



SISTEMI PER L' ACCREDITAMENTO DELLE ORGANIZZAZIONI DEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE (PUBBLICHE E DEL PRIVATO SOCIALE)

Indicazioni tecniche ed esplicative per gli operatori

Giovanni Serpelloni

Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

Il presente articolo riporta le caratteristiche tecniche e i riferimenti teorici del sistema di autorizzazione al funzionamento ed accreditamento della Regione Veneto.

Il manuale è stato realizzato con la collaborazione dell'Accademia Europea di Studi e Ricerche in Medicina Preventiva e Comunitaria e con gruppi consultivi delle Organizzazioni del Privato Sociale e delle Aziende ULSS. Il testo è stato scritto in modo da poter far comprendere alle organizzazioni destinatarie, le regole, i criteri, i processi di accreditamento ma anche il modello teorico-tecnico di riferimento. A questo proposito si sono evidenziate in modo chiaro anche le matrici logiche utilizzate definendo anche un glossario utile per la standardizzazione del linguaggio. Si escludono utilizzi a fini commerciali di questo manuale o di parti di esso, da parte di enti ed organizzazioni non appartenenti al sistema regionale pubblico.

DESTINATARI DEI PROCESSI DI ACCREDITAMENTO: LA PARI DIGNITÀ

Il sistema regionale delle dipendenze è composto da unità operative della struttura pubblica e del privato sociale, con la finalità di dare una risposta unitaria ai bisogni della popolazione tossicodipendente o a rischio. Il presente articolo definisce i requisiti minimi di funzionamento e criteri di qualità validi per l'intero sistema delle dipendenze. I destinatari quindi delle autorizzazioni derivanti dal presente sistema sono sia le Comunità terapeutiche pubbliche e private, i Ser.T e gli ambulatori del privato sociale.

È inoltre previsto che venga istituito, presso la Regione, un Albo degli enti autorizzati al funzionamento ed accreditati in modo tale da poter disporre dell'elenco completo ed aggiornato

degli accreditamenti generali e specialistici.

La pari dignità si realizzerà quindi anche tramite la realizzazione di un sistema che preveda l'adeguamento a standard di qualità non solo delle comunità terapeutiche, ma contemporaneamente ed in maniera equanime anche per i Ser.T.

AMBITI DI ATTIVITÀ: PATOLOGIE E SITUAZIONI DEVIANTI DA AFFRONTARE

Il sistema delle dipendenze, attraverso la sua espressione organizzativa territoriale e cioè il Dipartimento delle Dipendenze, deve affrontare una serie di situazioni patologiche e situazioni devianti. Sulla base di questi bisogni della popolazione di riferimento le varie organizzazioni interessate devono organizzare una offerta specifica attraverso l'erogazione di prestazioni complesse con garanzia di qualità e sicurezza per il cliente. Non basta pertanto genericamente definire i destinatari degli interventi (persone a rischio di dipendenza, utilizzatori di sostanze, tossicodipendenti e alcolodipendenti ecc.) ma essendo la dipendenza da sostanze e/o da comportamenti molto spesso correlata a varie altre situazioni patologiche, occorre anche avere chiarezza su quali patologie e situazioni devianti possono essere gestite direttamente dalle organizzazioni accreditate, in base alle risorse e alle specializzazioni presenti. Le organizzazioni eroganti le prestazioni pertanto possono operare su definiti campi di azione e questo in relazione ad una serie di fattori: organizzazione e ripartizioni di attività secondo la programmazione regionale, vincoli normativi, specializzazioni interne presenti, competenze tecnico-scientifiche, risorse disponibili e vincoli di finalizzazione.

Gli ambiti di attività pertanto devono essere ben definiti in quanto le autorizzazioni riguardano l'esercizio di attività esclusivamente su tali settori.

L'ambito generale delle attività riguarda quindi le "Dipendenze Patologiche da sostanze illegali e legali", ma anche le forme di dipendenza legate a comportamenti quali: gambling, dipendenza da videogame, da internet, da sesso e da lavoro. L'accredimento inoltre dovrebbe consentire di affrontare anche le numerose patologie e le situazioni devianti correlate alle dipendenze patologiche (in particolare malattie internistiche/infettivologiche, patologie psichiatriche, disturbi alimentari, ecc.).

Per questi aspetti è comunque necessario prevedere una forma di accreditamento differenziato e specifico sulla base della programmazione regionale esistente e delle normative generali di settore. La gestione delle patologie correlate, anche in assenza di risorse interne, deve comunque essere garantita se non direttamente, con opportune forme di collaborazione e consulenza esterna con organizzazioni specialistiche a loro volta accreditate.

Sono comunque da evitare situazioni nelle quali le organizzazioni accreditate per poter affrontare alcune patologie e situazioni, si dedichino autonomamente ad affrontare altre patologie orientando il servizio e l'organizzazione sottostante a questo.

La specializzazione, la definizione e l'attivazione di offerte accreditate dovrà essere frutto della programmazione Regionale ed Aziendale che espleteranno una lettura dei bisogni attraverso opportune e riconosciute forme di quantificazione epidemiologica dei bisogni.

Ad oggi a questo proposito vi è la necessità di regolamentare soprattutto due principali aspetti (attraverso la creazione di "accreditamenti specialistici" autorizzatori le attività dirette da parte dell'organizzazione accreditata, su specifiche situazioni patologiche): le patologie internistiche/infettivologiche e i disturbi alimentari (anoressia, bulimia, obesità psicogena). In assenza di tali "accreditamenti specialistici", l'organizzazione non potrà affrontare direttamente tali situazioni, ma dovrà comunque garantire la gestione attraverso opportuni accordi di collaborazione con altre organizzazioni specialistiche accreditate.



