

## GLOSSARIO

<b>Appropriatezza</b>	Indica il corretto uso del livello assistenziale per la soluzione del problema sanitario presentato dal paziente. Tanto più l'assistenza fornita interviene sul reale problema del paziente utilizzando in maniera mirata le risorse a disposizione, tanto più il suo uso sarà appropriato.
<b>Beneficio</b>	Conseguenza o effetto di un intervento sanitario, valorizzato in senso monetario, sulle condizioni di salute e sulla qualità della vita degli individui coinvolti.
<b>Benefici diretti</b>	Conseguenze, valorizzate in senso monetario, direttamente in relazione con il trattamento della patologia, che comportano il miglioramento dello stato di salute o sociale complessivo del paziente, o anni di vita guadagnati grazie alle terapie.
<b>Benefici indiretti</b>	Un vantaggio non direttamente in relazione con il trattamento della patologia, ma comunque conseguenza dell'intervento sanitario, come per esempio le risorse risparmiate grazie ad un intervento precoce che riduce la necessità di attuare cure più costose.
<b>Costo</b>	Espressione quantitativa del valore delle risorse impiegate (consumate), nei processi di produzione ed erogazione dei servizi sanitari.
<b>Costi diretti sanitari</b>	Indicano il valore delle risorse impiegate per la realizzazione di un servizio sanitario, per il trattamento degli effetti collaterali e per l'assistenza sanitaria collegata a tutte le altre conseguenze presenti e future attribuibili all'intervento stesso (ad esempio: il costo del vaccino, del personale, etc.).
<b>Costi indiretti sanitari</b>	Quota dei costi e delle risorse impiegate non direttamente imputabili ad un unico centro di costo, per i quali è necessario quindi procedere alla definizione di criteri di ripartizione.
<b>Delta system</b>	Sistema computerizzato finalizzato al calcolo ed evidenziazione (tabellare e grafica) delle differenze (scostamenti da standard di riferimento) tra il valore di un dato parametro di un'unità operativa e la media dello stesso parametro desunta dalle altre unità operative omogenee. Il calcolo degli scostamenti % può essere fatto su indicatori riferiti alle risorse consumate e alle risorse in dotazione (input, personale, spazi, ecc. ) alle prestazioni erogate (output), agli esiti dei trattamenti (outcome).
<b>Densità prestazionale</b>	Quantità media di prestazioni erogate all'utenza assistita, secondo l'unità di misura standard "Anno Persona" (utenza assistita nell'anno di riferimento).
<b>Dose giornaliera standard</b>	Dose giornaliera di farmaco fissata a priori, somministrata a ciascun soggetto trattato, ad un livello standard di dosaggio sulla base di quanto noto in letteratura.
<b>Efficacia del trattamento</b>	La capacità di un intervento terapeutico o riabilitativo di raggiungere realmente risultati positivi esprimibili in termini di: grado di salute aggiunta, grado di patologia evitata valutato in relazione alle condizioni cliniche e di rischio rilevata all'ingresso in trattamento.
<b>Giorni di astensione</b>	Numero di giorni di astensione dalla sostanza primaria entro la prescrizione di un trattamento farmacologico.
<b>Indicatore di standardizzazione dei soggetti in trattamento</b>	Si tratta di un indice di misurazione che si ricava dal rapporto tra il numero di soggetti in trattamento equivalenti, ipotizzando che questi seguano un trattamento giornaliero per un anno intero ad un dosaggio giornaliero di farmaco (metadone, buprenorfina o naltrexone) standard, e il numero di soggetti in trattamento dichiarati. Questo indicatore assume valori tanto più prossimi a 1 quanto più il trattamento dei soggetti effettivamente assistiti dalle Ulss avviene con somministrazioni giornaliere, a dosaggio standard, per periodi di trattamento annuali.

