

PROGETTI NAZIONALI

IMPATTO DEI PROBLEMI E DELLE PATOLOGIE ALCOL-CORRELATE NELLA POPOLAZIONE AFFERENTE ALLE AZIENDE SANITARIE LOCALI
E OSPEDALIERE: EPIDEMIOLOGIA, VALUTAZIONE DEI PROGRAMMI DI TRATTAMENTO E COSTI

PROBLEMATICHE SANITARIE DEI DETENUTI CONSUMATORI DI DROGHE: RISPOSTA ISTITUZIONALE E COSTRUZIONE DI UNA
METODOLOGIA ORGANIZZATIVA

COORDINAMENTO: **REGIONE TOSCANA E REGIONE LOMBARDIA** (REGIONI *CAPOFILA*)

SISTEMA DI INDICATORI: PROPOSTA

FINALITÀ

Scopo del presente documento è formulare una prima proposta per un sistema di indicatori di valutazione e di monitoraggio dei processi e dei risultati nell'area delle dipendenze patologiche al fine di un suo possibile utilizzo per *“supportare le funzioni strategiche di governo e di programmazione”*.

La presente traccia di lavoro, da sottoporre al settore dipendenze del Servizio Sanitario Regionale della Toscana ed al Comitato Tecnico Scientifico Nazionale (CTSN), costituito in accordo con le Regioni aderenti ai due progetti nazionali, è tesa a favorire la messa a punto del sistema.

Ove possibile sono stati proposti standard di riferimento la cui individuazione, demandata al CTSN, è comunque prevista a seguito della rilevazione negli ambiti territoriali prescelti dalle Regioni.

CONSIDERAZIONI PRELIMINARI

Spesso coloro che operano sulle dipendenze lamentano un'atavica carenza di risorse e percepiscono dai livelli sovraordinati una considerazione non congruente con l'impegno profuso.

Questi problemi sono avvertiti come prioritari rispetto al tema della valutazione dell'operato dei servizi e alla necessità di specifici indicatori (nota è la non applicabilità di quelli consolidatisi per altre realtà, in specie ospedaliere).

Eppure il settore lamenta un'evidente fragilità contrattuale che attribuisce anche alle difficoltà nel far comprendere *“ciò che si fa”*, *“come lo si fa”* e *“a cosa serve”*; ricorrente è quindi l'espressione di esigenze di miglioramento *“dell'analisi della domanda”*, *“della programmazione e/o della qualità delle cure”* che però comportano la necessità di misurare e verificare i risultati.

E' onesto riconoscere che quest'apparente contraddizione è sostenuta dall'implicito vantaggio che consentono le disomogeneità organizzative e la scarsa comparabilità delle attività: poter evitare, o quantomeno contestare, qualsivoglia valutazione.

Ovviamente è un vantaggio solo per quanti non si pongano il problema di capire se ai pazienti è fornito *“ciò che è loro utile”* o ciò che si *“sa fare”* o che *“interessa fare”*.

D'altra parte è facile riscontrare anche una malcelata diffidenza verso valutazioni dei servizi, finalizzate spesso al contenimento della spesa e a un *“miglioramento continuo”* orientato da logiche più consone al contesto industriale che all'ambito socio-sanitario.

Per gli indicatori in questione è perciò del tutto plausibile che sia da attendersi sia un autentico interesse che resistenze altrettanto determinate.

I due progetti nazionali richiamano peraltro ad una cultura d'insieme che valuta i processi, diagnostici e terapeutici, in base all'organizzazione dei medesimi, ai risultati ottenuti ed alle risorse necessarie per conseguirli.

Perciò per il compito che ci si prefigge di realizzare è utile chiarire alcuni elementi tra cui, in primo luogo, il concetto di dipendenza da sostanze a cui si fa riferimento.

Le dipendenze da sostanze sono valutate come un complesso di patologie primarie, croniche ed a carattere recidivante, capaci di compromettere seriamente la qualità della vita, con elevate probabilità di comorbilità per patologie infettive, psichiatriche e internistiche e gravate da una mortalità decisamente superiore al tasso atteso nei soggetti di pari età.