PREMESSE E RIFERIMENTI TEORICI

Definizioni e finalità generali dei sistemi di accreditamento

I sistemi di accreditamento devono essere considerati come sistemi per migliorare la performance assistenziale. Essi si collocano nell'ambito del Quality improvement, si distinguono due gruppi:

- A. Sistemi *interni* per il miglioramento della qualità (VQR, TQM, Continuous Quality Improvement).
- B. Sistemi di valutazione *esterna* per il miglioramento della qualità.

I sistemi "interni" per migliorare la performance delle Aziende utilizzano dei criteri interni (punti focali) che sono: focalizzazione sul cliente, forte attenzione ai processi più che alle gerarchie, coinvolgimento delle persone (operatori), enfasi sulla misurazione tramite indicatori e sistemi di misurazione costante.

I sistemi di "valutazione esterna" invece definiscono un sistema di requisiti esterni (sistema di qualità) attraverso il quale si confrontano le caratteristiche dell'organizzazione e si valuta la corrispondenza a criteri e standard predefiniti di qualità.

Nei sistemi di "valutazione esterna" si predispongono un insieme di caratteristiche di qualità che consentano di comparare le caratteristiche delle organizzazioni con gli standard individuati.

- Questa operazione presuppone quindi che ci sia un "Modello di riferimento" (espresso in una serie di requisiti) che deve essere "condiviso" e riconosciuto come "di eccellenza".
- Le operazioni successive di accreditamento non sono altro che una dimostrazione di conformità ai requisiti predefiniti come "di qualità" passando attraverso la definizione del profilo di qualità attesa delle unità operative che si vogliono accreditare.
- Per fare questo e per rendere il sistema intelligibile, nel definire il sistema è necessario utilizzare: criteri, indicatori e standard.

Con il termine "criteri", si devono intendere gli enunciati che definiscono con quali vincoli e caratteristiche devono essere erogati i servizi per essere considerati di qualità. Ai criteri si associano uno o più indicatori e uno standard di riferimento

Con il termine "standard" si devono intendere i valori attesi per ogni indicatore che definiscono quantitativamente il range entro il quale la prestazione viene considerata di eccellenza.

Con il termine "indicatore" si deve intendere una variabile numerica, validamente rappresentativa della situazione che si vuole valutare che fornisce informazioni utili per il decision making.

La figura successiva riporta i quattro principali ambiti di accreditamento ricordando che gli ambiti dell'input e degli output, sono prevalentemente oggetto delle "autorizzazioni al funzionamento" mentre gli ambiti process e outcome dei sistemi di "accreditamento", che viene in questo modello considerato successivo all'autorizzazione al funzionamento, primo obbligatorio passaggio per giungere all'accREDITAMENTO.

Livelli di autorizzazione

Nella nomenclatura attuale esistono tre livelli di autorizzazione per poter operare nel Sistema Socio-Sanitario Regionale retribuiti con fondi pubblici: l'autorizzazione al funzionamento, l'accREDITAMENTO e la contrattualizzazione.

La tabella successiva spiega i concetti di base di queste tre forme, specificando anche

quale sia il livello competente.

Fig. 1: Aree da prendere in considerazione nei sistemi di accreditamento



Tab. 1: Livelli di autorizzazione

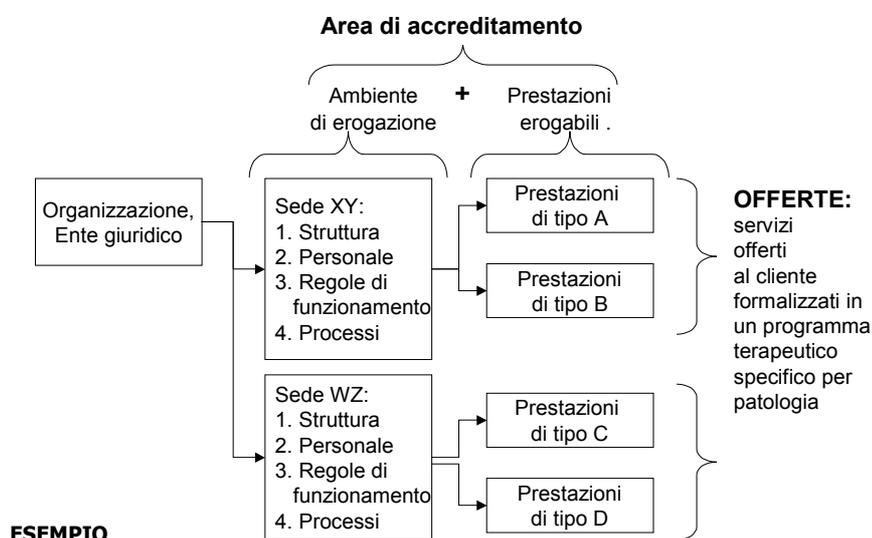
LIVELLO	DESCRIZIONE
AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Primo atto formale delle istituzioni preposte per legge che autorizza al funzionamento in ambito socio-sanitario, enti con personalità giuridica che presentino caratteristiche in conformità con standard prefissati • Questo livello di autorizzazione rende possibile l'esercizio delle attività ma senza poter accedere ai finanziamenti del SSR • Livello Regionale
ACCREDITAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Atto formale delle istituzioni preposte per legge che abilita all'esercizio delle attività e a poter essere contrattualizzati e finanziati con fondi pubblici del SSR a fronte dell'erogazione di determinati e ben identificati servizi/prestazioni • L'abilitazione è conseguente all'esistenza di servizi erogabili con criteri e standard conformi con quelli prefissati dagli enti preposti • Livello Regionale
CONTRATTO	<ul style="list-style-type: none"> • Atto formale delle istituzioni preposte che impegna enti con personalità giuridica (autorizzati ed accreditati) a fornire specifici e definiti servizi a fronte di una retribuzione (atto differente dalla "convenzione" che è un atto concessorio) • Livello aziendale



Oggetti di accreditamento

Al fine di non incorrere in malintesi, risulta utile chiarire quali siano gli oggetti di accreditamento. In estrema sintesi potremmo definire tali oggetti come: l'ambiente di erogazione delle prestazioni e le prestazioni erogabili. Vanno distinte concettualmente quindi "l'organizzazione/ente giuridico" e la sede operativa dove si eroga il servizio/prestazioni. L'accREDITAMENTO infatti non può essere dato genericamente ad un Ente e per tutte le sedi operative di quell'Ente, indipendentemente dagli ambienti o per tutti gli ambienti, ma dovrà essere differenziato ed ottenuto per ogni singolo ambiente di erogazione ed in stretta relazione con le prestazioni erogate in quel determinato ambiente.

