

Comunità	Indirizzo	ASL	Posti accreditati	D.g.r. accreditamento
Centro di Accoglienza	Via Manzoni, 1 – Cavaione di Truccazzano	Milano 2	19 Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	N. 18842 del 30.9.2004
		<b>TOTALE</b>	<b>67 posti residenziali</b>	

(BUR2009013)

(3.1.0)

**D.g.r. 22 dicembre 2008 - n. 8/8720**  
**Determinazioni in merito alla riqualificazione dei Servizi ambulatoriali per le dipendenze (d.g.r. 12621/2003)**

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il d.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 «Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza»;

Vista la l. 21 febbraio 2006, n. 49 «Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, recante misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'amministrazione dell'interno. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi»;

Vista la d.g.r. 27 giugno 2006, n. 2786 «Documento di Programmazione Economico-Finanziaria Regionale 2007-2009», in cui al paragrafo dell'Area 5.2.4. – Politiche di inclusione e integrazione sociale, è prevista l'individuazione di approcci e metodologie innovative per migliorare i mezzi di contrasto al fenomeno delle dipendenze, successivamente confermata all'interno del documento di Programmazione Economico-Finanziaria Regionale 2008-2010» approvato con d.g.r. 26 giugno 2007, n. 4953;

Vista la d.c.r. 26 ottobre 2006 «Piano Socio Sanitario regionale 2007-2009» che per un efficace contrasto del fenomeno delle dipendenze individua la prevenzione come strumento imprescindibile e nella fase di cura pone fra gli obiettivi:

- stabilizzare e rafforzare il sistema di intervento ed evolvere verso una maggiore appropriatezza degli interventi,
- prevedere delle modalità d'intervento adeguate alle differenti situazione e tipologie d'utenza;

Vista la d.g.r. 19 dicembre 2007, n. 6219 «Linee guida regionali di prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale»;

Vista la d.g.r. 8 maggio 2008, n. 7223 «Rete regionale sulla prevenzione delle dipendenze»;

Vista la d.g.r. 7 aprile 2003, n. 12621 «Determinazioni 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 e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze», che al cap. 2) definisce le caratteristiche di un sistema di servizio in grado di contrastare con efficacia il complesso e diffuso fenomeno dell'abuso di sostanze lecite e illecite;

Vista la d.c.r. 28 febbraio 2008, n. 550 «Riorganizzazione dei servizi pubblici delle dipendenze e rafforzamento dei dipartimenti delle dipendenze» che impegna – tra l'altro – la Giunta a riorganizzare i servizi pubblici delle dipendenze;

Vista la d.g.r. 10 ottobre 2007, n. 5509 «Determinazioni relative ai servizi accreditati nell'area dipendenze» che riorganizza per i servizi residenziali e semiresidenziali accreditati le modalità di funzionamento, prevedendo – tra l'altro – il libero accesso ai medesimi delle persone interessate;

Vista la l.r. 12 marzo 2008, n. 3 «Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario»;

Considerata la rapida e costante evoluzione del fenomeno delle dipendenze con riferimento alla disponibilità di sostanze d'uso e abuso, alle modalità di assunzione e ai comportamenti additivi, rilevata dai dipartimenti delle dipendenze, che testimoniano stili diversificati di assunzione nelle varie tipologie di utenza;

Visto il decreto del direttore Generale Famiglia e Solidarietà sociale n. 8716 del 5 agosto 2008: Costituzione del gruppo di lavoro «Riqualificazione dei servizi pubblici per le Dipendenze», finalizzato a rendere il sistema di intervento maggiormente incisivo in relazione alle modificazioni del fenomeno;

Dato atto che tale gruppo ha il compito di elaborare proposte innovative per rimodulare sotto il profilo organizzativo-funzio-

nale il sistema dei servizi ambulatoriali per le dipendenze, in relazione ai cambiamenti intervenuti nell'ambito della diffusione del fenomeno droga;

Dato atto che il gruppo ha regolarmente adempiuto al proprio mandato e ha prodotto il documento allegato A), parte integrante e sostanziale del presente atto;

Considerato che tale documento affronta vari ambiti, connessi con la riorganizzazione e riqualificazione dei servizi ambulatoriali per le dipendenze e più precisamente:

- caratteristiche dei sistemi informativi
- processo di presa in carico delle persone con problemi di dipendenza
- valutazione degli esiti degli interventi
- modalità di analisi e lettura delle informazioni;

Valutato tale documento rispondente con il compito assegnato al gruppo e coerente con la programmazione regionale;