Si producono a seguito del ripetuto consumo di peculiari sostanze in grado di indurre alterazioni nei sistemi cerebrali della gratificazione, dell'apprendimento e della memoria e si caratterizzano per la dipendenza psichica, il craving ed i comportamenti compulsivi di ricerca e assunzione della sostanza messi in atto indipendentemente dalle conseguenze che ne derivano.

A tali caratteristiche si associano spesso la tolleranza acquisita cronica e la dipendenza fisica.

In secondo luogo è opportuno indicare sinteticamente le definizioni di dipendenza, remissione e di recidiva in accordo con i criteri diagnostici del sistema nosografico di riferimento utilizzato per gli indicatori (ICD-09-CM).

Dipendenza

Almeno 3 (tre) delle seguenti manifestazioni devono essersi contemporaneamente verificate per almeno 1 (un) mese o, se persistono per meno di un mese, devono essere comparse insieme ripetutamente durante un periodo di 12 (dodici) mesi:

- a. forte desiderio e un senso di compulsione ad assumere la sostanza;*
- b. incapacità di controllare il comportamento d'assunzione della sostanza per quanto concerne il suo inizio, la sua interruzione o l'entità dell'uso, evidenziata dai seguenti aspetti: assunzione della sostanza spesso in grandi quantità o per un periodo più lungo di quanto programmato, oppure desiderio persistente e sforzi senza successo di ridurre o di controllare l'uso della sostanza;*
- c. comparsa di una sindrome d'astinenza con le caratteristiche proprie di quella determinata sostanza, quando l'uso è ridotto o interrotto, oppure uso di quella stessa sostanza (o di altre strettamente correlate) allo scopo di ridurre o evitare i sintomi d'astinenza;*
- d. evidenza di una tolleranza agli effetti della sostanza, per cui è necessario aumentare in maniera marcata la quantità che viene assunta perché si verifichi l'intossicazione o l'effetto desiderato, oppure vi è un'accentuata riduzione dell'effetto a seguito dell'uso continuo di una stessa quantità della sostanza;*
- e. eccessiva polarizzazione sull'uso della sostanza, per cui importanti piaceri o interessi alternativi vengono trascurati e una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie per ottenere la sostanza, assumerla o riprendersi dai suoi effetti;*
- f. persistenza dell'uso della sostanza nonostante una chiara evidenza di conseguenze dannose, cioè il soggetto continua a far uso della sostanza nonostante egli sia sicuramente o probabilmente consapevole della natura e dell'estensione del danno.*

Remissione

Non soddisfatti i criteri diagnostici per dipendenza da eroina, cocaina o etanolo per un periodo ininterrotto ≥ 3 (tre) mesi in soggetti con precedenti diagnosi della corrispondente dipendenza.

Recidiva (ripresa di attività della malattia)

Contemporanea presenza per almeno un mese di almeno 3 (tre) dei criteri diagnostici di dipendenza, in soggetti in cui in precedenza è stata posta diagnosi di dipendenza in remissione.

In terzo luogo è utile sintetizzare alcune considerazioni sugli indicatori di esito (*outcome*).

I trattamenti per patologie *croniche e recidivanti* sono processi lunghi e complessi in cui spesso si succedono sia integrazioni dell'iniziale diagnosi che periodiche modulazioni degli obiettivi dei trattamenti e degli interventi che li costituiscono.

E' evidente che il dover far riferimento a dati comparabili ed a rilevazione sistematica su tutti gli ambiti territoriali interessati riduce la varietà di informazioni così come la necessità di rilevare gli indicatori su periodi temporali circoscritti può esitare in una loro inesatta interpretazione.

A ciò si è tentato di sopperire elaborando la proposta in relazione alla *mission* dei servizi ed esprimendo gli indicatori di esito in termini di benefici per la persona e la collettività.

E' stata altresì valutata la possibilità di supportare la valutazione dell'outcome con indagini di soddisfazione dei pazienti; non è stato però possibile introdurre tale fattore nella presente proposta in quanto le procedure per superare le difficoltà insite in una sua sistematica rilevazione sono al momento all'esame dei competenti organismi regionali.

E' infine da ricordare che, prescelti gli indicatori, sarà opportuno definire le modalità per una contestuale lettura di più determinanti così da favorire una più adeguata rappresentazione della realtà in esame.