Fig. 2: Oggetti di accreditamento



1. Accreditation: dell'offerta (sedeXY + prestazioni A) dell'Ente PDF
2. Accreditation: dell'offerta (sedeXY + prestazioni B) dell'Ente PDF
3. Accreditation: dell'offerta (sedeWZ + prestazioni C+D) dell'Ente CCC

Requisiti Minimi

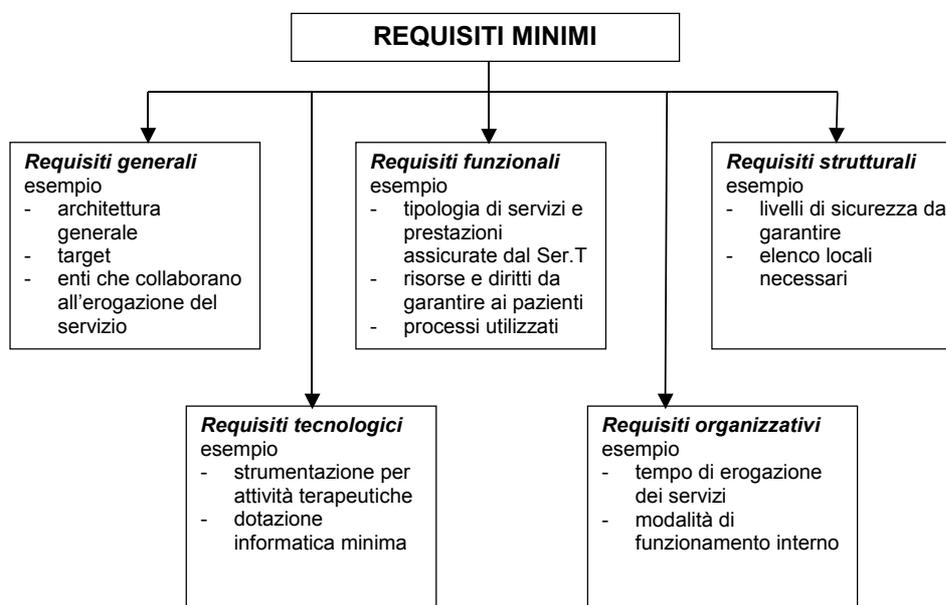
Viene riportata di seguito una figura esplicativa della nomenclatura utilizzata per la definizione dei requisiti minimi di funzionamento. Come è possibile vedere i requisiti minimi possono essere distinti in: generali, funzionali, strutturali, tecnologici ed organizzativi.

La descrizione di questi requisiti porterà alla definizione di quello che viene definito il profilo di qualità attesa dell'U.O. in questione.

Glossario e sinonimi

Al fine di uniformare il linguaggio e rendere anche più comprensibile la lettura di questo articolo abbiamo definito un glossario, completo di definizioni e sinonimi. Molto spesso infatti non si riesce a definire i sistemi di accreditamento più che altro per problemi di tipo semantico che di contenuto.

Fig. 3: Requisiti minimi



Tab. 2: Glossario dei termini più usati e sinonimi

VOCABOLO	DEFINIZIONE	SINONIMI DI USO COMUNE
Requisiti minimi (RM)	Caratteristiche di base necessarie per poter espletare una attività socio-sanitaria sulla persona	<i>Standard, prerequisiti per l'autorizzazione</i>
RM Strutturali	Caratteristiche di base degli ambienti e strutture dove si esplicano le attività	<i>Standard ambientali</i>
RM Tecnologici	Caratteristiche di base delle attrezzature e supporti tecnici necessari per l'espletamento delle attività	<i>Standard tecnici</i>
RM Funzionali	Caratteristiche di base delle modalità di funzionamento e di cessione delle prestazioni	<i>Standard di Modalità di funzionamento</i>
RM Organizzativi	Caratteristiche di base delle modalità di organizzazione interna, regole, personale e qualifiche	<i>Standard sul personale, professionalità</i>
Area di accreditamento	Insieme delle caratteristiche dell'organizzazione erogante il servizio oggetto di interesse del sistema di accreditamento	<i>Area di attività da accreditare</i>
Organizzazione da accreditare	Ente giuridico che richiede l'accREDITAMENTO di alcune offerte terapeutiche	<i>Ente, azienda</i>
Ambiente di erogazione	Sede fisica dove avviene l'erogazione del servizio (prestazione complessa) e che viene accreditata congiuntamente alla prestazione erogata. Una Organizzazione/Ente può avere più sedi che necessitano singolarmente di accREDITAMENTO.	<i>Sede operativa, Servizio, ambulatorio, Ser.T, Comunità.</i>
Personale	Operatori, definiti per qualifica e numero, necessari per assicurare il tipo di prestazioni complesse offerte	<i>Risorse umane</i>