<b>Indice dei prezzi a base fissa</b>	Indica il tasso di variazione del costo Y nel tempo t+1 rispetto al tempo precedente t. Nel calcolare l'indice a base fissa, il periodo di riferimento (cioè l'intensità del fenomeno da mettere a denominatore del rapporto) rimane sempre lo stesso. Ciò significa che occorre individuare la cosiddetta "situazione base". In questo modo, le intensità del fenomeno nei vari tempi vengono confrontate con l'intensità del fenomeno nella situazione base.
<b>Mixing prestazionale</b>	Parametro utile per la valutazione delle prestazioni erogate da un'Unità Operativa, che permette di valutare il tempo dedicato alle diverse tipologie di prestazione e alle tipologie di pazienti.
<b>Outcome ponderato</b>	Indicatore dell'efficacia complessiva della terapia farmacologica, che considera la percentuale di astensione al consumo della sostanza abusata e l'applicabilità del trattamento in esame alla popolazione, ossia la sua rilevanza.
<b>Paziente in carico</b>	Persona ammessa precedentemente all'Unità Operativa, fisicamente presente, ed attivamente assistita con interventi di varia natura (diagnostico, terapeutico, riabilitativo, di sorveglianza clinica), per il quale si registra almeno una prestazione negli ultimi 30 gg. Va ritenuto in carico anche l'utente in comunità purché qualcuno degli operatori del servizio continui a seguirlo, sia mantenendo semplicemente il contatto con la famiglia, sia anche ricercando attivamente notizie dalla struttura che in quel momento ospita l'utente.
<b>Paziente in trattamento</b>	Soggetto in carico assistenziale a cui vengono erogate una serie ed un insieme di varie prestazioni finalizzate alla cura della dipendenza da sostanze e/o delle patologie correlate.
<b>Posologia</b>	Indicazione riguardante le dosi e i tempi per l'assunzione di un farmaco, inoltre è la parte della farmacologia che studia e determina le dosi e le modalità di somministrazione dei farmaci.
<b>Preso in carico (ammissione)</b>	Indica l'ammissione della persona all'interno del servizio per ricevere assistenza sotto forma di prestazioni di vario tipo (consulenza/informativo, diagnostico, terapeutico, di sorveglianza clinica ecc.) e non solo di tipo terapeutico.
<b>Programma terapeutico</b>	Insieme delle prestazioni mediche e/o psicologiche e/o sociali e/o educative riabilitative pianificate nel tempo sulla base di specifici obiettivi di cura e prevenzione delle patologie correlate, formalizzati e formulati dopo un rilevamento dei bisogni, una valutazione diagnostica ed un accordo con la persona. Prevede una verifica costante nel tempo degli esiti dei trattamenti e della soddisfazione del paziente.
<b>Rilevanza del trattamento</b>	Si riferisce al rilievo del trattamento farmacologico specifico rispetto a tutti i trattamenti possibili, risultante dal rapporto tra il totale dei giorni di astensione al consumo della sostanza abusata ottenuti tramite uno specifico trattamento (metadone, naltrexone, buprenorfina) e il totale dei giorni di astensione ottenuti da tutti i trattamenti.
<b>Schede ministeriali</b>	Modalità di rilevazione delle attività dei servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T), che utilizza delle schede di rilevazione standardizzate, su supporto cartaceo. I modelli hanno una periodicità annuale e sono inviati dai responsabili dei Ser.T alle regioni e province autonome e al Ministero della Salute entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello cui si riferisce la rilevazione.
<b>Soggetti equivalenti in trattamento</b>	Soggetto in trattamento per 1 anno ad un dosaggio standard di 80 mg/die di metadone o 10 mg /die di buprenorfina o 50 mg/die di naltrexone. Il N. di "soggetti equivalenti in trattamento" è quindi calcolato rapportando i dosaggi equivalenti/aa al dosaggio totale del singolo farmaco in osservazione che è stato erogato nel corso dell'anno, ottenendone un numero che rappresenta per l'appunto il N. di "soggetti equivalenti in trattamento".
<b>Soggetti fisici assistiti</b>	Rappresentano i pazienti effettivi, conteggiati una sola volta nel periodo di osservazione, indipendentemente dal numero di trattamenti che essi ricevono.