AREE D'INTERESSE

La proposta si articola in due aree:

- A. INDICATORI EPIDEMIOLOGICI.**
- B. INDICATORI DI PERFORMANCE (PROCESSO E/O RISULTATO).**

A. INDICATORI EPIDEMIOLOGICI

PREMESSA

La precisa conoscenza dello stato di salute degli individui e dei fattori che lo influenzano ed un'adeguata misurazione dell'impatto dei servizi sanitari sullo stato di salute sono presupposti per la pianificazione sanitaria che si ponga la salute dei cittadini quale vero obiettivo.

La rilevazione dei bisogni di salute e l'individuazione dei determinanti che influenzano lo stato di salute e di benessere di una popolazione rientrano perciò tra le finalità principali di un sistema informativo individuale.

L'interesse dei programmi sanitari si sposta quindi dalla gestione dell'assistenza al bisogno di salute della popolazione e rafforza il valore strategico dell'epidemiologia, il cui punto di partenza è rappresentato dalla popolazione e dall'appropriatezza degli interventi, la cui efficacia è riconosciuta in base alle evidenze scientifiche.

La misura della salute può quindi essere definita attraverso indicatori epidemiologici che stimano la domanda potenziale e che viene espressa attraverso misure di prevalenza e di incidenza affiancate da indicatori sullo stato di salute dell'utenza in carico (indicatori di mortalità e morbilità).

Queste informazioni sintetiche consentono di individuare e valutare l'ampiezza dei problemi sanitari in una prospettiva di programmazione dei servizi.

In questa sezione sono proposti indicatori di facile produzione e calcolo, che possono aiutare nel tentativo di tipizzare e delineare la domanda, potenziale ed effettiva.

Gli indicatori della presente area d'interesse sono consolidati da lungo tempo in altri ambiti della medicina; si è quindi ritenuto sufficiente il nome dell'indicatore per indicare l'oggetto della rilevazione.

Sono di seguito riportate le formule elaborate in funzione dello scopo del presente documento con alcuni esempi per specifiche patologie.

PREVALENZA E INCIDENZA PER DIPENDENZA E ABUSO DI DROGHE

1. PATOLOGIE DA USO DI DROGHE - PREVALENZA GLOBALE

$$\frac{\text{Numero codici univoci utenti residenti nel territorio di riferimento con diagnosi dei gruppi 304 e 305 dell'ICD-09-CM (escluso cod. ICD da 30501 a 30503 e codice 3051) nell'anno}}{\text{Popolazione residente nel territorio di riferimento in età tra 15 e 64 anni}} \times 100$$

2. PATOLOGIE DA USO DI DROGHE - INCIDENZA ANNUALE GLOBALE

$$\frac{\text{Numero nuovi codici univoci utenti residenti nel territorio di riferimento con diagnosi dei gruppi 304 e 305 dell'ICD-09-CM (escluso cod. ICD da 30501 a 30503 e codice 3051) nell'anno}}{\text{Popolazione residente nel territorio di riferimento in età tra 15 e 64 anni - casi prevalenti (numero codici univoci utenti) all'inizio dell'anno in esame}} \times 100$$

3. DIPENDENZE DA DROGHE - PREVALENZA GLOBALE

$$\frac{\text{Numero codici univoci utenti residenti nel territorio di riferimento con diagnosi di gruppo 304 dell'ICD-09-CM nell'anno}}{\text{Popolazione residente nel territorio di riferimento in età tra 15 e 64 anni}} \times 100$$

4. DIPENDENZE DA DROGHE - INCIDENZA ANNUALE GLOBALE

$$\frac{\text{Numero nuovi codici univoci utenti residenti nel territorio di riferimento con diagnosi di gruppo 304 dell'ICD-09-CM nell'anno}}{\text{Popolazione residente nel territorio di riferimento in età tra 15 e 64 anni - casi prevalenti (numero codici univoci utenti) all'inizio dell'anno in esame}} \times 100$$

5. ABUSO DI DROGHE - PREVALENZA GLOBALE

$$\frac{\text{Numero codici univoci utenti residenti nel territorio di riferimento con diagnosi di gruppo 305 (escluso codici da 30501 a 30503 e 3051) dell'ICD-09-CM nell'anno}}{\text{Popolazione residente nel territorio di riferimento in età tra 15 e 64 anni}} \times 100$$