Dato atto che, in conformità a quanto previsto dalle delibere di Giunta regionale 30 luglio 2008, n. 8/7797 «Rete dei servizi alla persona in ambito sociale socio-sanitario – Istituzione del tavolo di consultazione dei soggetti del Terzo settore (art. 11, c. 1, lett. m), l.r. n. 3/2008)» e n. 8/7798 «Rete dei servizi alla persona in ambito sociale socio-sanitario – Istituzione degli organismi di consultazione degli enti locali, dei soggetti di diritto pubblico e privato, delle organizzazioni sindacali (art. 11, comma 1, lett. m), l.r. n. 3/2008)», il presente atto è stato sottoposto alla consultazione degli organismi istituiti con le citate deliberazioni, così come risulta dai verbali agli atti in data 19 novembre 2008;

Ritenuto di approvare il contenuto dell'allegato A) per riorganizzare, riqualificare, uniformare il sistema di intervento dei servizi ambulatoriali per le dipendenze (Servizi territoriali per le dipendenze/Servizi multidisciplinari integrati) sul territorio regionale;

Ritenuto di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e di darne comunicazione al Consiglio regionale;

Vista la l.r. 20/2008 e le dd.g.r. che dispongono l'assetto organizzativo della Giunta regionale dell'VIII legislatura;

Vagliate e fatte proprie le suddette motivazioni;

All'unanimità dei voti espressi nelle forme di legge

Delibera

1. di riorganizzare e riqualificare i Servizi ambulatoriali per le dipendenze (Servizi territoriali per le dipendenze/Servizi multidisciplinari integrati) secondo le indicazioni contenute nel documento allegato A);

2. di approvare l'allegato A) parte integrante e sostanziale del presente atto;

3. di procedere alla comunicazione del presente atto al Consiglio regionale e di disporre la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia.

Il segretario: Pilloni

\_\_\_\_\_ • \_\_\_\_\_

ALL. A)

**Riqualificazione dei servizi ambulatoriali per le dipendenze (Servizi Territoriali per le Dipendenze / Servizi Multidisciplinari Integrati) SerT / SMI**

I servizi ambulatoriali per le dipendenze (SerT / SMI) sono parte della rete delle unità d'offerta sociosanitarie.

Nella prospettiva della tutela della salute, l'obiettivo degli interventi effettuati è il raggiungimento e mantenimento della sospensione dell'uso di droghe attraverso la progressiva riduzione del livello di compromissione psico-socio-sanitaria.

Tale obiettivo è ottenibile e atteso compatibilmente con le risorse intrinseche della persona e al suo contesto, usando in modo integrato professionalità e competenze che si avvalgono di strumenti, interventi e terapie di provata efficacia (EBHC e EBM).

A garanzia della continuità del percorso individuale di cura e riabilitazione, tali servizi operano in stretta relazione con i soggetti del territorio che a vario titolo intervengono in questo ambito per assicurare un approccio integrato al fenomeno.

Per realizzare tale obiettivo è necessaria l'individuazione di strumenti e protocolli utili e necessari per orientare quanto disposto dal PSSR 2007-2009 sull'adeguamento delle modalità di intervento sulle dipendenze intese come settore in rapida evoluzione.

Gli ambiti affrontati sono:

- A. caratteristiche dei sistemi informativi;
- B. processo di presa in carico;
- C. valutazione degli esiti degli interventi;
- D. modalità di analisi e lettura delle informazioni.

Considerando il polimorfismo del fenomeno dipendenze e le conseguente variabilità dell'offerta trattamentale è implicito che i sistemi di valutazione proposti devono considerare la potenziale mobilità ed evolutività del contesto di studio.

#### A. CARATTERISTICHE DEI SISTEMI INFORMATIVI

La gestione dei dati e delle informazioni necessarie è regolata dalla presenza di sistemi informativi specifici conformi al Codice di Amministrazione Digitale (CAD) e che siano certificati per restituire i flussi ministeriali richiesti dal Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND) e predisposti per i flussi gestiti da Regione Lombardia. Nello specifico:

- tracciato SIND
- flussi AMB
- flussi STS11 e STS21
- file F tracciato 13.

I sistemi sono quindi allineati al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) il quale, per il tramite del «Progetto Mattoni», raccoglie informazioni su

1. classificazione delle strutture (STS11);
2. realizzazione del *patient file* (SINDe AMB);
3. classificazione delle prestazioni ambulatoriali (STS21 e AMB);
4. prestazioni farmaceutiche (file F);
5. misura dell'outcome (SIND e AMB);
6. misura dei costi del SSN;
7. misura dell'appropriatezza.