<b>Sostanza stupefacente d'abuso primaria</b>	Si intende la sostanza d'abuso che ha determinato la richiesta di trattamento per l'utente preso in carico presso il Servizio per le tossicodipendenze.
<b>Trattamento</b>	Insieme delle azioni terapeutiche dirette alla persona, intraprese tramite l'erogazione sistematica o pianificata di prestazioni socio-sanitarie, finalizzate alla cura di una patologia, alla prevenzione di patologie correlate e alla riabilitazione.
<b>Trattamento farmacologico</b>	Si definisce trattamento farmacologico un programma che prevede l'utilizzo di presidi farmacologici e/o prestazioni di tipo medico. La cura della dipendenza da sostanze può avvenire mediante l'assunzione di farmaci di varia natura (agonisti, antagonisti, antiastinenziali) e l'esecuzione di controlli clinici periodici per verificarne l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità. Può essere distinto, in base alla durata, in: breve termine (< 30 gg), medio termine (compreso tra i 30 e i 90 gg) lungo termine (> 90 gg).
<b>Trattamento solo psico-sociale</b>	Un programma che prevede esclusivamente interventi di consultazione psicologica e di sostegno alla persona e alla famiglia del paziente.
<b>Trattamento integrato</b>	Cura della dipendenza o dell'uso di sostanze mediante prestazioni di vario tipo: medico, psicologico, sociale, educativo.
<b>Utenti in carico</b>	Il numero di soggetti "presi in carico" presso il Servizio, sia residenti che non residenti nel territorio di competenza, che risultano in trattamento relativamente allo stato di tossicodipendenza, e che abbiano ricevuto almeno una prestazione negli ultimi 30 giorni. Pazienti già in carico dall'anno precedente a quello di riferimento.
<b>Utenti nuovi/ già in carico</b>	Nuovi utenti che per la prima volta si rivolgono al Servizio e quindi vengono presi in carico dal Servizio stesso.
<b>Valori anomali (outlier)</b>	Molte serie economiche sono soggette a variazioni improvvise (temporanee o permanenti) dovute sia all'influenza di eventi eccezionali, quali scioperi e/o calamità naturali, sia a cambiamenti legislativi o di politica economica, sia alla presenza di errori di diverso tipo nei dati osservati. Tali variazioni si manifestano sotto forma di sequenze di valori anomali (outlier), che possono avere un impatto diretto sull'adeguatezza del modello per la serie osservata e sull'efficienza della sua stima; pertanto è molto importante eliminare il loro effetto prima di procedere all'analisi dei dati.

## FONTI GLOSSARIO

1. Decreto ministeriale 20/09/1997, Modifica delle schede di rilevamento dei dati relativi alle attività dei servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T), Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 238 del 04/12/1997
2. Dizionario della nuova sanità, <http://www.careonline.it/dizionario/index.html>.
3. Dipartimento nazionale per le politiche antidroga, <http://www.politicheantidroga.it/site/it-IT/menuservizio/Glossario/>.
4. Drummond M., O'Brien B., Stoddart G., Torrance G., Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari, Il pensiero Scientifico Editore, Roma, 2000.
5. Glossario in [http://www.dronet.org/glossario/vis\\_glos.php](http://www.dronet.org/glossario/vis_glos.php)
6. Glossario tecnico Sesit per il management clinico e i sistemi di sorveglianza epidemiologica nei Dipartimenti per le dipendenze, Progetto del Ministero della Salute, 2004.
7. Istat, <http://www.istat.it/strumenti/metodi/destag/docs/LINK5.htm>.
8. Sismec, Società italiana di Statistica medica ed epidemiologia clinica, glossario, [http://www.sismec.info/html/econ\\_san/glossario.html#c](http://www.sismec.info/html/econ_san/glossario.html#c).