6. ABUSO DI DROGHE - INCIDENZA ANNUALE GLOBALE

$$\frac{\text{Numero nuovi codici univoci utenti residenti nel territorio di riferimento con diagnosi di gruppo 305 (escluso codici da 30501 a 30503 e 3051) dell'ICD-09-CM nell'anno}}{\text{Popolazione residente nel territorio di riferimento in età tra 15 e 64 anni - casi prevalenti (numero codici univoci utenti) all'inizio dell'anno in esame}} \times 100$$

7. ANDAMENTO DELLA PREVALENZA

$$\frac{\text{Indicatore di prevalenza del periodo considerato (es. anno)}}{\text{Indicatore di prevalenza del periodo omogeneo antecedente (es. anno precedente)}} \times 100$$

8. ANDAMENTO DELL'INCIDENZA

$$\frac{\text{Indicatore di incidenza del periodo considerato (es. anno)}}{\text{Indicatore di incidenza del periodo omogeneo antecedente (es. anno precedente)}} \times 100$$

ESEMPI PER DIPENDENZA DA OPIOIDI

DIPENDENZA DA OPIOIDI - PREVALENZA

$$\frac{\text{Numero codici univoci utenti residenti nel territorio di riferimento con diagnosi ICD-09-CM per codici n. 30400 e/o n. 30403 nell'anno}}{\text{Popolazione residente nel territorio di riferimento in età tra 15 e 64 anni}} \times 100$$

DIPENDENZA DA OPIOIDI - INCIDENZA ANNUALE

$$\frac{\text{Numero nuovi codici univoci utenti residenti nel territorio di riferimento con diagnosi ICD-09-CM per codici n. 30400 e/o n. 30403 nell'anno}}{\text{Popolazione residente nel territorio di riferimento in età tra 15 e 64 anni - casi prevalenti (numero codici univoci utenti) per codici n. 30400 e/o n. 30403 all'inizio dell'anno in esame}} \times 100$$

PATOLOGIE CONCOMITANTI ALLA DIPENDENZA DA OPIOIDI - PREVALENZA GLOBALE

$$\frac{\text{Numero codici univoci utenti residenti con diagnosi ICD-09-CM (escluso codici 30400 + 30403) nell'anno}}{\text{Numero codici univoci utenti residenti nel territorio di riferimento con diagnosi ICD-09-CM (codici 30400 + 30403) nell'anno}} \times 100$$

PREVALENZA E INCIDENZA PER PATOLOGIE DA USO DI ALCOL

9. PATOLOGIE DA USO DI ALCOL - PREVALENZA GLOBALE

$$\frac{\text{Numero codici univoci utenti residenti nel territorio di riferimento con diagnosi ICD-09-CM da 30390 a 30393 e da 30501 a 30503 nell'anno}}{\text{Popolazione residente nel territorio di riferimento di età } \geq 15 \text{ anni}} \times 100$$

10. PATOLOGIE DA USO DI ALCOL - INCIDENZA ANNUALE GLOBALE

$$\frac{\text{Numero nuovi codici univoci utenti residenti nel territorio di riferimento con diagnosi ICD-09-CM da 30390 a 30393 e da 30501 a 30503 nell'anno}}{\text{Popolazione residente nel territorio di riferimento in età } \geq 15 \text{ anni - casi prevalenti (numero codici univoci utenti) all'inizio dell'anno in esame}} \times 100$$

11. DIPENDENZA DA ALCOL - PREVALENZA

$$\frac{\text{Numero codici univoci utenti residenti nel territorio di riferimento con diagnosi ICD-09-CM da 30390 a 30393 nell'anno}}{\text{Popolazione residente nel territorio di riferimento in età } \geq 15 \text{ anni}} \times 100$$

12. DIPENDENZA DA ALCOL - INCIDENZA

$$\frac{\text{Numero nuovi codici univoci utenti residenti nel territorio di riferimento con diagnosi ICD-09-CM da 30390 a 30393 nell'anno}}{\text{Popolazione residente nel territorio di riferimento in età } \geq 15 \text{ anni - casi prevalenti (numero codici univoci utenti) all'inizio dell'anno in esame}} \times 100$$