Regole di funzionamento	Insieme di vincoli e norme interne all'organizzazione, rivolte al cliente, finalizzate all'instaurazione di un buon rapporto con il cliente stesso e necessarie per garantire un corretto funzionamento della struttura (sicurezza, rispetto dei diritti, ecc.)	<i>Regolamenti, linee guida</i>
Prestazioni erogabili	Insieme di prestazioni, formalizzate in un "programma terapeutico", costituenti il servizio offerto al cliente ed oggetto di accreditamento congiuntamente all'ambiente di erogazione.	<i>Offerta, servizio offerto, visite e colloqui, giornate di assistenza, programma terapeutico, risultato intermedio, output</i>
Cliente	Colui che esprime una domanda e sceglie un'offerta. Portatore di un bisogno.	<i>Paziente, persona tossicodipendente, cittadino, utente</i>
Unità organizzativa	Insieme di risorse umane, mezzi e processi finalizzati all'erogazione di servizi alla persona.	<i>Ser.T, comunità terapeutica, unità operativa</i>
Dipartimento delle dipendenze	Forma di organizzazione finalizzata all'allineamento e al coordinamento delle varie unità organizzative presenti nel territorio di un'ULSS al fine di garantire unitarietà, continuità ed equanimità assistenziale alle persone tossicodipendenti.	
Ser.T	Unità organizzativa specialistica pubblica per l'assistenza ai tossicodipendenti in regime ambulatoriale.	
Comunità Terapeutica	Unità organizzativa specialistica del privato sociale o pubblica per l'assistenza ai tossicodipendenti in regime residenziale o semiresidenziale.	
Esito del trattamento	Risultato finale di un trattamento, misurabile in termini di grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata partendo da una situazione iniziale, valutata a distanza di tempo dopo un trattamento. Indicatori principali sono: uso di sostanze, qualità di vita, performance psichica e sociale (grado di reinserimento), rischio di patologie correlate.	<i>Outcome, grado di risoluzione del problema,</i>

L'ARCHITETTURA DEL SISTEMA DELLE DIPENDENZE

Interventi ed ambienti di erogazione

Il sistema delle dipendenze presenta vari ambienti di erogazione di diversificate prestazioni. Ogni ambiente si connota per particolari caratteristiche strutturali e prestazioni erogate. I sistemi di accreditamento devono quindi essere orientati pragmaticamente a riconoscere e definire i vari ambienti di erogazione anche in relazione alle varie tipologie di clienti ad essi afferenti.

Gli ambienti vanno inoltre considerati all'interno di un contesto di continuità terapeutica ed assistenziale, partendo dai primi e più semplici interventi fino agli interventi più complessi e tardivi.

Le sei principali categorie individuate sono:

- a. interventi sul territorio;
- b. pronta accoglienza;
- c. ambulatori (Ser.T pubblici o del privato sociale accreditato);
- d. comunità semiresidenziale;
- e. comunità residenziale (Classe A, B, C);
- f. reparti ospedalieri per la detossificazione rapida.

Nel sistema di accreditamento devono essere presi in considerazione quindi oltre gli

interventi in ambienti strutturati anche quelli in ambienti non strutturati, quali quelli sul territorio attraverso unità mobili.

Gli interventi ambulatoriali, tipicamente eseguiti dai Ser.T, potranno essere accreditati anche per struttura del privato sociale conservando identici requisiti e coerentemente con una programmazione regionale che definisca il numero di unità operative necessarie per territorio in base ad una corretta stima dei bisogni.

Le comunità terapeutiche possono essere differenziate in tre classi in base alla specializzazione delle offerte e alle conseguenti risorse impiegate:

Tab. 3: Classificazione delle Comunità

CLASSE	PARTICOLARITÀ
Classe A:	comunità in grado di gestire una condizione di tossicodipendenza non complicata (anche in presenza di patologia psichiatrica ma compensata e gestibile) con persona che non abbisogna di management intensivo e specialistico
Classe B:	comunità in grado di gestire una condizione di tossicodipendenza (anche in presenza di patologia psichiatrica ma compensata e gestibile) con presenza di patologia psichica con bisogno di management specialistico ma non intensivo
Classe C:	comunità in grado di gestire una condizione di tossicodipendenza con patologia psichiatrica con bisogno di management specialistico ed intensivo

Risulta chiaro che ad ogni classe corrisponde una differente tariffa di retribuzione e che i criteri che devono necessariamente e contemporaneamente sussistere per l'inserimento dei pazienti sono:

1. Accettazione della cura e dell'ambiente proposto da parte del cliente.
2. Necessità di cure erogabili in ambiente residenziale (idoneità del trattamento).
3. Necessità di trattamento residenziale non specialistico e non intensivo (comunità classe A) o specialistico ma non intensivo (comunità classe B) o specialistico ed intensivo (C).

Competenze ed integrazioni

All'interno di questa logica di continuità assistenziale, risulta chiaro che potrebbero sorgere dei problemi sulle competenze specifiche dei vari organismi pubblici (Azienda ULSS e Enti Locali). Alcune attività infatti, quali ad esempio la prevenzione primaria e il reinserimento sociale e lavorativo, rientrano nelle competenze degli Enti Locali ma ad oggi vengono realizzate, nella stragrande maggioranza dei casi, dalle organizzazioni afferenti ai Dipartimenti delle ULSS. Per contro risulta difficile scindere le attività di riabilitazione da quelle di reinserimento così come molte attività di prevenzione delle tossicodipendenze non hanno un confine ben delimitato con interventi di tipo socio-sanitario (e quindi di competenza dell'Azienda ULSS).

La scelta razionale sicuramente più efficace da farsi è quella di rispettare il principio della continuità assistenziale e di ricercare fortemente politiche di integrazione tra le Aziende ULSS e Enti Locali, al fine di garantire un sistema unico e prima di tutto efficace. Non è da escludere quindi che il sistema di accreditamento debba prevedere, con il consenso delle rappresentanze degli Enti Locali, anche quelle parti di prevenzione primaria e reinserimento, al fine di garantire una qualità totale del sistema nel suo complesso.



