

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie

TESI DI LAUREA

IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA IDEAS – RdD DELLA FUNDACIÓN SALUD Y COMUNIDAD
La raccolta dati nei Servizi di Riduzione del Danno tra ricerca e formazione

IMPLEMENTATION OF THE IDEAS – HARM REDUCTION SYSTEM AT FUNDACIÓN SALUD Y COMUNIDAD
Data collection in Harm Reduction Services between research and education

Relatrice
Prof.ssa Marilena Flamini

Correlatore
Dott. Daniel Urbina

Candidato
Caterina Casali

Matricola
1125995

A.A. 2025/2026

INDICE

INTRODUZIONE 1

CAPITOLO 1 – LA RIDUZIONE DEL DANNO: DAL QUADRO TEORICO E NORMATIVO ALLA MISURAZIONE DEGLI INTERVENTI 5

1.1. Definizione, principi e interventi di Riduzione del Danno 5
1.1.1. I principali interventi 6
1.1.2. Principi fondamentali 7
1.1.3. I contesti operativi: la logica della bassa soglia 8

1.2. Evoluzione storica e diffusione internazionale 9
1.2.1. Dalla prevenzione delle infezioni all'ambiente sociale 10
1.2.2. La diffusione attuale in Europa 11

1.3. Il quadro normativo: livelli di indirizzo e attuazione 11
1.3.1. Il decentramento del sistema sanitario spagnolo 12
1.3.2. La necessità di un confronto su più livelli 12

1.4. Misurare l'attività nella Riduzione del Danno: finalità e ostacoli 13
1.4.1. Le finalità della raccolta dati 13
1.4.2. L'importanza di documentare ciò che si eroga 14
1.4.3. Gli ostacoli alla rilevazione dei dati nei servizi a bassa soglia 15

1.5. La valutazione della qualità e l'implementazione nei servizi sanitari 16
1.5.1. Cosa valutare: struttura, processo ed esito 16
1.5.2. Il divario tra raccomandazioni e pratica professionale 17
1.5.3. Le condizioni dell'implementazione di un nuovo strumento 18
1.5.4. Il quadro di riferimento e l'impostazione della tesi 18

CAPITOLO 2 – IDEAS E LA METODOLOGIA DI ANALISI 20

2.1. Il sistema IDEAS: origine, finalità e struttura 20
2.1.1. Struttura del sistema IDEAS 21

2.2. Il modulo IDEAS – RdD: stato di sviluppo e gap conoscitivo 23

2.3. La costruzione della matrice di analisi 25
2.3.1. Le dodici macro – aree: identificazione, fonti e contenuto 26
2.3.2. Dalle raccomandazioni alle definizioni operative 31
2.3.3. Le linee guida di confronto: criteri di selezione e caratteristiche 33
2.3.4. Le evidenze scientifiche: strategia di ricerca e ruolo nell'analisi 36
2.3.5. I criteri di valutazione: copertura e qualità degli item 40

2.4. Fasi procedurali e confronto interno con la Fondazione 45
2.4.1. Prima fase: costruzione della griglia di riferimento 45
2.4.2. Seconda fase: analisi documentale comparativa 45
2.4.3. Terza fase: analisi qualitativa degli item 45
2.4.4. Quarta fase: elaborazione delle proposte di miglioramento 46
2.4.5. Quinta fase: confronto interno e integrazione delle proposte 47

2.5. Limiti metodologici dell'analisi 47
2.5.1. Valutatore singolo e assenza di verifica di concordanza 48
2.5.2. Dipendenza dei risultati dall'articolazione delle definizioni operative 48
2.5.3. Unidirezionalità del confronto 49
2.5.4. Limiti derivanti dalla selezione delle linee guida 49
2.5.5. Assenza di verifica sul campo 49
2.5.6. Limiti relativi alla ricerca delle evidenze 50

CAPITOLO 3 – RISULTATI DELL'ANALISI DI IDEAS.....51

3.1. Quadro generale della copertura 51
3.1.1. Il dato complessivo.....51
3.1.2. La distribuzione per macro – area.....52
3.1.3. La copertura del modulo: rilevanza della natura dell'intervento rispetto alla cronologia delle linee guida 54

3.2. Risultati per macro – area..... 55
3.2.1. Programmi di scambio aghi e siringhe (NSP) 55
3.2.2. Terapia sostitutiva con oppioidi (OST).....56
3.2.3. Test e counseling HIV 57
3.2.4. Terapia antiretrovirale (ART).....58
3.2.5. Prevenzione e cura delle IST.....59
3.2.6. Programmi di distribuzione preservativi 60
3.2.7. Informazione, educazione e comunicazione (IEC) 61
3.2.8. Prevenzione e cura delle epatiti virali (HBV/HCV).....62
3.2.9. Prevenzione e trattamento della tubercolosi (TB).....63
3.2.10. Prevenzione e gestione dell'overdose.....64
3.2.11. Sale per il consumo sicuro.....65
3.2.12. Outreach e servizi mobili.....66

3.3. Valutazione qualitativa degli item 67

3.4. Pattern trasversali: i gap strutturali ricorrenti 70

3.5. Esito del confronto con la Fondazione 76
3.5.1. Variazioni nella codifica di copertura 76
3.5.2. Modifiche applicate al sistema IDEAS 77
3.5.3. Eliminazione di definizioni operative 78
3.5.4. Proposte non implementate 78
3.5.5. Valori e limiti del confronto interno 79

3.6. Azioni di miglioramento: sintesi e priorità 79
3.6.1. Tre livelli di priorità per le azioni di miglioramento.....80
3.6.2. Impatto delle modifiche e costo di implementazione.....82

CAPITOLO 4 – LA DIMENSIONE FORMATIVA: DALL'INTERVENTO AL DATO.....84

4.1. *Garbage in, garbage out*: la qualità del dato come responsabilità professionale 84
4.1.1. La responsabilità di chi raccoglie il dato.....84
4.1.2. La finalità della raccolta dati 85
4.1.3. L'implicazione formativa.....85

4.2. Riconoscere l'intervento prima di registrarlo 86
4.2.1. Dalle linee guida alla pratica: uno squilibrio che si trasmette 86
4.2.2. La formazione come condizione della qualità del dato 88

4.3. Il vincolo processo – risultato..... 88
4.3.1. Gli elementi costitutivi del vincolo.....89
4.3.2. Un primo esempio: il dato assente 90
4.3.3. Un secondo esempio: il dato presente ma inaffidabile.....90
4.3.4. Perché il vincolo è uno strumento formativo e non solo analitico 91

4.4. Proposta di percorso formativo per gli operatori dei servizi RdD..... 92
4.4.1. Analisi dei bisogni formativi e destinatari.....92
4.4.2. Obiettivi di apprendimento del percorso di formazione 95
4.4.3. Contenuti e articolazione delle giornate formative 97
4.4.4. Metodologie, materiali e valutazione dell'apprendimento 99