Il punto 6 raccoglie dati economici di tipo gestionale in parte già presenti al punto 3 ma da integrare con informazioni organizzative (costi del personale ed altri costi), mentre il punto 7 mette in relazione *out* come, prestazioni, costi e processi.

Parimenti alle indicazioni nazionali, il sistema è allineato anche con quanto previsto dalle indicazioni regionali «Circolare quadro flussi informativi unità di offerta socio-sanitarie (debito informativo)» del 4 agosto 2008, prot. G1.2008.0012012.

#### B. PROCESSO DI PRESA IN CARICO

##### *L'integrazione nei servizi ambulatoriali*

Il polimorfismo e la veloce mutevolezza del fenomeno delle dipendenze, che produce e rende necessaria una variabilità di trattamento per quanto possibile tempestiva e mirata, richiede come fattore costitutivo e fondamentale per un lavoro di conoscenza, intervento e valutazione nei servizi ambulatoriali la presenza e la effettiva integrazione delle diverse professionalità e competenze.

Nel panorama territoriale attuale in cui l'offerta di trattamento, pur ricca e diversificata, a volte corre ancora il rischio di settorializzarsi e di frammentare gli interventi e le persone, la multi-professionalità, da sempre prevista e tendenzialmente attuata nei servizi ambulatoriali, rappresenta oggi ancora di più un valore aggiunto che qualifica l'intervento stesso e ne tutela i criteri di scientificità e appropriatezza. Essa è, e sempre di più si conferma come la direzione strategica che deve guidare il potenziamento dell'intervento finalizzato ad una presa in carico qualificata, sia all'interno dei servizi ambulatoriali, sia all'esterno attraverso la rete degli attori territoriali.

##### *Articolazione per fasi del processo di Presa in carico*

###### **Fase di Accesso al servizio**

Questa fase è finalizzata alla valutazione della pertinenza della domanda rispetto agli scopi e alle attività offerte dal servizio ambulatoriale.

La persona che si rivolge al servizio ambulatoriale di norma porta domande e necessità socio-sanitarie o consulenziali direttamente o indirettamente su invio di altri enti e servizi o precedente da familiari.

In questa prima fase l'operatore si predispone ad accogliere e ad ascoltare la persona in merito alle domande e richieste che porta al fine di effettuare una prima, rapida decodifica.

La fase di accesso può esitare in:

- fase di ammissione;
- uscita o eventuale invio ad altri servizi.

###### **Fase di Ammissione**

Questa fase è finalizzata ad acquisire informazioni più articolate sulla domanda portata dalla persona, a raccogliere i dati anagrafici e anamnestici utili alla compilazione della cartella clinica, a promuovere un orientamento alla partecipazione dell'utente alla successiva fase di valutazione multidisciplinare integrata e a illustrare le modalità di funzionamento e organizzazione del Servizio.

Essa si avvia con il primo colloquio che può essere di tipo medico-sanitario o psico-socio-educativo.

Se la richiesta ha il carattere dell'urgenza sanitaria o sociale segue un eventuale e immediato intervento trattamentale.

La fase di presa in carico esita in:

- fase di Valutazione Multidisciplinare Integrata;
- uscita o eventuale invio ad altri servizi.

###### **Fase di Valutazione Multidisciplinare Integrata (VaMI)**

Gli stati di tossicodipendenza e di abuso di sostanze sono patologie e problematiche particolarmente complesse per quanto riguarda la valutazione e diagnosi, il percorso trattamentale e il suo esito. Ogni caso è opportuno che venga affrontato in modo integrato a livello multidisciplinare. Nell'interesse della salute individuale e collettiva, in presenza di una diagnosi di dipendenza o di abuso di sostanze, gli interventi sono erogati a chi li richiede, indipendentemente dal fatto che il richiedente sia o meno cittadino italiano o che dimori nel territorio di competenza solo temporaneamente.

I vincoli sovra distrettuali e distrettuali per l'accesso alle prestazioni erogate dai servizi sono di tipo logistico ed organizzativo. Mantenendo definita e unica la titolarità della presa in carico, detti vincoli vanno pertanto superati quando costituiscono pregiudizio per la buona condizione del trattamento o quando, sulla scorta di motivazioni valide, venga espressamente richiesto dall'utente.

*Che cosa è*

La VaMI è un processo complesso finalizzato a conoscere e analizzare dal punto di vista medico-sanitario e psico-socio-educativo la richiesta di cura che la persona con problemi di abuso e dipendenza porta al servizio in un dato momento, nonché a valutare e diagnosticare le eventuali patologie connesse e correlate.