Fig. 4: Interventi ed ambienti di erogazione

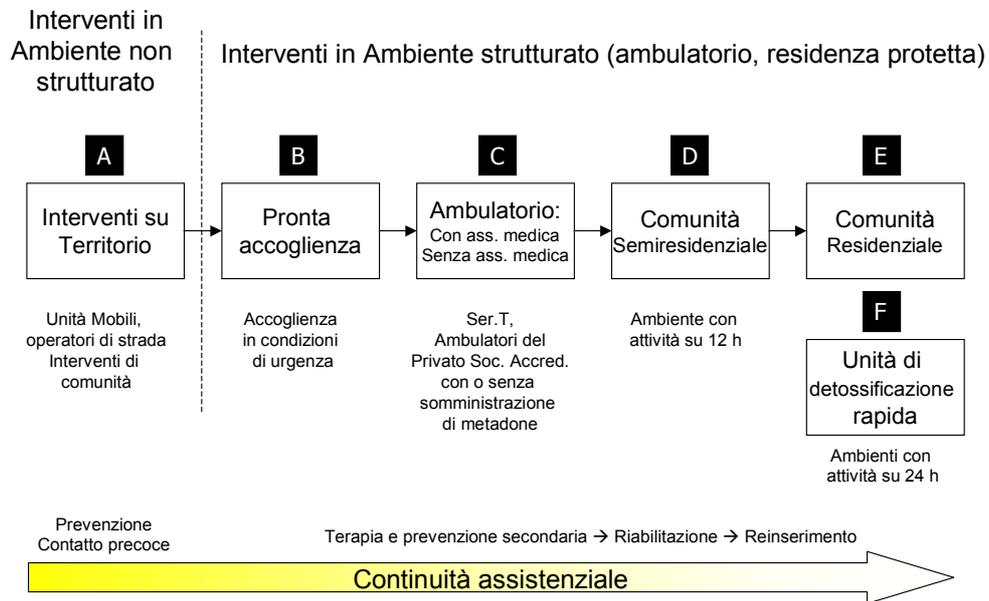
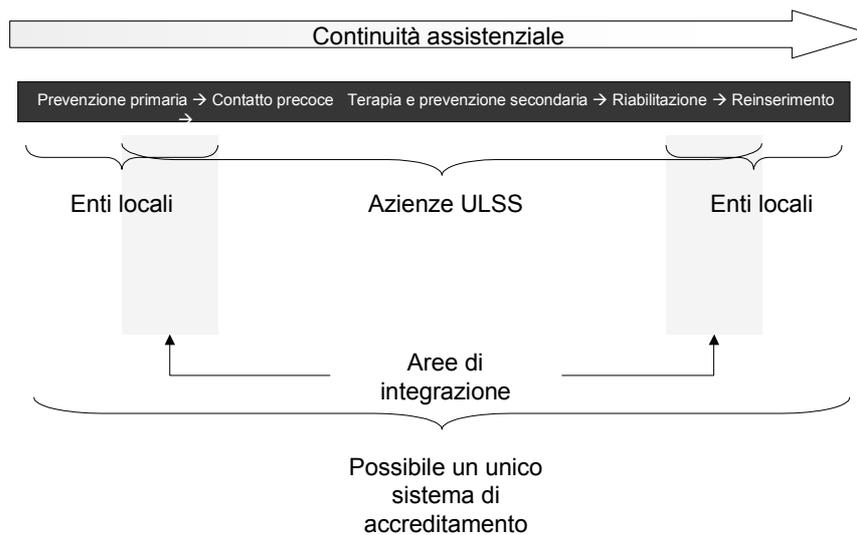


Fig. 5: Competenze ed integrazioni



Analisi delle coerenze del sistema

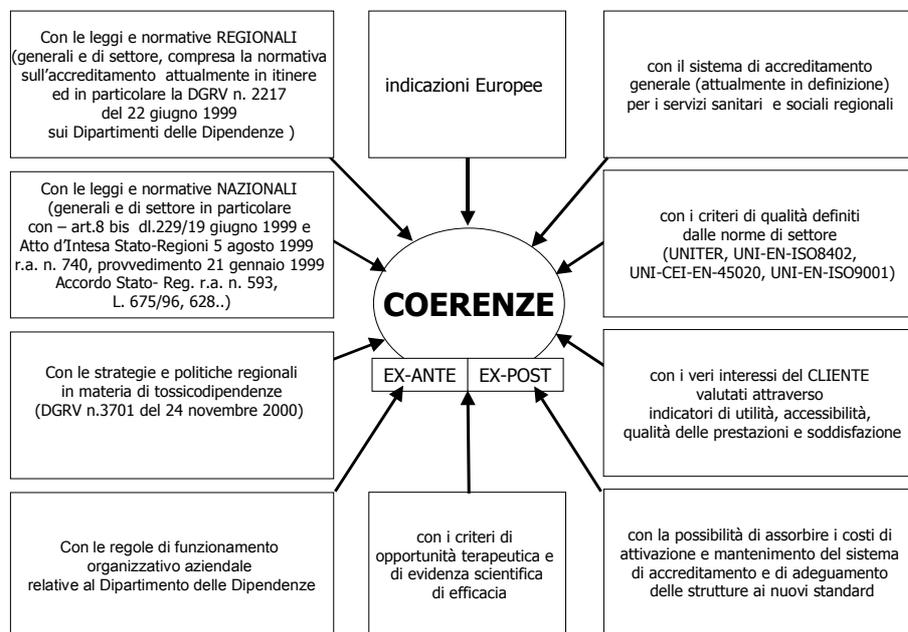
Il sistema di accreditamento dovrà inoltre essere coerente con una serie di altre condizioni, norme e regolamenti esistenti che definiscono una rete di vincoli particolarmente complessa ma di cui si deve tenere conto al fine di non creare incongruità e problemi di gestione futuri.