4.5. Formazione e revisione dello strumento 103
4.5.1. Le modifiche allo strumento sono vincolate alla formazione 103
4.5.2. La revisione dello strumento a partire dall'esperienza professionale 103
4.5.3. Un'indicazione per la Fondazione 104

CAPITOLO 5 – LA DIMENSIONE DELLA RICERCA: IDEAS COME FONTE DI DATI SCIENTIFICI 105

5.1. Premessa metodologica: origine e rielaborazione della revisione 105
5.1.1. Origine e riconversione del materiale utilizzato 105
5.1.2. Rapporto con la ricerca bibliografica del Capitolo 2 107
5.1.3. Articolazione del capitolo 107

5.2. Variabili di esito negli studi sulla RdD 107
5.2.1. Caratteristiche ricorrenti delle variabili impiegate 108
5.2.2. Il quadro dei risultati 109

5.3. Quando un dato è utilizzabile per la ricerca 110
5.3.1. Prima condizione: la continuità temporale 111
5.3.2. Seconda condizione: la confrontabilità 111
5.3.3. Terza condizione: la disponibilità di misure di esito 112
5.3.4. Quarta condizione: l'affidabilità del dato 113
5.3.5. La derivazione delle quattro condizioni 113
5.3.6. Le condizioni migliorabili e non migliorabili 114

5.4. Le domande di ricerca affrontabili con IDEAS 115
5.4.1. Domande già affrontabili 115
5.4.2. Domande affrontabili a seguito delle modifiche proposte 116
5.4.3. Domande non affrontabili 117

5.5. Prospettive e limiti di IDEAS per progetti di ricerca futuri 118
5.5.1. Prospettive 119
5.5.2. Limiti 120

CAPITOLO 6 – DAI RISULTATI ALLE PROSPETTIVE FUTURE 122

6.1. Il significato del divario rilevato tra IDEAS – RdD e le linee guida 122

6.2. Cosa limita l'utilizzabilità del dato 123
6.2.1. La forma dell'informazione 123
6.2.2. Il carico della rilevazione 123

6.3. Il ruolo del laureato magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie 124

6.4. Limiti e prospettive del lavoro 125
6.4.1. Limiti 125
6.4.2. Prospettive 126

CONCLUSIONI 128

BIBLIOGRAFIA 130

ALLEGATI 134

ALLEGATO A – Matrice di analisi completa 134

ALLEGATO B – Scheda di progettazione del percorso formativo 144

ALLEGATO C – Legenda degli studi citati nella matrice 147

INTRODUZIONE

Nel corso del tirocinio svolto presso l'area *Gestión del Conocimiento* della Fundación Salud y Comunidad di Barcellona ho potuto osservare una condizione ricorrente: i dati che i centri trasmettevano per l'elaborazione risultavano in una parte dei casi difficilmente analizzabili, per incompletezza della raccolta o per disomogeneità nelle modalità di registrazione. Per stabilire se un intervento funzioni occorre infatti disporre di dati raccolti in modo adeguato, prima e dopo la sua realizzazione; nella pratica dei servizi la registrazione viene però spesso percepita come un adempimento amministrativo estraneo al lavoro assistenziale, e chi la effettua non dispone necessariamente degli strumenti per riconoscerne la funzione.

La difficoltà non riguarda soltanto il singolo servizio, né è specifica della Fondazione. Nell'ambito della Riduzione del Danno, cioè l'insieme degli interventi finalizzati a ridurre le conseguenze sanitarie e sociali dell'uso di sostanze, i dati europei più recenti mostrano una situazione analoga. Rispetto agli obiettivi di copertura fissati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per il 2025, soltanto sette dei venticinque paesi europei per i quali risultavano disponibili dati avevano raggiunto nel 2024 il traguardo relativo alla fornitura di aghi e siringhe; e di questi, soltanto quattro fornivano anche dati sulla copertura del trattamento con agonisti degli oppioidi[1]. Una parte dei sistemi nazionali non è in condizione di documentare in modo comparabile ciò che i propri servizi realizzano.

Nei servizi di Riduzione del Danno la questione assume rilievo particolare. I contatti sono brevi e non programmati, l'accesso non richiede identificazione, una parte dell'attività si svolge in strada: ogni domanda posta a fini di rilevazione sottrae tempo all'intervento. Eppure è proprio da quei dati che dipendono il riconoscimento istituzionale dei servizi, l'accesso al finanziamento e la possibilità di valutare ciò che si fa.

È in questo quadro che si colloca il presente lavoro, la cui origine è insieme professionale e accademica. Per due anni ho lavorato come educatrice professionale presso l'unità di strada di Riduzione del Danno del Servizio per le Dipendenze Patologiche di Cesena. È in quel contesto che mi sono avvicinata a questo ambito di intervento e ne ho acquisito la conoscenza operativa.

La scelta di svolgere il tirocinio all'estero è maturata da tale interesse, e la sede individuata è stata la Fundación Salud y Comunidad, entità senza scopo di lucro che opera da oltre venticinque anni nell'assistenza a persone in condizione di vulnerabilità, con servizi distribuiti su tutto il territorio spagnolo[2]. La Fondazione gestisce numerosi centri di Riduzione del Danno e dispone di un'area dedicata alla gestione della conoscenza, che comprende la valutazione dei servizi e l'analisi dei dati: una combinazione corrispondente all'interesse tanto per l'ambito di intervento quanto per la dimensione analitica propria del percorso magistrale.

Il tirocinio si è svolto a Barcellona dal 15 ottobre 2025 al 31 maggio 2026, nell'ambito del programma Erasmus+, presso l'area *Gestión del Conocimiento* della Fondazione, sotto la guida di Daniel Urbina, responsabile dell'area. In quel periodo la Fondazione stava sviluppando IDEAS, il proprio sistema informatizzato di raccolta dati. Il presente lavoro si riferisce alla versione dedicata ai servizi di Riduzione del Danno, che al momento dell'analisi non era ancora stata implementata. La versione era stata costruita a partire dalle valutazioni già in uso nei centri e dalle richieste informative degli enti finanziatori, e non era mai stata confrontata con gli standard internazionali di riferimento in materia.

È su proposta della guida di tirocinio che ho analizzato tale versione del sistema, in un lavoro confluito nel Project Work di management del secondo anno. La presente tesi integra quel lavoro con i Project Work di formazione e di ricerca svolti negli anni precedenti, riconducendoli tutti al medesimo oggetto: il modulo IDEAS dedicato alla Riduzione del Danno, esaminato da tre punti di vista distinti. Il primo riguarda cosa il sistema registri rispetto a ciò che le linee guida raccomandano di erogare; il secondo le condizioni professionali e formative perché venga compilato in modo da produrre dati affidabili; il terzo il potenziale del sistema come fonte di dati per attività di ricerca.