13. ABUSO DI ALCOL - PREVALENZA

$$\frac{\text{Numero codici univoci utenti residenti nel territorio di riferimento con diagnosi ICD-09-CM da 30500 a 30503 nell'anno}}{\text{Popolazione residente nel territorio di riferimento in età } \geq 15 \text{ anni}} \times 100$$

14. ABUSO DI ALCOL - INCIDENZA

$$\frac{\text{Numero nuovi codici univoci utenti residenti nel territorio di riferimento con diagnosi ICD-09-CM da 30500 a 30503 nell'anno}}{\text{Popolazione residente nel territorio di riferimento in età } \geq 15 \text{ anni - casi prevalenti (numero codici univoci utenti) all'inizio dell'anno in esame}} \times 100$$

15. PATOLOGIE CONCOMITANTI ALLE PATOLOGIE DA USO DI ALCOL - PREVALENZA GLOBALE

$$\frac{\text{Numero codici univoci utenti residenti con diagnosi ICD-09-CM (escluso gruppi 291 e 303 e codici da 30500 a 30503) nell'anno}}{\text{Numero codici univoci utenti residenti nel territorio di riferimento con diagnosi ICD-09-CM (gruppi 291 e 303 e codici da 30500 a 30503) nell'anno}} \times 100$$

NOTA

I tassi specifici si calcolano per sesso e classe d'età.

Utilizzando il metodo della standardizzazione diretta i tassi specifici sono applicati ad una distribuzione per sesso e classe d'età di una popolazione standard tipo (ad es. standard Europa) così da depurare l'indicatore grezzo da fattori di confondimento strutturali della popolazione.

L'indicatore standardizzato è espresso x 100.000 abitanti.

B. INDICATORI DI PERFORMANCE (PROCESSO E/O RISULTATO)

16. INDICE DI RITENZIONE AL SERT

L'indicatore propone una descrizione della ritenzione al SERT delle persone trattate nell'anno.

$$\frac{\text{Numero codici univoci utenti con diagnosi dei gruppi 291, 292, 303, 304 e 305 dell'ICD-09-CM con esito contatto "01 - Presa in carico" e/o "09 - Inserito in comunità terapeutica" ed esito del trattamento diverso da "02 - Trattamento interrotto/dimissione volontaria" nell'anno}}{\text{Numero codici univoci utenti con diagnosi dei gruppi 291, 292, 303, 304 e 305 dell'ICD-09-CM e esito contatto "01 - Presa in carico" e/o "09 - Inserito in comunità terapeutica" nell'anno}} \times 100$$

17. INDICE DI DIMISSIONI INAPPROPRIATE

L'indicatore intende rilevare l'appropriatezza delle dimissioni ordinarie mediante i *rientri* al SERT di persone dimesse a fine trattamento.

$$\frac{\text{N. codici univoci utenti con campo presenza soggetto nel servizio = 1 "soggetto già noto al servizio" nell'anno e esito del trattamento "01 - Trattamento concluso regolarmente/dimissione ordinaria" con data di fine trattamento negli ultimi tre anni e valore tratic = 1}}{\text{N. codici univoci utenti con esito del trattamento "01 - Trattamento concluso regolarmente/dimissione ordinaria" con data di fine trattamento negli ultimi tre anni e valore tratic = 1}} \times 100$$

18. INDICE DI ATTRAZIONE DEGLI ABBANDONI

L'indicatore intende rilevare la capacità di attrarre nuovamente persone che, in precedenza, hanno abbandonato/interrotto il trattamento.

$$\frac{\text{N. codici univoci utenti con campo presenza soggetto nel servizio = 1 "soggetto già noto al servizio" nell'anno e con esito del trattamento "02 - Trattamento interrotto/dimissione volontaria" con data di fine trattamento negli ultimi tre anni e valore tratic = 1}}{\text{N. codici univoci utenti con esito del trattamento "02 - Trattamento interrotto/dimissione volontaria" con data di fine trattamento negli ultimi tre anni e valore tratic = 1}} \times 100$$