1. Molti sono gli aspetti che sono stati presi in considerazione e la figura successiva riporta le principali situazioni che sono state prese in considerazione per l'analisi delle coerenze al fine di rendere il sistema di accreditamento compatibile con il più ampio sistema Regionale e normativo Nazionale.
2. Le coerenze dovevano essere ricercate verso i sistemi interni, esterni e verso il cliente
3. I sistemi interni presi in considerazione sono stati: le Regole e le Normative (regionali e aziendali), l'organizzazione del sistema delle dipendenze regionale, le strategie e le politiche regionali, altri sistemi di accreditamento regionali (sanità) e le risorse esistenti.

I sistemi esterni sono stati invece le regole e normative nazionali soprattutto relative alla sicurezza ma anche agli atti di indirizzo ministeriali in materia di dipendenze.

Si sono infine considerate anche le coerenze con i diritti del cliente (riservatezza e segreto professionale, anonimato se richiesto, libera scelta del curante e del luogo di cura, informativa precoce e completa, consenso informato alle cure, ecc.).

Fig. 6: Analisi delle coerenze del sistema





MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA GENERALE DI ACCREDITAMENTO

Matrice generale di un sistema di accreditamento per le dipendenze

Per meglio comprendere la logica generale di un sistema di accreditamento per le dipendenze conviene rifarsi ad una matrice generale, che rappresenta la struttura su cui il sistema si basa anche per poter definire le modalità di retribuzione e di tariffazione delle varie prestazioni erogate. Risulta infatti indispensabile comprendere che a fianco di ogni sistema di accreditamento deve esistere un sistema di tariffazione coerente con le classi di prestazioni, per i vari ambienti, identificate nel sistema di accreditamento.

Vi è quindi la necessità di definire la tipologia degli interventi e gli ambienti di erogazione, correlarli a dei prerequisiti relativamente al tipo e alla qualità delle risorse impiegate e al servizio erogato (specificando i processi di qualità) attraverso una rappresentazione che utilizzi la nomenclatura: criteri - indicatori – standard. Successivamente andranno individuate le modalità di finanziamento fissando le modalità di computo della retribuzione (forfettaria su progetto, a tariffa per prestazione, a tariffa per giorno di assistenza, a DRG) e la quota di finanziamento previsto in base alla complessità della prestazione/servizio offerto.

Fig. 7: Matrice generale di un sistema di accreditamento per le dipendenze

Tipologie di interventi ed ambienti di erogazione		prerequisiti				Sistema di finanziamento	
		Risorse (input)			Servizio erogato (offerta)		
		Personale	Tecnologia	Strutture (caratteristiche)	Processi utilizzati		Prestazioni (output)
A	TERRITORIO	1.criteri di qualità → 2. Indicatori → 3 standard				Su progetto (obiettivi -> risultati -> costi -> tempi)	
B	PRONTA ACCOGLIENZA					Tariffa 1/die	
C	AMBULATORIO con ass. medica (somministrazione di farmaci)					A prestazione tariffata o a tariffa/die di carico	
D	AMBULATORIO senza ass. medica					A prestazione tariffata o a tariffa/die di carico	
E	COMUNITA' SEMIRESIDENZIALE					Tariffa 2/die	
F	COMUNITA' RESIDENZIALE: Tipo A Tipo B Tipo C					Tariffa 3A/die Tariffa 3B/die Tariffa 3C/die	
G	UNITÀ DI DETOSSIFICAZIONE RAPIDA (Ospedaliera)					DRG	

Mobilità tra classi tariffali e criteri di inserimento dei soggetti in comunità

Nel sistema qui teorizzato le comunità terapeutiche residenziali possono essere classificate in tre differenti classi in base alle loro caratteristiche di base e al livello di specializzazione dell'offerta. Ad ogni classe di comunità corrisponde una tariffa specifica in base alle risorse impiegate per fornire le prestazioni a complessità (e costo) crescente. Per ogni specifica comunità è previsto l'inserimento di specifiche tipologie di persone TD con bisogni particolari (vedi categorie di management clinico). Pazienti ad alta complessità (categoria C)

possono essere inseriti in corrispondenti comunità di classe C ma non di classe inferiore per motivi di opportunità terapeutica e sicurezza. Pazienti di categoria A possono essere inseriti in comunità di classe B o C ma a tariffa A.

La figura successiva riporta un esempio di quanto qui definito.

Fig. 8: Relazioni tra classi di comunità, tariffe corrispondenti e tipologia del cliente

Classi di comunità residenziali	TARIFFA (Esempio)	INSERIMENTO delle persone TD in Comunità (coerenza tra classe di comunità e tipo di TD)	TIPOLOGIA DI CLIENTE - BISOGNO (categorie di management del soggetto)
A	50	SI	A
B	100	NO Si ma con tariffa A	B
C	150	SI	C

Categorie di management della persona TD in comunità

Ogni persona tossicodipendente che necessita di inserimento in comunità terapeutica dovrà essere inquadrata, in base alle condizioni e ai bisogni terapeutici conseguenti in tre classi di management clinico. Ad ogni classe corrisponderà una offerta ottimale che sarà coerente con le tre diverse classi di Comunità terapeutiche. Le categorie di management clinico dei pazienti sono così definite:

- Categoria A: TD non complicata (anche in presenza di patologia Psichiatrica ma compensata e gestibile) con persona che non abbisogna di management intensivo e specialistico.
- Categoria B: TD (anche in presenza di patologia Psichiatrica ma compensata e gestibile) con presenza di patologia psichica con bisogno di management specialistico ma non intensivo.
- Categoria C: TD con patologia Psichiatrica con bisogno di management specialistico ed intensivo.

La possibile modificabilità della classe nel tempo per la variazione delle condizioni cliniche dovrà coerentemente essere seguita da una variazione della tariffa con adeguamento alla



classe corrispondente. Al fine di garantire la continuità terapeutica e la stabilità ambientale alla persona TD nella quale insorgessero gravi problemi psichiatrici, la comunità terapeutica dovrà assicurare una gestione esterna del caso con organizzazioni accreditate o trasferire il caso in ambiente idoneo ed accreditato a tale scopo.