L'obiettivo generale della presente tesi di laurea è verificare se il modulo IDEAS dedicato alla Riduzione del Danno consenta di registrare gli interventi che le linee guida di riferimento raccomandano di erogare, e formulare proposte di miglioramento per gli ambiti in cui tale corrispondenza non risulti soddisfatta.

A tal fine sono state selezionate quattro linee guida: internazionale, europea, nazionale spagnola e regionale catalana, e individuate le evidenze scientifiche a supporto degli interventi da esse raccomandati. Le raccomandazioni sono state tradotte in definizioni

operative, ossia enunciati verificabili che descrivono una singola informazione registrabile; per ciascuna è stato quindi verificato se e in che misura il modulo consentisse di rilevarla. Per le definizioni non coperte, o coperte in modo incompleto, è stata elaborata una proposta di miglioramento.

L'elaborato si articola in sei capitoli.

Il primo capitolo delinea il quadro teorico e normativo della Riduzione del Danno: la definizione dell'approccio, i suoi principi, i principali interventi e i contesti operativi in cui si realizzano; l'evoluzione storica e la diffusione internazionale. Il capitolo affronta quindi la questione della misurazione, le finalità della raccolta dati e gli ostacoli che essa incontra in questo ambito. Si chiude richiamando i contributi della letteratura sulla valutazione della qualità e sull'implementazione degli strumenti nei servizi sanitari, che hanno fornito le categorie con cui l'analisi è stata impostata.

Il secondo capitolo descrive il sistema IDEAS e la metodologia adottata. Vi si illustrano l'architettura del sistema e lo stato di sviluppo del modulo dedicato alla Riduzione del Danno, quindi la costruzione della matrice di analisi: l'individuazione delle macro – aree di intervento, la loro traduzione in definizioni operative, i criteri di selezione delle linee guida di confronto, la strategia di ricerca delle evidenze scientifiche e i criteri di valutazione impiegati. Il capitolo si chiude con le fasi procedurali dell'analisi e i limiti metodologici che essa presenta.

Il terzo capitolo riporta i risultati: il grado di copertura del modulo rispetto alle definizioni operative, complessivo e per macro – area; la valutazione qualitativa degli item esistenti secondo i criteri di pertinenza, chiarezza e applicabilità operativa; i pattern di criticità ricorrenti; gli esiti del confronto con la Fondazione; e le azioni di miglioramento, ordinate secondo un criterio di priorità.

Il quarto capitolo affronta la dimensione formativa. A partire dal principio secondo cui la qualità del dato dipende da chi lo raccoglie, il capitolo esamina le condizioni professionali perché il sistema venga compilato in modo da produrre informazioni affidabili, e propone un percorso formativo destinato agli operatori dei servizi.

Il quinto capitolo considera il modulo come potenziale fonte di dati per attività di ricerca: individua le variabili che la ricerca sulla Riduzione del Danno utilizza, le condizioni che un dato deve soddisfare per risultare utilizzabile a tale fine, e classifica le domande di ricerca in funzione della loro affrontabilità con il sistema.

Il sesto capitolo discute i risultati alla luce del quadro concettuale richiamato: il significato del divario rilevato tra il modulo e le linee guida, i fattori che limitano l'utilizzabilità del dato, il ruolo del laureato magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, i limiti del lavoro e le prospettive di approfondimento. Le conclusioni riprendono la domanda posta in apertura e ne riassumono gli esiti.

L'elaborato è corredato di tre allegati: la matrice di analisi completa, la scheda di progettazione del percorso formativo e la legenda degli studi citati nella matrice.

CAPITOLO 1 – LA RIDUZIONE DEL DANNO: DAL QUADRO TEORICO E NORMATIVO ALLA MISURAZIONE DEGLI INTERVENTI

1.1. Definizione, principi e interventi di Riduzione del Danno

La Riduzione del Danno designa l'insieme di politiche, programmi e pratiche finalizzati a ridurre le conseguenze negative, sanitarie, sociali, economiche e legali, associate all'uso di sostanze psicoattive, senza richiedere come condizione necessaria l'astinenza dal consumo[3].

Una definizione sostanzialmente convergente è adottata dall'Agenzia dell'Unione europea per le droghe, secondo cui la riduzione del danno comprende politiche, programmi e interventi volti ad attenuare le ripercussioni sanitarie, sociali, giuridiche ed economiche imputabili al consumo di stupefacenti su persone, comunità e società[1].

La definizione contiene due elementi che ne qualificano la specificità rispetto ad altri approcci in materia di dipendenze. Il primo riguarda l'oggetto dell'intervento: ciò su cui si agisce non è il consumo in sé, ma il danno che ne deriva. Il secondo riguarda le condizioni di accesso: la disponibilità a interrompere il consumo non costituisce un prerequisito per ricevere assistenza. Ne consegue che l'approccio si rivolge, in molti casi prioritariamente, a persone che non intendono o non sono in condizione di accedere a percorsi orientati all'astinenza.

Questa impostazione non si contrappone ai percorsi di trattamento tradizionali né li sostituisce. Il documento europeo la descrive come integrazione degli approcci di prevenzione e trattamento, fondata sulla sospensione del giudizio e sulla collaborazione con le persone che usano droghe, allo scopo di ridurre i rischi legati al consumo e a condizioni di consumo non sicure e di promuovere salute e benessere[1]. Nei documenti di indirizzo dell'Unione europea la Riduzione del Danno è riconosciuta come componente autonoma delle politiche sulle droghe: la strategia approvata dal Consiglio nel marzo 2026 dedica al contrasto dei danni droga – correlati uno dei cinque pilastri di cui si compone, accanto alla preparazione rispetto alle minacce sanitarie e di sicurezza, alla protezione della salute pubblica, alla sicurezza e alla costruzione di partenariati[4]. L'impianto complessivo si fonda su un equilibrio tra riduzione dell'offerta, riduzione

della domanda e contrasto dei danni correlati, e individua nella riduzione dei danni sanitari e sociali un obiettivo centrale della politica europea in materia[4].

1.1.1. I principali interventi

Sul piano operativo la Riduzione del Danno si traduce in un insieme di interventi che è utile richiamare sinteticamente, rinviando al §2.3.1 per la trattazione analitica.

Il nucleo storico degli interventi è costituito dalla fornitura di materiale sterile, finalizzata a ridurre la trasmissione di infezioni attraverso la condivisione di attrezzatura contaminata. Comprende non soltanto la distribuzione di aghi e siringhe, ma l'insieme del materiale necessario alla preparazione e all'assunzione: filtri, contenitori per la preparazione, acqua sterile, acidificanti, pipe e fogli di alluminio per il consumo per via inalatoria[1]. A esso si affianca la terapia sostitutiva con oppioidi, basata su metadone o buprenorfina, farmaci che riducono la frequenza delle iniezioni e sostengono la stabilizzazione della persona.