Ogni nuova presa in carico (incluse quelle successive a precedenti dimissioni) rendono opportuna una nuova VaMI. I percorsi trattamentali sono il punto di arrivo concordato e documentato della VaMI.

In corso di valutazione è prevista, laddove necessario, la decisione circa l'attivazione di interventi farmacologici e/o psico-sociali anche prima della conclusione della valutazione stessa. Questo tipo di decisione non può tuttavia essere attribuita ad una prassi operativa definita a priori e valida per tutti. Naturalmente eventuali interventi e i loro effetti ed esiti divengono essi stessi elementi del più ampio processo di valutazione multidisciplinare in corso.

*Quando si effettua*

La valutazione multidisciplinare integrata è un processo necessario nelle seguenti situazioni:

- definizione di programma terapeutico per nuovo utente;
- definizione di programma terapeutico di utente già noto al servizio e precedentemente dimesso;
- ridefinizione di programma terapeutico di utente in carico, a fronte di una sua nuova domanda o rilevazione di nuovi bisogni.

Durante il percorso terapeutico viene mantenuto un monitoraggio permanente della coerenza fra gli obiettivi concordati al termine della valutazione e i risultati emergenti dal percorso in atto.

**Cosa contiene**

– Storia personale di uso e abuso di sostanze e degli effetti ricercati e conseguiti dal punto di vista medico-sanitario e psico-socio-educativo;

– esame medico generale, raccolta anamnestica, valutazione della documentazione clinica pregressa, accertamenti strumentali e di laboratorio, anche per eventuali patologie correlate e concomitanti;

– screening di laboratorio per verificare l'utilizzo di sostanze d'abuso e il loro andamento nel tempo, nonché l'effettiva assunzione di farmaci prescritti;

– analisi psicologica della storia personale e delle dinamiche relazionali storiche e attuali, delle soluzioni già tentate per affrontare il problema;

– valutazione psicodiagnostica;

– analisi della situazione socio-educativa della persona nel suo contesto familiare, lavorativo, di rete relazionale, sociale, nonché della situazione giuridica;

– definizione delle aree di problematicità riconosciute e non dall'utente, delle risorse attivabili e degli obiettivi realisticamente perseguibili dal punto di vista medico-sanitario e psico-socio-educativo.

Considerato che i servizi ambulatoriali per le dipendenze possono rappresentare l'unica struttura del SSN con cui il soggetto abusatore di sostanze entra in contatto, gli accertamenti e le aree di valutazione sopra descritti sono indirizzati non solo all'area di attività specifica ma, più ampiamente, alla tutela della salute del soggetto. A tal fine si ribadisce l'opportunità di un collegamento con il medico di medicina generale.

**Come si realizza**

– Colloqui conoscitivi/valutativi e visite individuali anche allargati ai contesti di riferimento significativi, previo consenso dell'utente, ed effettuati dalle diverse professionalità presenti;

– accertamenti strumentali e di laboratorio;

– osservazione comportamentale in fase di valutazione;

– contatti finalizzati alla acquisizione di documentazione e informazioni presso enti o servizi esterni, nel rispetto delle normative vigenti.

**Durata**

La durata di una valutazione dipende da diversi fattori:

– tipo di richieste e bisogni espressi dalla persona nella prima fase di valutazione tecnica della domanda ed eventuale loro conferma o meno in sede di proseguo della valutazione multidisciplinare approfondita e integrata;

– presenza o meno di vincoli temporali istituzionali esterni o posti in essere dalla persona stessa, connessi a obiettivi mirati che sono oggetto della valutazione richiesta;

– grado e datazione di eventuale pregressa conoscenza della persona e della sua situazione complessiva;

– grado di adesione al percorso valutativo da parte del soggetto (es. possibilità e disponibilità a fissare e mantenere gli appuntamenti concordati, continuità e tenuta motivazionale nel percorso conoscitivo/valutativo...);

– organizzazione e consistenza delle risorse umane interne al servizio.

**Esito**

La fase di valutazione multidisciplinare integrata può esitare in:

– Fase di Programmazione Multidisciplinare Integrata

– Uscita o eventuale invio ad altri servizi per le seguenti ragioni:

- la valutazione coincideva con la richiesta iniziale e dunque l'obiettivo risulta raggiunto;
- la persona decide di non proseguire con alcun programma di intervento;
- gli operatori stessi valutano l'assenza di condizioni minime per impostare un intervento;
- gli operatori valutano l'opportunità di invio ad altro servizio.

**Fase di Programmazione Multidisciplinare Integrata (PMI)**

L'avvio di questa fase è generalmente successiva alla restituzione alla persona degli esiti della VaMI, che ne costituisce la premessa fondamentale.