**BIBLIOGRAFIA**

9. AAVV Medicina delle tossicodipendenze, Manuale per medici di medicina generale, Leonard Edizioni, Settembre, 1996.
10. Archibald R.D., Managing high technology programs and projects, Wiley, New York, 1992.
11. Baker L. e Rubycz R., Performance improvement in public service delivery, Pitman Publishing, 1996.
12. Baraghini G., Il sistema qualità ISO 9000 in sanità, Franco Angeli, Milano 1997.
13. Baratti G., Pagana C., Quondam P., Soranzio L., Sistema per la qualità dell'azienda per i servizi sanitari n.2, «Isontina», Regione Friuli-Venezia Giulia, Progetto ed esperienza Mecosan 21, 1997.
14. Barbia Jim., Giorgi G., Benchmarking e carichi di lavoro, Mecosan 12, 1994.
15. Barner N., Quality Assessment for Healthcare, Quality Resources, Portland, 1995.
16. Barbardi G., Biazzo S., Analisi rappresentazione dei processi aziendali, Sviluppo e Organizzazione n°156, 1996.
17. Biffi A., Pecchiari N., Process management e reengineering, EGEA, 1998.
18. Bonazzi G., Storia del pensiero organizzativo, FrancoAngeli, Milano, 2000.
19. Borgonovi E., Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, EGEA, Milano, 1996.
20. Bortignon E., Frati P., Taschini R., Medici e Manager, Edizione Medico Scientifico, 1998.
21. Brimson J. A., Antos J., Activity-Based Management for service industries, government entities, and nonprofit organizations, John Wiley., New York, 1994.
22. Brimson J.A., Activity Accounting, J. Wiley & Sons Inc., New York, 1991.
23. Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA), The Costs of Substance Abuse in Canada 2002. Highlights, a study by Rehm J. et Al., March 2006.
24. Casati G., Il percorso del paziente, la gestione per processi in sanità, EGEA, 1999.
25. Cochrane A.L., Efficienza ed efficacia, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999.
26. Codling S., Benchmarking, Gower Publishing Limited, Hampshire, 1998.
27. Davenport T.H., Process innovation, Harvard Business School Press, Boston, 1993.
28. Davenport T.H., Innovazione dei processi, Franco Angeli, Milano, 1994.
29. Decreto ministeriale 20/09/1997, Modifica delle schede di rilevamento dei dati relativi alle attività dei servizi pubblici per le tossicodipendenze (SERT), Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n.238 del 04/12/1997.
30. EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drugs users, EMCDDA, Dicembre 2000.
31. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCCDA), Costs and Cost Effectiveness of interventions, 2002.
32. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCCDA), Public expenditure on drugs in the European Union 2000-2004, 2004.
33. Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, 1998.
34. Grilli R., Penna A., Liberati A., Migliorare la pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1995.
35. Harwood H.J., Analytical principles and issues in making cost of illness estimates for substance abuse, International Symposium on the Economic and Social Costs of Substance Abuse, Alberta, Canada, May 1994.
36. Johansson H., Mchung P., BPR: riprogettazione dei processi aziendali, Il Sole 24 Ore, 1993.
37. Lombardi L., Il manuale delle procedure aziendali, Franco Angeli, Milano, 1999.

38. Ministero della Solidarietà Sociale, Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2005.
39. National Institute on Drug Abuse (NIDA), Treatment approaches for drug addiction, U.S. Department of Health and Human Services, August 2006.
40. National Institute on Drug Abuse (NIDA), Principi per il trattamento della tossicodipendenza nella popolazione criminale, Giugno 2006.
41. Nonis M., Braga M. e Guzzanti E., Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1998.
42. Office of National Drug Control Policy (ONDCP), The economic costs of drug abuse in the United States 1992-1998, Washington DC, September 2001.
43. Ongaro E., Public Administration Process Reengineering - La reingegnerizzazione dei processi strumento per l'innovazione della Pubblica Amministrazione, Economia & Management, 1998.
44. Rachele U., Perrone V., Modelli per la gestione del cambiamento organizzativo, Economia & Management, 1997.
45. Saxena KB. C., Public Administration Reengineering", Management Report Series, Erasmus University, Rotterdam, 1995.
46. Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995.
47. Starace F. Ciafrone A., L'analisi dei costi sociali, umani e sanitari indotti dalla tossicodipendenza, in Teoria e pratica della somministrazione sotto controllo medico di eroina, Napoli, 2000.
48. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Economic and social consequences of drug abuse, Technical series n.6, 1998.
49. Wienand U., Cinotti R., Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999.
50. Zanenga P., Amaglino, Activity Based Management, Franco Angeli, Milano, 1994.

#### **SITI INTERNET**

1. CCSA: <http://www.ccsa.ca/ccsa/>
2. EMCCDA: <http://www.emccda.europa.eu/>
3. NIDA: : <http://www.drugabuse.gov>
4. ONDCP: <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/>
5. UNODC: <http://www.unodc.org/unodc/index.html>
6. Wikipedia: <http://it.wikipedia.org/wiki/Tossicodipendenza>







Finito di stampare nel mese di dicembre dell'anno 2006  
presso "ARTI GRAFICHE STUDIO 83" di Vago di Lavagno (Vr)