Un secondo gruppo di interventi riguarda la prevenzione e la gestione dell'overdose, e comprende la distribuzione di naloxone alle persone che usano sostanze e alla loro rete sociale, accompagnata dalla formazione sul riconoscimento dell'overdose e sulle misure da adottare in caso di emergenza[1].

Un terzo gruppo attiene alla prevenzione e alla diagnosi delle malattie infettive: offerta di test per HIV, epatiti virali, infezioni sessualmente trasmissibili e tubercolosi, vaccinazione contro l'epatite B, distribuzione di preservativi e collegamento ai servizi di cura per le persone con esito positivo.

Trasversale a tutti questi ambiti è la componente di informazione, educazione e counseling, che accompagna la distribuzione di materiali e l'offerta di prestazioni: informazione sui rischi, sulle modalità di consumo a rischio differenziato, sull'accesso ai servizi e sui diritti, spesso realizzata anche attraverso interventi condotti da pari[5].

Due interventi si distinguono infine per il loro carattere di dispositivo, ossia per il fatto di costituire modalità di erogazione anziché singole prestazioni. Le sale per il consumo sicuro sono spazi supervisionati in cui è possibile consumare sostanze in condizioni igieniche, con personale in grado di intervenire in caso di overdose e di facilitare l'accesso ad altri servizi[1]. I servizi di prossimità, realizzati attraverso unità mobili o lavoro di strada,

raggiungono le persone nei luoghi in cui si trovano e possono veicolare l'insieme degli interventi sopra descritti.

L'elenco non è esaustivo e, come osservato al §1.2, si è progressivamente ampliato nel tempo: vi rientrano oggi anche i servizi di analisi delle sostanze e interventi rivolti a modalità di consumo emergenti.

1.1.2. Principi fondamentali

L'approccio si fonda su alcuni principi che ne orientano la pratica operativa.

Il primo è il pragmatismo. Gli interventi assumono come dato di realtà la presenza del consumo e ne affrontano le conseguenze, anziché subordinare l'assistenza a un cambiamento comportamentale che può non verificarsi o verificarsi in tempi lunghi. La domanda che orienta l'intervento non è come indurre l'interruzione del consumo, ma come ridurre i rischi che esso comporta nelle condizioni date.

Il secondo è il riconoscimento della dignità e dei diritti delle persone che usano droghe. L'approccio si fonda esplicitamente su una cornice di giustizia sociale e diritti umani, e assume la riduzione dello stigma come obiettivo proprio dell'intervento[3]. Ciò comporta il rifiuto di condizionalità, giudizi e imposizioni come condizione per l'accesso al supporto.

Il terzo è la gradualità del cambiamento. Sono considerati esiti rilevanti anche modifiche circoscritte del comportamento come: utilizzare materiale sterile, evitare il consumo in solitudine, passare a una via di somministrazione meno rischiosa, indipendentemente dal fatto che conducano a una riduzione del consumo. Ogni passo verso una maggiore sicurezza costituisce un risultato in sé.

Il quarto è l'orientamento alla salute pubblica. Gli interventi perseguono contestualmente un beneficio individuale e uno collettivo. La fornitura di materiale sterile per iniezione, in particolare, è indicata dall'agenzia europea come l'esempio meglio documentato di questa duplice finalità, avendo verosimilmente contribuito al contenimento delle nuove infezioni da HIV associate al consumo per via parenterale in Europa[1].

Un ulteriore elemento caratterizzante è la capacità di adattamento. L'agenzia europea descrive la Riduzione del Danno come un processo in continua evoluzione, che nell'ultimo decennio ha esteso il proprio perimetro in risposta ai mutamenti dei modelli di consumo: alla prevenzione delle overdose legate al policonsumo, alla gestione del

fumo di stimolanti e al sostegno a persone con problemi sanitari e sociali complessi[1]. Tale dinamicità ha una conseguenza rilevante ai fini del presente lavoro: un sistema di raccolta dati destinato a questi servizi si confronta con un ambito i cui contenuti si modificano nel tempo, e la cui rappresentazione documentale richiede aggiornamenti periodici.

1.1.3. I contesti operativi: la logica della bassa soglia

Gli interventi di Riduzione del Danno si realizzano prevalentemente in servizi definiti a bassa soglia, espressione che designa la riduzione al minimo dei requisiti di accesso. La stessa agenzia europea individua nei servizi integrati a bassa soglia il canale ordinario attraverso cui i materiali sterili vengono distribuiti[1].

Concretamente, ciò significa che l'accesso non è subordinato a invio da altri servizi, a residenza o documenti, a un percorso di trattamento in corso, all'astinenza né alla formulazione di una domanda esplicita di cura. La persona può accedere per ricevere materiale sterile, un pasto, una doccia o semplicemente per sostare, e da quel contatto può o meno, svilupparsi una relazione assistenziale.

Questa impostazione produce condizioni operative che distinguono nettamente tali servizi da altri contesti sanitari e che risultano rilevanti ai fini del presente lavoro.

I contatti sono brevi e non programmati. Un contatto di prossimità può durare pochi minuti e non prevede appuntamento; la persona può presentarsi in condizioni psicofisiche che limitano la possibilità di raccogliere informazioni articolate.

La continuità non è garantita. I percorsi assistenziali sono discontinui e non lineari: la persona può accedere ripetutamente per periodi, scomparire, ricomparire mesi dopo. La costruzione di un profilo informativo completo richiede tempi lunghi e non è sempre possibile.

Il setting è spesso non protetto. Una parte rilevante dell'attività si svolge fuori dalle sedi dei servizi ad esempio in strada, presso unità mobili, in contesti di aggregazione, dove non sussistono le condizioni di riservatezza e di comfort che caratterizzano un colloquio in ambulatorio.

La relazione precede l'intervento tecnico. In contesti caratterizzati da diffidenza verso le istituzioni, spesso alimentata da esperienze pregresse di giudizio o esclusione, la costruzione di un rapporto di fiducia costituisce la condizione preliminare di qualunque

intervento successivo. Ogni elemento percepito come controllo o interrogatorio può compromettere l'aggancio.

Un sistema informativo destinato a servizi di questo tipo deve pertanto confrontarsi con un vincolo che non si presenta con analoga intensità in altri ambiti assistenziali: la sostenibilità della rilevazione non è una questione di efficienza organizzativa, ma incide sulla possibilità stessa di realizzare l'intervento. Il criterio di applicabilità operativa adottato nella valutazione degli item di IDEAS (§2.3.5) trova qui il proprio fondamento.

Accanto ai servizi a sede fissa quali: centri diurni, *drop-in*, sale per il consumo sicuro, operano i servizi di prossimità, realizzati attraverso unità mobili o lavoro di strada, che raggiungono le persone nei luoghi in cui si trovano anziché attenderne l'accesso. Tale modalità è pensata per intercettare chi non entra in contatto con i servizi tradizionali, e amplifica tutte le condizioni operative descritte: contatti più brevi, setting meno strutturato, maggiore difficoltà di registrazione. Come verrà approfondito nel Capitolo 3, è proprio in relazione a questi contesti che il modulo IDEAS – RdD presenta il profilo di copertura più critico.