La PMI è finalizzata alla co-costruzione del «contratto» trattamentale, che contiene il piano di lavoro terapeutico o di monitoraggio negoziato tra utente ed *équipe*.

La negoziazione e la ratifica del contratto trattamentale sono interventi che preferibilmente dovrebbero realizzarsi in sede di colloquio allargato tra utente ed *équipe* psico-socio-sanitaria.

La fase di programmazione può esitare in:

– fase di attuazione del programma;

– rientro in fase di Valutazione Multidisciplinare Integrata per gli approfondimenti opportuni, a seguito di una permanenza prolungata in fase di PMI senza esito di fase.

**Fase di Trattamento**

La fase di Trattamento è finalizzata al perseguimento degli obiettivi attraverso la realizzazione delle attività così come descritte nel contratto ratificato. Esse sono classificate come programmi terapeutici o come programmi di monitoraggio.

Generalmente i programmi terapeutici possono configurarsi come:

– prevalentemente o esclusivamente medico-farmacologici;

– prevalentemente o esclusivamente psicologici e/o socioriabilitativi;

– integrati ovvero che possono contenere contemporaneamente interventi di tipo medico-farmacologico, psicologico, di supporto e/o riabilitativi e/o di reinserimento sociale.

Generalmente i programmi di monitoraggio possono configurarsi come:

– controlli dei parametri clinici per le patologie correlate;

– monitoraggio degli obiettivi del programma inclusi gli opportuni accertamenti strumentali e di laboratorio.

In ogni caso, di qualunque programma si tratti, viene attivato un processo di valutazione permanente sugli effetti e gli esiti contingenti e parziali che emergono dagli interventi gradualmente attuati. Questo processo viene preferibilmente realizzato attraverso incontri di *équipe* allargata alla partecipazione dell'utente, di eventuali persone significative di cui è previsto il coinvolgimento nel programma e degli operatori coinvolti.

La fase di attuazione del programma può esitare in:

– fase di dimissione;

– ri-valutazione multidisciplinare del programma in caso di cambiamenti sostanziali richiesti dall'utente o valutati opportuni dagli operatori.

**Fase di Dimissione**

La fase di Dimissione è un processo finalizzato alla chiusura con atto formalizzato di un programma terapeutico o di monitoraggio. Essa produce di fatto la cessazione di ogni tipo di intervento da parte del servizio ambulatoriale, in quanto corrisponde all'uscita dell'utente dal servizio.

La persona dimissibile può chiudere il programma per ragioni diverse:

– dimissione per conclusione positiva del programma: implica una valutazione condivisa di tutti i partecipanti all'*équipe* circa il raggiungimento degli obiettivi concordati nel contratto;

– dimissione per interruzione dichiarata del programma: generalmente avviene per esplicita decisione dichiarata dall'utente e non condivisa dagli operatori, ma può accadere anche che un programma venga interrotto per decisione degli operatori, contro il parere dell'utente, in quanto si ritiene che non ci siano le condizioni minime che consentano di proseguirlo;

– dimissione per interruzione non dichiarata del programma (il cosiddetto «perso di vista»): accade quando un utente interrompe tutte le attività in corso con il servizio senza comunicare nulla in proposito;

– dimissione per trasferimento ad altro servizio ambulatoriale o ad altra unità di offerta: si effettuano gli atti formali di passaggio in carico ad altro servizio secondo quanto concordato con il servizio stesso;

– dimissione per altre ragioni (es. decesso, carcerazione, ricovero ospedaliero) chiusura e archiviazione della cartella.

La fase di dimissione può esitare in:

– fase di *follow-up* se possibile e concordata con l'utente nei tempi e nelle modalità;

– uscita dal servizio.

