000

Legge Regionale/Provinciale: CRITERI RELATIVI ALLA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON GLI ENTI AUSILIARI CHE OPERANO NEL SETTORE DELLE TOSSICODIPENDENZE.

PROVVEDIMENTO N.: 22 – DEL: 09-09-1996 PUBBLICAZIONE N.: 101 – DEL: 20-09-1996

## REGIONE SICILIA

Decreto Regionale/Provinciale: Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana.

PROVVEDIMENTO N.: – DEL: 04-11-2002 PUBBLICAZIONE N.: 53 – DEL: 22-11-2002

Decreto Regionale/Provinciale: Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana.

PROVVEDIMENTO N.: – DEL: 17-06-2002 PUBBLICAZIONE N.: 29 – DEL: 28-06-2002

Decreto Regionale/Provinciale: Linee guida sul dipartimento delle dipendenze patologiche

PROVVEDIMENTO N.: – DEL: 21-12-2001 PUBBLICAZIONE N.: 8 – DEL: 15-02-2002

Circolare Regionale/Provinciale: Legge regionale 21 agosto 1984, n. 64 – Piano contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti o psicotrope. Primi interventi – Compiti dei comuni – cap. 41958, esercizio finanziario 1996.

PROVVEDIMENTO N.: 850 – DEL: 09-02-1996 PUBBLICAZIONE N.: 9 – DEL: 24-02-1996

Decreto Regionale/Provinciale: Disposizioni relative ai servizi per le tossicodipendenze della Sicilia

PROVVEDIMENTO N.: – DEL: 29-06-1992 PUBBLICAZIONE N.: 50 – DEL: 24-10-1992

Legge Regionale/Provinciale: Piano contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti o psicotrope. Primi interventi.

PROVVEDIMENTO N.: 64 – DEL: 21-08-1984 PUBBLICAZIONE N.: 36 – DEL: 22-08-1984

## REGIONE UMBRIA

*Delibera della Giunta Regionale/Provinciale: piano sociale regionale 2003 2005*

PROVVEDIMENTO N.: 314 – DEL: 23-07-2003 PUBBLICAZIONE N.: 36 – DEL: 27-08-2003

## REGIONE VALLE D'AOSTA

Delibera della Giunta Regionale/Provinciale: approvazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso, ai sensi dell'art. 38 della l.r. 25 gennaio 2000, n. 5, della l.r. 4 settembre 2001, n. 18 nonché delle deliberazioni della giunta regionale n. 3893/2002 e n. 4021/1998

provvedimento n.: 3754 – del: 13-10-2003 pubblicazione n.: – del: 00-00-0000

Delibera della Giunta Regionale/Provinciale: approvazione delle “linee di indirizzo della regione autonoma valle d’aosta sugli interventi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell’alcolismo e dei problemi alcolcorrelati”

provvedimento n.: 3755 – del: 13-10-2003 pubblicazione n.: – del: 20-10-2003

Delibera della Giunta Regionale/Provinciale: istituzione dell’osservatorio sulle dipendenze patologiche, nell’ambito dell’osservatorio regionale epidemiologico e per le politiche sociali

provvedimento n.: 3687 – del: 08-10-2001 pubblicazione n.: – del: 00-00-2000

## REGIONE VENETO

Legge Regionale Veneto 22/10/1982 n.49, B.U.R. 27/10/1982 n.48. Competenza e disciplina degli interventi in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool.

DGR n. 3701 del 24/11/2000 “ le politiche e le strategie generali di intervento nel campo delle dipendenze”.

DGR n.2974 del 9/11/2001 “Indirizzi per gli interventi nel settore delle dipendenze

Sito internet: [http://www.dronet.org/normativa/normative/1874\\_021.pdf](http://www.dronet.org/normativa/normative/1874_021.pdf)

DGR del Veneto n.1874 del16/07/2002, Indirizzi di intervento nel settore delle dipendenze.

Sito internet: [http://www.dronet.org/search/res\\_atti.php?codice=115](http://www.dronet.org/search/res_atti.php?codice=115)

Attuazione L.R. 16/08/2002 n. 22 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali e adozione del manuale delle procedure. Delibera della Giunta, Regione Veneto, 06/08/2004 n.2501.

Sito

internet:

[http://www.arssveneto.it/html\\_pages/documents/Deliberan.2501del06082004\\_000.pdf](http://www.arssveneto.it/html_pages/documents/Deliberan.2501del06082004_000.pdf)

L.R. 16/08/2002 n. 22 Approvazione standard relativi all’autorizzazione all’esercizio e all’accreditamento dei servizi sociali, di alcuni servizi socio-sanitari. Delibera della Giunta, Regione Veneto, 06/08/2004 n.2473.

Delibera della Giunta Regionale del Veneto n. 4019 30.12.2002, *Approvazione e finanziamento Piani e progetti.*

## LEA Livelli Essenziali di Assistenza:

Atto indirizzo e coordinamento di prestazioni socio-sanitarie Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14-02-2001, Definizione dei livelli essenziali di assistenza, 29 novembre 2001.

Sito internet: <http://www.omop.it/Lea1.pdf>

Definisce i livelli essenziali di assistenza, ossia le prestazioni e i servizi che il Servizio nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento (ticket). Nella seconda

macroarea Assistenza Distrettuale, sono compresi i servizi di cura– riabilitazione- recupero dei T.D.

#### PRESTAZIONI

*Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope e da alcool (compresi i td detenuti o internati) e/o famiglie.*

#### FONTI

DPR 1 ottobre 1990, n. 309 (TU disciplina stupefacenti);

Provvedimento 21/01/1999 Accordo Stato Regioni per la “Riorganizzazione del sistema di assistenza tossicodipendenti”. Legge 30/03/2001, n.125;

Sito internet: [www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_342\\_allegato.doc](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_342_allegato.doc);

Provvedimento 05/08/1999 Intesa Stato Regioni per la “Determinazione dei requisiti minimi standard dei servizi privati di assistenza ai tossicodipendenti”. D.lgs. 22/06/1999 n.230. Sito Internet: [http://www.giustizia.it/cassazione/leggi/dlgs230\\_99.html](http://www.giustizia.it/cassazione/leggi/dlgs230_99.html);

D.M. 21/04/2000, Gazzetta Ufficiale 25/05/2000 n 120. Tutela salute in ambito penitenziario (identifica le prestazioni da erogare ai td. detenuti), DPMC 14/02/2001. Sito Internet: <http://www.edscuola.it/archivio/norme/decreti/dpcm14201.pdf>

#### PRESTAZIONI

*Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope e da alcool (compresi i td detenuti o internati).*

#### FONTI

DPR 1 ottobre 1990, n. 309 (TU disciplina stupefacenti);

Provvedimento 21/01/1999 Accordo Stato Regioni per la “Riorganizzazione del sistema di assistenza tossicodipendenti”. Legge 30/03/2001, n.125;

Sito internet: [www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_342\\_allegato.doc](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_342_allegato.doc);

Provvedimento 05/08/1999 Intesa Stato Regioni per la “Determinazione dei requisiti minimi standard dei servizi privati di assistenza ai tossicodipendenti”. Sito Internet: DPMC 14/02/2001. <http://www.edscuola.it/archivio/norme/decreti/dpcm14201.pdf>