1.2. Evoluzione storica e diffusione internazionale

Sebbene i principi riconducibili alla Riduzione del Danno abbiano precedenti storici risalenti alla prima metà del Novecento, dalle esperienze di prescrizione controllata di oppiacei nel Regno Unito degli anni Venti alle pratiche di *controlled drinking* degli anni Sessanta, il concetto moderno acquisisce centralità nella metà degli anni Ottanta, in relazione alla diffusione dell'HIV tra le persone che si iniettavano droghe[5].

La cronologia di questo passaggio merita precisione, perché smentisce una ricostruzione semplificata. Il primo programma formale di scambio di siringhe fu avviato nei Paesi Bassi nel 1984, per iniziativa di organizzazioni di persone che usavano droghe e con l'obiettivo di contrastare la trasmissione dell'epatite B; l'introduzione dei test anticorpali per l'HIV avvenne l'anno successivo, rivelando prevalenze elevate in numerose città europee[5]. L'epidemia da HIV non costituisce quindi il momento di nascita dell'approccio, ma il fattore che ne determinò l'affermazione e la rapida diffusione: nel 1986 i programmi di scambio siringhe furono introdotti in parte del Regno Unito, l'anno successivo in Danimarca, Malta, Spagna e Svezia, e nel 1990 risultavano attivi in quattordici paesi europei[5].

Ciò che accompagna questa diffusione non è soltanto l'introduzione di un nuovo intervento, ma un mutamento del modello assistenziale: dall'attesa che la persona formuli una domanda di trattamento si passa a strategie orientate a raggiungerla nei contesti in cui si trova, con particolare rilievo per l'accesso a bassa soglia, gli interventi di comunità e il lavoro di prossimità condotto anche da pari[5]. È in questo passaggio che si costituiscono le condizioni operative descritte al §1.1.

1.2.1. Dalla prevenzione delle infezioni all'ambiente sociale

L'evoluzione successiva è caratterizzata da un progressivo allargamento dell'ambito di intervento. La Riduzione del Danno viene definita non come intervento singolo, ma come combinazione di interventi che comprende programmi di scambio siringhe, terapia sostitutiva, counseling, sale per il consumo, educazione tra pari e lavoro di prossimità[6]. Alla prevenzione delle infezioni si affiancano progressivamente la prevenzione delle overdose, la vaccinazione contro l'epatite B, lo screening e il trattamento delle infezioni sessualmente trasmissibili e della tubercolosi, gli interventi in ambito carcerario e l'integrazione con i servizi di salute mentale e di assistenza sociale.

L'ampliamento non si arresta all'ambito sanitario: il perimetro si estende fino a comprendere interventi sull'ambiente sociale e sulle politiche pubbliche, inclusa la riduzione dei danni prodotti dalle politiche stesse in materia di droghe[6]. L'agenzia europea descrive tuttora la Riduzione del Danno come un processo di adattamento continuo, che nell'ultimo decennio ha esteso il proprio campo alla prevenzione delle overdose da policonsumo e alla gestione dei rischi associati al fumo di stimolanti[1].

Questa dinamicità pone un problema specifico ai sistemi di rilevazione, ed è la ragione per cui la ricostruzione storica risulta rilevante ai fini del presente lavoro. Uno strumento di raccolta dati costruito su un elenco di interventi rispecchia lo stato dell'ambito nel momento in cui è stato progettato; se l'ambito si modifica, lo strumento invecchia. Il rilievo assume portata concreta nell'analisi condotta: come descritto al §2.3.1, due delle dodici macro – aree (prevenzione dell'overdose e sale per il consumo sicuro) non erano contemplate come interventi autonomi nel documento internazionale del 2012 e sono state ricavate da una fonte successiva.

1.2.2. La diffusione attuale in Europa

I dati europei più recenti documentano una situazione consolidata per gli interventi storicamente fondativi e in evoluzione per quelli di introduzione più recente[1].

I programmi di fornitura di aghi e siringhe risultavano attivi, nel 2024, in tutti gli Stati membri dell'Unione europea e in Norvegia. Il trattamento con agonisti degli oppioidi era disponibile in contesti comunitari e carcerari in tutti gli Stati membri tranne uno; tra i farmaci prescritti, il metadone interessa il 61% delle persone in trattamento e la buprenorfina un ulteriore 36%. Gli interventi di introduzione più recente presentano invece diffusione parziale: i programmi di naloxone per assunzione domestica erano disponibili, fino al 2025, in diciannove paesi europei, mentre i locali per il consumo controllato erano operativi, nello stesso anno, in numero di cento complessivi distribuiti in tredici Stati membri e in Norvegia.

La diffusione non è tuttavia uniforme, e la disomogeneità riguarda anche la copertura effettiva all'interno dei singoli paesi: già nel decennio scorso il numero di punti di erogazione dei programmi di scambio siringhe variava da diverse migliaia in alcuni Stati a meno di cinque in altri[5].

1.3. Il quadro normativo: livelli di indirizzo e attuazione

La Riduzione del Danno è oggetto di indirizzi e raccomandazioni prodotti a più livelli istituzionali: internazionale, europeo, nazionale e regionale, che si differenziano per natura giuridica, grado di dettaglio e forza vincolante. I documenti specifici assunti come riferimento nel presente lavoro, con i relativi criteri di selezione, sono descritti al §2.3.3; questo paragrafo si limita a delineare la logica complessiva del quadro e le sue implicazioni.

Gli strumenti prodotti a livello internazionale ed europeo non hanno valore giuridicamente vincolante. Le raccomandazioni delle agenzie del sistema delle Nazioni Unite hanno natura tecnica; le strategie dell'Unione europea e le conclusioni del Consiglio operano attraverso l'orientamento delle politiche, il coordinamento e il finanziamento di iniziative comuni, ma la competenza in materia sanitaria resta attribuita agli Stati membri[4].

Ne consegue che il grado di attuazione effettiva degli indirizzi varia sensibilmente tra i paesi. I dati richiamati al §1.2 lo documentano con chiarezza: interventi raccomandati da

tutte le fonti internazionali risultano diffusi in modo disomogeneo, e in alcuni contesti la copertura resta al di sotto del fabbisogno stimato[1].

1.3.1. Il decentramento del sistema sanitario spagnolo

Sul piano nazionale, il sistema sanitario spagnolo presenta una caratteristica rilevante ai fini del presente lavoro: la competenza in materia sanitaria è attribuita alle comunità autonome, che dispongono di autonomia organizzativa e programmatoria. La *Ley General de Sanidad* stabilisce infatti che le comunità autonome esercitano le competenze assunte nei rispettivi Statuti e che quanto non espressamente riservato allo Stato si intende a esse attribuito, disponendo inoltre in merito agli organi di gestione dei propri Servizi di Salute[7]. Il livello statale definisce indirizzi generali, standard minimi e sistemi di monitoraggio, mentre l'organizzazione concreta dei servizi è determinata a livello autonomico.