Tabella: PROCEDURE PER FASI DEL PROCESSO DI PRESA IN CARICO

FASE	INIZIO	FINE	PRODOTTO	INDICATORE
<b>Accesso</b> (accesso diretto o su invio da ente o organizzazione esterna)	Entrata al servizio di persona, ente, organizzazione e formulazione della domanda di bisogno sociosanitario o consulenziale	Decodifica della domanda Invio a fase successiva	Definizione di pertinenza della domanda	
<b>Ammissione</b>	Ammissione all'interno del Servizio	Prima analisi tecnica della domanda Invio a fase successiva	Registrazione anagrafica formale	Anagrafica registrata
<b>Valutativa e Diagnostica Integrata</b>	Raccolta sistematica delle informazioni ai fini di un'analisi multidisciplinare integrata della domanda di aiuto	Restituzione alla persona dell'esito della valutazione multidisciplinare integrata	- Valutazione multidisciplinare integrata (VaMI) - Valutazione monoprofessionale	Valutazione documentata - come <i>équipe</i> multiprofessionale - come monoprofessionale
<b>Programmazione integrata</b>	Avvio della negoziazione tra proposte o richieste dell'utente e esiti della VaMI	Definizione concordata del percorso di trattamento	Contratto con definizione del piano di lavoro	Presenza di un contratto sottoscritto dall'utente e dall' <i>équipe</i>
<b>Trattamento</b>	Avvio realizzazione delle attività previste nel contratto e nel piano di lavoro	Raggiungimento degli obiettivi previsti nel piano di lavoro o interruzione del piano per altre ragioni	Valutazione di risultato del programma di trattamento	Presenza di trattamento Socio-Sanitario integrato Presenza di un monitoraggio integrato con modalità di attuazione documentata Valutazione di risultato di fine programma trattamentale documentata
<b>Dimissione</b>	Verifica dei criteri di dimissibilità	Conclusione o cessazione del piano di lavoro trattamentale	Registrazione formale della conclusione o cessazione del piano di lavoro trattamentale definito dal contratto.	Presenza di una dimissione documentata

### C. VALUTAZIONE DEGLI ESITI DI TRATTAMENTO

Le variabili da considerarsi sono:

- mortalità
- ritenzione
- consumo sostanze
- indici di gravità e di comportamento sociale (ASI, CBE)
- patologie psichiatriche concomitanti (ICD-IX, DSM-IVR, SCL-90)
- altre patologie concomitanti (ICD-IX)
- qualità della vita (SF-36, SF-12, PGWB).

#### Mortalità

La mortalità identifica l'impatto delle patologie sulla condizione vivo/morto dei soggetti sottoposti ad indagine.

Nello specifico delle dipendenze è possibile identificare due modalità di rilevazione

1. soggetti deceduti per cause droga correlate (DRD - Drug Related Deaths) all'interno della popolazione generale (indicatore chiave di Lisbona);
2. soggetti morti durante il periodo in cui erano sottoposti a trattamento.

Mentre nel primo caso si fa riferimento a casistiche territoriali di popolazione (RENCAM, ISTAT), nel secondo l'informazione è disponibile all'interno dei flussi dei servizi ambulatoriali come eventuale esito di trattamento. Sebbene abbiano significato profondamente differente, le due modalità di rilevazione risultano di esecuzione relativamente agevole.

#### Ritenzione

Per ritenzione in trattamento si intende la quota di soggetti che, relativamente alla tipologia di intervento, rimane in trattamento per un periodo di tempo predefinito. Possono essere applicati due modalità di rilevazione:

1. curve di ritenzione (o sopravvivenza) che evidenziano quanti soggetti non risultano più in trattamento a distanza di tempo dall'inizio del trattamento;

2. tasso di ritenzione istantaneo che evidenzia il turn-over dell'utenza in un periodo (ad esempio ogni tre mesi).

In entrambi i casi sono necessari elementi già in possesso dei sistemi informativi, nello specifico data di inizio e fine del trattamento e modalità di conclusione del trattamento; mentre il primo consente valutazioni su periodi anche lunghi, il secondo restituisce l'andamento contiguo per singolo intervallo di tempo.

Lo studio della ritenzione è considerato un valido elemento di

valutazione di efficacia dei trattamenti e generalmente si valuta come esito negativo un trattamento concluso per interruzione.

#### Consumo di sostanze

L'obiettivo prioritario dei trattamenti per dipendenza da sostanze è la progressiva riduzione, fino alla sospensione, del consumo stesso. La valutazione di questo aspetto è condotta attraverso la determinazione della presenza di sostanze e relativi metaboliti nei liquidi corporei (urina, saliva, sangue) e nei tessuti (annessi cutanei, di solito capelli o peli) con frequenza periodica.

La valutazione dei risultati è possibile attraverso quattro modalità:

1. numero di giorni liberi da consumo all'interno del periodo;
2. percentuale di esiti negativi sulle determinazioni eseguite;
3. percentuale di esiti negativi sulle determinazioni che dovevano essere eseguite;
4. tempo trascorso dall'ultima positività.

#### Indici di gravità

La valutazione evolutiva della gravità e del livello di compromissione all'interno di specifiche aree di vita può essere misurata con diversi strumenti, tra i quali l'ASI ed il CBE. Sono interviste strutturate risomministrabili nel tempo che restituiscono indici numerici standardizzati su cui osservare l'evoluzione della gravità. L'ASI è uno strumento validato a livello internazionale mentre il CBE ha valenza nazionale.