19. TASSO DI REMISSIONE

L'indicatore propone una modalità di rilevazione della percentuale di persone con dipendenza e/o abuso di sostanze indotte in remissione a seguito del trattamento. La limitazione a tre anni del periodo considerato deriva dalla recente introduzione in SIRT della codifiche ICD-09-CM.

$$\frac{\text{Numero codici univoci utenti con ultima diagnosi ICD-09-CM registrata negli ultimi tre anni con uno o più dei seguenti codici 30393, 30403, 30413, 30423, 30433, 30443, 30453, 30463, 30473, 30483, 30493, 30503, 30523, 30533, 30543, 30553, 30563, 30573, 30583, 30593 e assenza di altre diagnosi di gruppo 302, 304 e/o 305}}{\text{Numero codici univoci utenti con ultima diagnosi ICD-09-CM registrata negli ultimi tre anni con diagnosi di gruppo 303, 304 e/o 305 diverse dai codici 30393, 30403, 30413, 30423, 30433, 30443, 30453, 30463, 30473, 30483, 30493, 30503, 30523, 30533, 30543, 30553, 30563, 30573, 30583, 30593}} \times 100$$

20. INDICE DI COMPLETEZZA DELLE DIAGNOSI

L'indicatore intende rilevare la completezza delle diagnosi registrate su nuovi utenti che hanno avuto accesso nell'anno a trattamenti per dipendenza e/o abuso di sostanze.

Lo standard di riferimento dovrebbe tendere al 100 %.

$$\frac{\text{Numero codici univoci utenti con diagnosi di gruppo 303, 304 e/o 305 ICD-09-CM e data di apertura del contatto nell'anno}}{\text{Numero codici univoci utenti con esito contatto diverso da "02 - Non presa in carico" o "08 - Valutazione diagnostica" e data di apertura del contatto nell'anno}} \times 100$$

21. INDICE DI PROCESSO DIAGNOSTICO

L'indicatore intende rilevare il tempo medio di completamento della valutazione diagnostica. Lo standard di riferimento dovrebbe attestarsi intorno ai 30 giorni.

Media dei giorni intercorsi dalla data registrata nel campo "data apertura/ripristino contatto" alla data di registrazione della prima diagnosi dei gruppi 303, 304 e 305 dell'ICD-09-CM

22. INDICE DELLA DOMANDA

L'indicatore propone una descrizione della domanda di cura che perviene da nuovi utenti affetti da dipendenza e/o abuso di sostanze e, per differenza, della domanda posta da soggetti non malati.

Numero codici univoci utenti con diagnosi dei gruppi 291, 292, 303, 304 e 305 dell'ICD-09-CM e con campo presenza soggetto nel servizio = 2 "soggetto sconosciuto al servizio" nell'anno

Numero codici univoci utenti con campo presenza soggetto nel servizio = 2 "soggetto sconosciuto al servizio" nell'anno x 100

23. CARICO ASSISTENZIALE - MEDIA DEL SERVIZIO

L'indicatore rileva il rapporto utenti/operatori per tutte le persone che generano almeno una prestazione SERT nel periodo considerato (carico assistenziale).

Numero codici univoci utenti dell'anno

\sum operatori attivi in servizio

Dato rilevabile da schede Ser.02 e Alc.02 o, in alternativa, da data-base del personale delle Aziende sanitarie (o con rilevazione ad hoc)

24. CARICO TERAPEUTICO - MEDIA DEL SERVIZIO

L'indicatore rileva il rapporto utenti/operatori per tutte le persone che fruiscono di un trattamento nel periodo considerato (carico terapeutico).

Numero codici univoci utenti con diagnosi dei gruppi 291, 292, 303, 304 e 305 dell'ICD-09-CM e esito contatto "01 - Presa in carico" e/o "09 - *Inserito in comunità terapeutica*" nell'anno

\sum operatori attivi in servizio

Dato rilevabile da schede Ser.02 e Alc.02 o, in alternativa, da data-base del personale delle Aziende sanitarie (o con rilevazione ad hoc)

NOTA

Gli indicatori 23 e 24 possono essere calcolati anche per singola qualifica professionale. Le alternative al denominatore consentirebbero di esprimere il personale per unità equivalenti.