Questa articolazione ha una conseguenza diretta sui sistemi informativi. Un ente che, come la Fundación Salud y Comunidad, gestisce servizi in più comunità autonome deve confrontarsi con quadri regolatori e requisiti di rendicontazione differenti, pur mantenendo un sistema di raccolta dati unitario. La costruzione di uno strumento comune a servizi che operano in contesti amministrativi diversi costituisce quindi, di per sé, una scelta organizzativa non neutrale, e la verifica della sua compatibilità con gli standard dei diversi sistemi autonomici rappresenta una questione aperta.

1.3.2. La necessità di un confronto su più livelli

Il quadro descritto suggerisce una considerazione che ha orientato l'impostazione dell'analisi condotta in questo lavoro: all'aumentare della specificità operativa diminuisce la forza vincolante, e viceversa.

Gli strumenti internazionali definiscono standard di riferimento ampi e condivisi, ma privi di efficacia diretta; i documenti regionali forniscono indicazioni operative dettagliate, ma con ambito di applicazione circoscritto.

Ne consegue che nessun singolo livello fornisce, da solo, un riferimento adeguato per valutare l'adeguatezza di un sistema di raccolta dati. Un modulo allineato esclusivamente agli standard internazionali potrebbe risultare inapplicabile nel contesto operativo concreto; uno allineato esclusivamente agli indirizzi regionali potrebbe non consentire la

comparabilità dei dati con altri contesti. È questa la ragione per cui il confronto condotto in questo lavoro ha assunto come riferimento documenti appartenenti a tutti e quattro i livelli.

1.4. Misurare l'attività nella Riduzione del Danno: finalità e ostacoli

I paragrafi precedenti hanno descritto un ambito di intervento consolidato sul piano operativo e riconosciuto sul piano istituzionale. Resta da considerare una questione che costituisce la premessa diretta del presente lavoro: in che misura ciò che i servizi di Riduzione del Danno erogano risulta effettivamente documentato.

1.4.1. Le finalità della raccolta dati

La necessità di rilevare in modo strutturato l'attività dei servizi risponde a finalità distinte, che è utile tenere separate.

- La prima è la rendicontazione. I servizi operano in larga parte con finanziamento pubblico e sono tenuti a documentare l'attività svolta nei confronti degli enti finanziatori. Si tratta della finalità storicamente più consolidata, e anche di quella che ha maggiormente orientato la costruzione dei sistemi informativi in questo ambito: il dato viene raccolto anzitutto perché qualcuno lo richiede.
- La seconda è la valutazione dell'efficacia. Come descritto al §1.2, la Riduzione del Danno si è affermata dovendo dimostrare la propria utilità in un contesto di contestazione, e la disponibilità di dati sulla copertura e sugli esiti degli interventi ha costituito la condizione per il suo riconoscimento istituzionale. Questa esigenza non è venuta meno.
- La terza è il miglioramento della pratica. Un sistema che documenti in modo sistematico l'attività consente al servizio di conoscere ciò che effettivamente eroga, di individuare aree di intervento sottoutilizzate e di orientare l'allocazione delle risorse. È la finalità meno immediata ma potenzialmente più rilevante sul piano gestionale.
- La quarta è la continuità assistenziale. In un ambito caratterizzato da percorsi discontinui e da contatti con operatori diversi, la registrazione delle informazioni relative alla singola persona costituisce la condizione perché l'intervento non ricominci da capo a ogni accesso.

Queste quattro finalità non richiedono gli stessi dati né lo stesso grado di dettaglio, e possono entrare in tensione tra loro. Un sistema costruito prevalentemente per la rendicontazione tende a privilegiare conteggi aggregati di prestazioni; uno orientato alla continuità assistenziale privilegia informazioni sulla singola persona; uno destinato alla valutazione dell'efficacia richiede dati su esiti che si manifestano in tempi lunghi e spesso fuori dal servizio. La coesistenza di finalità diverse all'interno di un medesimo strumento costituisce uno dei fattori che ne complicano la progettazione.

1.4.2. L'importanza di documentare ciò che si eroga

Che la difficoltà a documentare l'attività dei servizi di Riduzione del Danno sia diffusa, e non attribuibile al singolo ente, emerge dai dati europei più recenti.

Rispetto agli obiettivi di copertura fissati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per il 2025, soltanto sette dei venticinque paesi per i quali risultavano disponibili dati avevano raggiunto nel 2024 il traguardo relativo alla fornitura di aghi e siringhe; e di questi sette, soltanto quattro fornivano anche dati sulla copertura del trattamento con agonisti degli oppioidi. Analogamente, dei quattordici paesi che avevano raggiunto l'obiettivo relativo al trattamento sostitutivo, solo nove disponevano anche di dati sulla fornitura di materiale sterile[1].

Il dato non riguarda soltanto il livello di copertura dei servizi, ma la disponibilità stessa dell'informazione: una parte dei sistemi nazionali non è in condizione di documentare in modo comparabile ciò che i propri servizi erogano. La difficoltà non è quindi circoscritta al singolo strumento di rilevazione o al singolo ente, ma costituisce una caratteristica strutturale del campo.

La medesima relazione osserva inoltre che, mentre l'efficacia dei programmi di fornitura di aghi e siringhe e del naloxone domiciliare è sostenuta da evidenze consolidate, i dati derivanti dalla valutazione di altri interventi restano limitati, in parte per le difficoltà pratiche e metodologiche di condurre ricerche in questi contesti[1]. La disomogeneità riguarda dunque tanto i dati di copertura quanto la produzione di evidenze valutative, asimmetria che trova riscontro nella ricerca bibliografica condotta per il presente lavoro (§2.3.4) e ripresa al §5.5.

A ciò si aggiunge un elemento di ordine diverso. La definizione di quali indicatori debbano essere considerati prioritari per il monitoraggio dei servizi di Riduzione del

Danno è stata oggetto di specifici lavori di consenso, che segnalano come tale definizione non sia scontata né univoca[8]. Non esiste, in altri termini, un insieme di indicatori universalmente adottato: ogni sistema informativo incorpora una scelta su cosa considerare rilevante, e tale scelta riflette le finalità per cui il sistema è stato costruito.
Da questo quadro discendono le difficoltà che la rilevazione incontra nello specifico ambito dei servizi di Riduzione del Danno, esaminate di seguito.

1.4.3. Gli ostacoli alla rilevazione dei dati nei servizi a bassa soglia

La rilevazione nei servizi di Riduzione del Danno incontra ostacoli che non si presentano con analoga intensità in altri contesti assistenziali. Dalle caratteristiche dell'ambito descritte nei paragrafi precedenti se ne possono ricondurre quattro.