#### Patologie psichiatriche concomitanti

Spesso presenti in associazione alla dipendenza o abuso di sostanze, possono essere classificate secondo codifica ICD o DSM (a loro volta convertibili tra di loro con un buon margine di sovrapposibilità, ma maggior dettaglio per DSM). Oltre agli standard di classificazione, attraverso i quali è possibile seguire l'evoluzione della patologia, potrebbe essere di interesse introdurre l'SCL-90 come ulteriore strumento di rilevazione per la rilevazione della gravità di disturbi psichici maggiori.

#### Altre patologie concomitanti

Seguendo la classificazione ICD si monitorano anche quelle patologie non psichiatriche presenti ed associate alla dipendenza/abuso.

#### Qualità della vita

La valutazione della qualità della vita è anch'esso un aspetto di notevole interesse specialmente se associato ad analisi comparate temporali in gruppi omogenei o analisi comparate tra differenti gruppi: nel primo caso si osserva l'evoluzione della QoL

all'interno del gruppo considerato (variazione della QoL durante trattamento), mentre nel secondo è possibile confrontare il livello di QoL tra soggetti in trattamento e popolazione generale. Per consentire l'esecuzione di entrambe le analisi è opportuno utilizzare strumenti validati e in uso a livello internazionale o nazionale che interessino tutta la popolazione; SF-36 (o la versione ridotta SF-12) o PGWBI sono questionari validati e abbastanza completi e veloci che posseggono tutte le caratteristiche necessarie segnalate, dal momento che valutano lo stato di benessere o disagio, la vitalità, le attività sociali e la capacità relazionale.

#### D. MODALITÀ DI ANALISI E LETTURA DELLE INFORMAZIONI

Per la valutazione numerica e le analisi comparate delle informazioni risulta necessaria, se non indispensabile, una standardizzazione iniziale cui fare riferimento. In fase di prima applicazione, pertanto, oltre all'identificazione dell'unità statistica (Unità Operativa, SerT/SMI, Dipartimento ASL), sono da concordare i raggruppamenti per gruppi omogenei delle popolazioni indagate: per l'utenza una prima aggregazione potrebbe essere per tipologia di sostanza primaria successivamente stratificata per altre variabili (sesso, classe di età, tipologia utenza - incidente o prevalente, ecc.) tenendo presente che più si entra nel dettaglio, maggiore è la casistica necessaria.

Al processo di individuazione dello standard segue una distribuzione dell'allocazione delle unità statistiche intorno allo stesso con evidenziazione degli scostamenti. Analisi più precise (ad es. metodo delle deviate normali standardizzate) consentono un ulteriore processo di standardizzazione.

Un ulteriore elemento di notevole importanza è la stadiazione della gravità dei gruppi e sottogruppi di utenza identificati: infatti, in funzione del già citato polimorfismo, la popolazione assistita potrebbe assumere gravità diversa a parità di altre caratteristiche. Il possesso di informazioni specifiche (ASI o CBE, ICD e DSM) ed opportunamente trattate attraverso processi di normalizzazione (Indice di *Case-Mix*) restituiscono quadri e scenari più vicini alla realtà; in particolare, l'elaborazione di specifici indicatori di *performance* sono controllati sia dall'omogeneità degli *output* prodotti che degli *outcome* osservati. Le correlazioni tra tipologie di trattamento, durata dei trattamenti medesimi, consumo di sostanze e modifica dei comportamenti sociali, costituiscono un'ulteriore possibilità di lettura dell'efficacia dei trattamenti.

(BUR2009014)

(3.1.0)

#### D.g.r. 22 dicembre 2008 - n. 8/8721

**Accreditamento della Residenza Sanitaria Assistenziale per Anziani (RSA) «Santa Marta» con sede in Milano, via Parenzo n. 9 - Finanziamento a carico del Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2008**

#### LA GIUNTA REGIONALE

##### Delibera

1. di accreditare, con decorrenza dalla data di approvazione del presente atto, la RSA «Santa Marta» con sede in via Parenzo n. 9 relativamente a n. 120 posti letto, sulla base delle verifiche compiute dalla competente ASL Città di Milano;

2. di stabilire che l'assegnazione dei finanziamenti sul Fondo Sanitario Regionale decorre dalla data del contratto tra il gestore e la ASL di ubicazione, che deve essere stipulato successivamente al presente atto;

3. di stabilire che la ASL competente deve provvedere a trasmettere alla Direzione Famiglia e Solidarietà Sociale, con tempestività, copia del contratto suddetto, stipulato sulla base dello schema tipo approvato con d.g.r. n. 12618/03 - All. B;

4. di disporre che, entro 90 giorni dall'approvazione del presente atto, la ASL competente deve provvedere all'effettuazione di una ulteriore visita di vigilanza, al fine della verifica della permanenza dei requisiti di accreditamento;

5. di disporre la comunicazione del presente atto al Consiglio regionale, all'ente gestore interessato, nonché alla ASL competente;

6. di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia.