Il processo di classificazione nelle categorie di management della persona TD da inserire in comunità residenziale può seguire il seguente schema: Valutazione diagnostica da parte del Ser.T della persona da inserire in Comunità Terapeutica (prima valutazione di idoneità).

2. Inquadramento in una categoria di management clinico sulla base dei criteri precedenti (labelling).
3. Identificazione della Comunità Ter. Residenziale corrispondente alla categoria di management clinico.
4. Richiesta di inserimento.
5. Rivalutazione congiunta (seconda valutazione).
6. Inserimento e monitoraggio.

Va chiarito che il "caso", nel momento in cui entra in comunità terapeutica è sotto la diretta responsabilità di tale organizzazione che lo gestisce in autonomia tecnico-funzionale e il Ser.T inviante potrà collaborare al programma terapeutico sulla base delle situazioni cliniche emergenti, della richiesta del cliente e/o della Comunità stessa. Il Ser.T ha il compito di monitorare il buon andamento del programma terapeutico, l'erogazione delle prestazioni e di curare le procedure per la corretta contabilizzazione e pagamento delle prestazioni erogate dalle Comunità.

CONCLUSIONI

I sistemi di accreditamento possono essere una grande occasione per il sistema delle dipendenze per aumentare la qualità degli interventi e delle strutture assistenziali. L'applicazione di questi sistemi a tutte le strutture (pubbliche e del privato sociale accreditato) porterà inoltre ad introdurre un concetto di "equità" che soprattutto garantisce il cliente che ha bisogno di una risposta unitaria e di qualità da tutti gli ambienti deputati alla cura. La complessità di costruire un sistema di accreditamento non sta solo nel definire criteri ed indicatori, ma anche di creare le basi culturali e tecniche, di armonizzare e coordinare le varie parti ed organizzazioni in modo che nel momento dell'attivazione del sistema le strutture esistenti possano essere messe nella condizione di adeguare i loro standard a quelli richiesti.

Infine è da ricordare che nessun sistema di accreditamento può essere attivato senza prima aver eseguito una simulazione sull'impatto in termini di costi generati per gli adeguamenti ai nuovi standard delle strutture già in attività e dei problemi organizzativi generali per il controllo nel tempo della persistenza dei criteri di qualità. La simulazione si rende necessaria anche per valutare quante strutture, sul totale delle esistenti, rientrano nella matrice di accreditamento definita anche al fine di stabilire i tempi di adeguamento da richiedere alle strutture.

Esempi di alcuni criteri dei PROCESSI per la comunità residenziale o semiresidenziale

N	CRITERI	
1	Processo di accoglienza (valutazione iniziale prima dell'inserimento residenziale o semiresidenziale)	Indicatori e STD
	<p>Presenza di autorizzazione all'inserimento (generazione della spesa)</p> <p>Non selettività e non discriminazione sulla base di orientamenti sessuali, etnia, politica, religione</p> <p>Assicurare una accessibilità per il cliente di minimo 5 gg. la settimana per non meno di cinque ore al giorno</p> <p>Tempi di espletamento della valutazione iniziale e dell'inserimento dal momento della domanda (diretta del cliente o tramite Ser.T), per attività d'accoglienza programmata, minore di 60 gg salvo giustificati motivi di ritardo dovuti a situazioni cliniche del cliente o saturazione dei posti letto</p> <p>Tempi di attesa ridotti minore di 2 gg. dal momento della domanda del cliente (per attività di pronta accoglienza)</p> <p>Esistenza di un referente specifico per l'accoglienza facilmente identificabile dal cliente</p> <p>Presenza di una carta dei servizi offerti, facilmente accessibile e comprensibile dal cliente</p> <p>Ricerca attiva da parte degli operatori del consenso informato al trattamento (consenso realmente condiviso e liberamente formato)</p> <p>Supporto alla famiglia (qualora possibile)</p> <p>Presenza di un regolamento scritto, comprensibile (adatto alle capacità di comprensione del cliente), accettato e sottoscritto e consegnato in copia al cliente in ammissione, sulle regole di comportamento in comunità, coerente con gli obiettivi terapeutici ed educativi dichiarati dalla comunità nei processi terapeutico-riabilitativi</p>	

N	CRITERI	
2	Processo di valutazione diagnostica*:	Indicatori e STD
	<p><i>di primo livello (di valutazione iniziale/fattibilità degli interventi)</i></p> <p>Valutazione formale dei bisogni espressi dal cliente</p> <p>Valutazione multidimensionale (aspetti medici, tossicologici, psicologici, sociali, legali)</p> <p>Valutazione formale della motivazione al trattamento e della compatibilità del progetto terapeutico</p> <p>Ammissione/esclusione dal trattamento su criteri espliciti e trasparenti formalizzati nella cartella individuale</p> <p><i>di secondo livello post accoglienza</i></p> <p>anche attraverso strumenti standard secondo le indicazioni Regionali</p> <p>Definizione formale di Progetto Terapeutico Individualizzato (obiettivi, tempi, metodologia) come risultato dell'assessment (valutazione) iniziale</p> <p>Valutazione della famiglia e dell'ambiente</p> <p><i>*anche in collaborazione con strutture specifiche esterne</i></p>	

Note esplicative:

1. *caratteristiche e criteri per la definizione del PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO: (da definire)*