- Il primo deriva dalle condizioni operative descritte al §1.1. Contatti brevi e non programmati, setting spesso non protetti, priorità della costruzione della relazione: ogni domanda posta a fini di rilevazione sottrae tempo all'intervento e può costituire una barriera all'accesso. La sostenibilità della raccolta non è quindi una questione di efficienza, ma incide sulla realizzabilità stessa dell'intervento.
- Il secondo riguarda l'identificazione della persona. L'accesso a bassa soglia comporta che la persona possa non fornire dati identificativi in maniera completa o rifiutare la registrazione. La costruzione di un percorso individuale documentato, che in altri contesti è il presupposto della cartella clinica, qui è un risultato non garantito.
- Il terzo riguarda la natura degli interventi. Una parte rilevante dell'attività consiste in azioni educative, relazionali e di accompagnamento, che non producono un esito discreto e registrabile allo stesso modo di una prestazione erogata o di un bene consegnato. Come osservato al §2.3.1, ciò che si traduce con maggiore facilità in un item di un sistema informativo è ciò che ha natura materiale o prestazionale, con il rischio che la componente educativa risulti sottorappresentata non perché meno rilevante, ma perché meno facilmente formalizzabile.
- Il quarto riguarda la distanza tra intervento ed esito. Gli esiti che la Riduzione del Danno persegue (la mancata trasmissione di un'infezione, la mancata overdose, l'accesso a un servizio sanitario mesi dopo) si manifestano in tempi lunghi, spesso

fuori dal servizio e in forma di eventi non avvenuti. Il servizio può documentare ciò che ha fatto, non ciò che ha evitato.

Ne discende una condizione precisa. Un servizio di Riduzione del Danno può erogare interventi appropriati ed efficaci senza essere in grado di documentarlo: l'attività si realizza, ma non lascia traccia utilizzabile. In un contesto in cui il riconoscimento istituzionale, l'accesso al finanziamento e la possibilità stessa di migliorare la pratica dipendono dalla disponibilità di dati, questa condizione costituisce una vulnerabilità per i servizi.

1.5. La valutazione della qualità e l'implementazione nei servizi sanitari

Il paragrafo precedente ha delineato la necessità di documentare in modo strutturato l'attività dei servizi di Riduzione del Danno. Le questioni che tale necessità solleva, cioè come si valuta la qualità dell'assistenza e a quali condizioni uno strumento introdotto in un'organizzazione sanitaria produce gli effetti attesi, non sono tuttavia specifiche solo di questo ambito, e sono state affrontate da una letteratura consolidata.

Il presente paragrafo richiama tre contributi classici della letteratura sul management sanitario, che hanno fornito le categorie con cui è stata impostata l'analisi condotta nei capitoli seguenti. L'articolo di Donabedian mostra come valutare la qualità dell'assistenza[9], l'analisi di Grol e Grimshaw segnala perché tra raccomandazioni e pratica clinica c'è sempre una distanza[10], e il quadro elaborato da Damschroder e colleghi mostra i fattori necessari perché uno strumento nuovo funzioni davvero in un'organizzazione sanitaria[11]. Si tratta di contributi di carattere generale, riferiti all'organizzazione dei servizi sanitari e non specificatamente alla Riduzione del Danno né ai sistemi informativi: la loro applicazione all'oggetto del presente lavoro è esplicitata al §1.5.4.

1.5.1. Cosa valutare: struttura, processo ed esito

Il primo dei tre articoli richiamati è quello di Donabedian, che propone di articolare la valutazione della qualità dell'assistenza secondo tre categorie fondamentali di informazioni[9]. La struttura comprende le caratteristiche relativamente stabili del contesto in cui l'assistenza viene erogata: risorse disponibili, dotazioni, organizzazione. Il

processo riguarda ciò che viene effettivamente fatto nell'assistenza, ossia gli interventi erogati. L'esito riguarda gli effetti prodotti dall'assistenza sulle condizioni della persona. La distinzione ha rilievo diretto per il presente lavoro, poiché individua il livello su cui opera un sistema come IDEAS e su cui si collocano le criticità rilevate. Un sistema di raccolta dati centrato sulla persona assistita documenta anzitutto il processo: registra quali interventi sono stati erogati, a chi e in quale contesto. Non rileva la struttura, che è documentata da altri strumenti a livello di servizio, e rileva l'esito solo parzialmente e indirettamente, per le ragioni descritte al §1.4, gli esiti della Riduzione del Danno si manifestano in tempi lunghi, spesso fuori dal servizio e in forma di eventi non avvenuti.
È precisamente sul livello di processo che si concentra la parte prevalente delle lacune individuate, come evidenziato dall'analisi presentata nel Capitolo 3: il modulo documenta con maggiore completezza gli interventi che consistono nella consegna di un bene, e con minore completezza quelli che consistono in un'attività educativa, in un collegamento tra servizi o nella combinazione tra un contenuto e il contesto in cui viene erogato.
È importante sottolineare che il medesimo contributo segnalava come le relazioni tra struttura, processo ed esito non fossero pienamente comprese[9]: la documentazione accurata di ciò che viene erogato non garantisce di per sé la conoscenza degli effetti prodotti. Il rilievo mantiene attualità nell'ambito qui considerato, dove la distanza tra intervento ed esito è particolarmente marcata.

1.5.2. Il divario tra raccomandazioni e pratica professionale

Il secondo studio analizzato, riguarda il rapporto tra ciò che le evidenze e le linee guida raccomandano e ciò che effettivamente avviene nella pratica quotidiana dei servizi.
Grol e Grimshaw evidenziano la persistente difficoltà di tradurre evidenze e linee guida nella pratica clinica, segnalando che molti pazienti non ricevono cure appropriate, oppure ricevono cure non necessarie o potenzialmente dannose[10]. Il cambiamento della pratica richiede generalmente approcci comprensivi, articolati su più livelli, dal singolo professionista all'équipe, all'organizzazione, al contesto più ampio, e adattati agli specifici contesti e gruppi destinatari, tenendo conto delle barriere e dei fattori facilitanti[10].
Questo riferimento ha una duplice rilevanza nel presente lavoro. Sul piano interpretativo, invita a non leggere il divario tra quanto raccomandato dalle linee guida e quanto rilevato

in IDEAS come una anomalia da correggere, ma come una condizione ordinaria di cui comprendere le cause. Sul piano operativo, indica che l'introduzione di modifiche a uno strumento non produce di per sé un cambiamento della pratica: perché una modifica sia efficace occorre agire anche sui livelli professionale e organizzativo, tema affrontato nel Capitolo 4.

1.5.3. Le condizioni dell'implementazione di un nuovo strumento

Il terzo contributo riguarda le condizioni che determinano il successo o il fallimento dell'introduzione di un'innovazione in un'organizzazione sanitaria. Damschroder e colleghi propongono il *Consolidated Framework for Implementation Research*, che identifica cinque domini di fattori in grado di influenzare l'efficacia dell'implementazione[11].