Il segretario: Pilloni

(BUR2009015)

(3.2.0)

#### D.g.r. 22 dicembre 2008 - n. 8/8731

**Determinazioni definitive in ordine alla remunerazione delle funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle azien-**

#### de ed enti sanitari pubblici e privati accreditati, per l'anno 2007 - Assegnazione dei fondi

#### LA GIUNTA REGIONALE

Richiamate:

- la d.g.r. n. 8/3776 del 13 dicembre 2006, avente ad oggetto «Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2007 (di concerto con l'Assessore Abelli)»;

- la d.g.r. 8/6682 del 27 febbraio 2008, avente ad oggetto «Determinazioni in ordine alla valutazione della qualità avanzata delle attività sanitarie di ricovero ordinario per acuti e di riabilitazione relativamente all'esercizio 2007 - Approvazione indicatori e metodo», ed in particolare l'Allegato tecnico che stabilisce gli indicatori e il metodo da utilizzare per valutare la qualità avanzata delle attività sanitarie di ricovero ordinario per acuti e per la riabilitazione, relativamente all'esercizio 2007;

Richiamata inoltre la d.g.r. 8/7294 del 19 maggio 2008, avente ad oggetto «Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte da aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2007», in particolare nella parte in cui prevede che:

- l'importo complessivo destinato ai finanziamenti delle funzioni per l'anno 2007 ammonti a complessivi € 945.000.000,00, di cui € 870.214.448,00 per le funzioni non tariffabili e € 74.785.552,00 per le funzioni di qualità avanzata;

- l'incremento delle risorse, rispetto a quelle assegnate nel 2006, per le singole strutture accreditate o per l'Ente Gestore di più strutture, non debba di norma superare la soglia del 40%;

- non venga applicato il limite del 40% alle funzioni relative ai servizi di Pronto Soccorso al fine di garantire comunque la copertura dei costi dell'area emergenza-urgenza;

Precisato che la previsione circa la mancata applicazione del «limite del 40% alle funzioni relative ai servizi di Pronto Soccorso, al fine di garantire comunque la copertura dei costi dell'area emergenza-urgenza», di cui alla citata d.g.r. 8/7294 del 19 maggio 2008, deve intendersi rivolta a tutte le funzioni dell'area emergenza-urgenza di seguito elencate:

- servizi di Pronto Soccorso;
- Soccorso Sanitario Emergenza-Urgenza «118»;
- trasporto neonatale;
- strutture di ricovero dotate di pronto soccorso e Incentivo per riduzione di ricoveri medici urgenti di 1 giorno;
- presidi EEUU Ospedali Montani;
- assistenza terapia intensiva di neonati con peso inferiore a 1500 gr;
- altre attività connesse all'emergenza urgenza;

Ritenuto inoltre di estendere la mancata applicazione del suddetto limite del 40% alle seguenti nuove funzioni, introdotte dall'Allegato 2 alla d.g.r. n. 8/3776 del 13 dicembre 2006, in quanto assimilabili alle funzioni dell'area dell'emergenza-urgenza per quanto concerne la sussistenza di costi strutturali che prescindono dalle attività svolte:

- complessità di erogazione delle attività di ricovero per enti gestori unici;
- molteplicità di presidi di erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- molteplicità e complessità di livelli di erogazione nel territorio dei servizi UONPIA e di psichiatria;
- distribuzione dello stabilimento di ricovero su più padiglioni con vincolo architettonico;
- funzione per parti in analgesia;

Richiamata altresì la d.g.r. 8/7860 del 30 luglio 2008, avente ad oggetto «Determinazione in ordine alla qualità avanzata delle attività sanitarie di ricovero ordinario per acuti - Assegnazione dei fondi per la qualità avanzata di cui alla d.g.r. n. 8/6682 del 27 febbraio 2008», che, tra l'altro:

- assegna i fondi per le funzioni di qualità avanzata per acuti;
- rimanda a successivo atto le determinazioni relative all'assegnazione dei fondi destinati alla funzione di qualità della riabilitazione, per la necessità di effettuare un supplemento di istruttoria con le ASL, al fine di valutare le ore lavorate per ciascuna U.O. di riabilitazione specialistica;

Preso atto che i competenti uffici della D.G. Sanità, con riferi-