N	CRITERI	
3	<p>Processo terapeutico <i>(ambito sanitario, ambito psicoterapico, ambito psico-pedagogico)</i></p>	<p>Indicatori e STD</p>
	<p><i>ATTIVITÀ IN AMBITO DI "DEGENZA ORDINARIA O DIURNA"</i></p> <p><i>Classe A → tariffa 1</i> Contemporanea presenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Gestione dell'attività educativa orientata alla vita comunitaria ed all'attività occupazionale orientata anche al reinserimento sociolavorativo. b) Gestione degli aspetti medici (condizioni di base e specialistiche* es. malattie diffuse). <p><i>Classe B → tariffa 2</i> Contemporanea presenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Gestione dell'attività educativa orientata alla vita comunitaria ed all'attività lavorativa. b) Gestione degli aspetti medici (condizioni di base e specialistiche* es. malattie diffuse). c) Gestione specialistica psicologica con personale abilitato. <p><i>Classe C → tariffa 3</i> Contemporanea presenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Gestione dell'attività educativa orientata alla vita comunitaria ed all'attività lavorativa. b) Gestione specialistica della psicoterapia con personale abilitato. c) Gestione degli aspetti medici (condizioni di base e specialistiche* es. malattie diffuse). d) Gestione specialistica delle problematiche psicopatologiche con personale abilitato. e) Gestione attività terapeutiche-riabilitative di preinserimento socio lavorativo (anche in collaborazione con enti esterni) con specifiche risorse dedicate. f) Possibilità di gestione specialistica della comorbidità psichiatrica (anche con trattamento farmacologico) che traggono vantaggio dal trattamento residenziale con personale abilitato. <p><i>ATTIVITÀ IN AMBITO AMBULATORIALE (attività specialistica accreditata)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Visite specialistiche psichiatriche con personale abilitato. b) Psicoterapia individuale con personale abilitato. c) Psicoterapia di gruppo o familiari con personale abilitato. d) Colloqui individuali di supporto e di auto aiuto. e) Terapie farmacologiche. 	

Note esplicative:

1. * anche in collaborazione con medici di medicina generale e strutture specialistiche.
2. **MOLTO IMPORTANTE:** Ad ogni classe di comunità terapeutica (in regime di degenza) corrisponderà un profilo delle caratteristiche dell'utenza che sarà possibile trattare in modo da assicurare che per ogni classe di comunità vengano trattati i pazienti esclusivamente eleggibili per quella classe di comunità. Le comunità con classe di accreditamento tipo C potranno quindi inserire: 1. pazienti eleggibili C a tariffa C; 2. pazienti di classi inferiori a tariffa ridotta corrispondente alla categoria del paziente.
3. *necessità di definire:* dell'attività educativa orientata alla vita comunitaria ed all'attività occupazionale, attività psicologiche, attività terapeutiche-riabilitative di preinserimento socio lavorativo (anche in collaborazione con enti esterni) con specifiche risorse dedicate (formazione, addestramento, sostegno, autonomizzazione...), comorbidità psichiatrica (trattamento farmacologico).
4. trattamento "alberghiero" uguale per tutte le classi di comunità, varia la quantità e la tipologia delle prestazioni erogate.

N.	CRITERI	
4	Processo di dimissione	Indicatori e STD
	<p>Presenza di un sistema formale per la registrazione delle dimissioni dei clienti e la trasmissione dell'avvenuta dimissione al Dipartimento delle Dipendenze (Ser.T)</p> <p>Preparazione delle dimissioni con specifici programmi di reinserimento</p>	

N	CRITERI
5	<i>Processi finalizzati all'informazione dei clienti e alla soddisfazione dei debiti informativi con le amministrazioni pubbliche</i>
	<p>Assicurare informazioni al cliente, (da definire nelle modalità e nei tempi) relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • caratteristiche dei trattamenti (vincoli, obblighi, effetti positivi attesi, eventuali rischi....) • modalità di comportamento richiesto • risultati della valutazione iniziale ed eventuali motivi di esclusione dai trattamenti • risultati delle valutazioni intermedie • diritti di riservatezza, sui diritti inalienabili dell'individuo e sulla libera scelta del luogo di cura e del terapeuta <p>Debiti informativi con le pubbliche amministrazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • attività di reporting periodica (da definire formati minimi STD, tempi...) su tipologia (PMC) dell'utenza, volume delle prestazioni erogate, risultati (esiti interni) raggiunti, costi generati • assicurare una diffusione a strutture aziendali e regionali.

N	CRITERI
6	<i>Altri criteri generali riguardanti i processi</i>
	<ul style="list-style-type: none"> a) Presenza di tutti i requisiti previsti per la tutela della privacy b) Sistemi adatti per garantire il mantenimento della documentazione clinica personale (anamnestica, diagnostica, degli interventi e trattamenti eseguiti in ambito medico, psicologico, pedagogico e riabilitativo) in formato cartaceo e/o elettronico c) Sistemi e procedure adatte a soddisfare dei debiti informativi (nei tempi e nei modi prefissati) con il Dipartimento delle Dipendenze e con la Regione Veneto d) Adesione al network Dronet con l'aggiornamento della disponibilità posti CT perlomeno con cadenza settimanale



BIBLIOGRAFIA

- Assessorato alle Politiche Sociali delle Regione Veneto, Le politiche regionali per una società libera dalle droghe, Ediz. La Grafica, Novembre 2000
- Borgonovi E., Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, EGEA 1996
- Brenna A., Manuale di Economia Sanitaria, CIS Editore, 1999
- Corradini A. I modelli organizzativi per le aziende U.L.S.: tradizione ed innovazione, Mecosan n.20, 17-33, 1997
- Di Stanislao F., Liva C., Accredimento dei servizi sanitari in Italia, Centro Scientifico Editore, 1998
- Drummond M.F, O'Brien B., Stoddart G., Torrance G., Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari, Il Pensiero Scientifico Editore, 2000
- EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drus users, emcdda, dicembre 2000
- Grilli R., Penna A.e Liberati A., Migliorare la pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
- Montironi M., Genova M., Riorganizzare i servizi pubblici, Sviluppo & Organizzazione, n.167, 1998
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995
- Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999