I cinque domini individuati sono: le caratteristiche dell'intervento stesso, il contesto esterno all'organizzazione, il contesto interno, le caratteristiche degli individui coinvolti e il processo attraverso cui l'implementazione viene realizzata.

L'articolazione è rilevante per l'oggetto di questo lavoro, poiché segnala che la qualità intrinseca di uno strumento, cioè il dominio relativo alle caratteristiche dell'intervento, costituisce soltanto uno dei fattori in gioco. Un sistema di raccolta dati ben progettato può risultare inefficace se il contesto organizzativo non ne sostiene l'uso, se gli operatori non ne comprendono la logica, o se il processo di introduzione non è accompagnato.

Il rilievo definisce il perimetro dell'analisi condotta in questo lavoro e insieme i suoi limiti. La valutazione riportata nei Capitoli 2 e 3 riguarda le caratteristiche dello strumento: la sua completezza rispetto agli standard di riferimento e la qualità degli item come strumenti di rilevazione. Non riguarda invece i fattori organizzativi, individuali e di processo, che potranno essere valutati soltanto in una fase di implementazione effettiva. Il modulo, come descritto al §2.2, non è ancora stato introdotto nei servizi: le considerazioni relative a tali fattori hanno pertanto carattere previsionale e sono riprese nel Capitolo 6.

1.5.4. Il quadro di riferimento e l'impostazione della tesi

I tre studi scientifici richiamati definiscono la prospettiva entro cui si colloca l'analisi.

Il primo individua il livello su cui opera lo strumento analizzato e su cui si collocano le criticità rilevate: quello del processo assistenziale. Il secondo indica che il divario tra raccomandazione e pratica costituisce una condizione ordinaria, la cui riduzione richiede interventi articolati e adattati al contesto. Il terzo segnala che la qualità dello strumento è condizione necessaria ma non sufficiente perché esso produca informazione utilizzabile. Ne discende l'impostazione adottata: la verifica di cosa il modulo registri rispetto agli standard di riferimento presuppone il primo contributo; la lettura del divario rilevato, il secondo; l'attenzione alle condizioni professionali e organizzative perché lo strumento produca dati utilizzabili, il terzo.

CAPITOLO 2 – IDEAS E LA METODOLOGIA DI ANALISI

2.1. Il sistema IDEAS: origine, finalità e struttura

La Fundación Salud y Comunidad è un'organizzazione non profit spagnola che opera nell'ambito dell'assistenza psicosociale e sanitaria a persone in condizione di vulnerabilità, tra cui le persone che usano droghe. Nel quadro di un processo di miglioramento dei propri sistemi di intervento, valutazione e monitoraggio individuale, la Fondazione ha sviluppato il protocollo di valutazione IDEAS, un sistema informatizzato per la raccolta standardizzata di informazioni relative alle persone assistite nei propri servizi[12].

L'acronimo descrive i cinque blocchi di cui il sistema si compone: **I**nformación, **D**iagnóstico, **E**volución, **A**tención, **S**eguimiento. Ciascun blocco corrisponde a un momento distinto del percorso assistenziale e raccoglie tipologie di dati differenti, secondo l'articolazione riportata in Tabella 1.

Tabella 1. Struttura del sistema IDEAS – RdD.

Blocco	Contenuto
I – Información	Informazioni amministrative, dati anagrafici di base e dati di contatto della persona assistita.
D – Diagnóstico	Variabili rilevate all'avvio dell'intervento, articolate sulle dimensioni biologica, psicologica, sociale e trasversale (es. qualità della vita).
E – Evolución	Variabili rilevate per valutare l'andamento della persona all'interno del servizio, sulle medesime dimensioni.
A – Atención	Sezione dedicata ai professionisti, che consente di registrare gli interventi e le azioni effettivamente erogate.
S – Seguimiento	Variabili rilevate dopo l'uscita della persona dal servizio, sulle medesime dimensioni.

Il sistema prevede versioni differenziate in funzione della tipologia di servizio cui è destinato, ciascuna delle quali mantiene l'articolazione nei cinque blocchi, adattando i

contenuti degli item alle specificità dell'ambito di intervento. Il presente lavoro si riferisce alla versione dedicata ai servizi di Riduzione del Danno, descritta al §2.2.
Il sistema IDEAS persegue quattro obiettivi dichiarati[12].

1. Il primo è facilitare la raccolta delle informazioni necessarie ai diversi livelli di funzionamento del servizio: amministrativo, di contatto, di intervento e di rendicontazione.
2. Il secondo è raccogliere informazioni utili alla comprensione della situazione della persona, così da poter formulare un piano di intervento coerente sia con i suoi bisogni sia con le conoscenze scientifiche disponibili; questa fase confluisce nella redazione del *Plan de Atención Individualizado* (PAI).
3. Il terzo obiettivo è la progettazione di un intervento allineato agli esiti della valutazione, che trova collocazione nel blocco *Atención*.
4. Il quarto, che il manuale segnala come particolarmente rilevante, è l'osservazione del raggiungimento degli obiettivi attraverso la raccolta sistematica di informazioni pertinenti nel corso dell'intervento, al fine di valutare sia la diagnosi iniziale sia la sua evoluzione. A ciò si aggiunge, attraverso le rilevazioni successive all'uscita dal servizio, la verifica della stabilità nel tempo dei risultati conseguiti.

2.1.1. Struttura del sistema IDEAS

Un elemento strutturale di IDEAS, decisivo ai fini della presente analisi, riguarda il modo in cui il sistema articola la profondità della rilevazione e la sua configurazione nei diversi servizi. Si tratta di due piani distinti, che è necessario tenere separati.
Il primo riguarda la profondità di valutazione di ciascuna variabile. Per una medesima variabile il sistema può prevedere fino a tre gradi di approfondimento: un livello base, costituito da una domanda singola; un livello intermedio, corrispondente a un test breve; un livello avanzato, corrispondente a un test completo. Non tutte le variabili dispongono di tutti e tre i livelli: alcune possono prevedere, ad esempio, soltanto il livello base e quello avanzato.
Il secondo riguarda il livello di qualità della valutazione del singolo centro. A ciascun servizio viene associata una configurazione che stabilisce quali variabili siano disponibili

e con quale profondità, in funzione delle caratteristiche e dei bisogni del servizio stesso. Un centro specializzato su una determinata problematica può includere nel proprio Livello Minimo di Qualità (*Nivel Mínimo de Calidad*, NMC) anche le domande di profondità avanzata relative alle variabili centrali per il suo ambito; un altro centro, per il quale la medesima variabile risulti meno rilevante, può disporre nel proprio livello minimo della sola domanda base, riservando i gradi di approfondimento superiori al Livello Intermedio (NIC) o al Livello Alto di Qualità (NAC). Qualora una variabile non sia pertinente per quel servizio, può non essere prevista in alcun livello[12].

Ogni centro dispone dunque di un proprio livello minimo di qualità e di una propria progressione verso livelli superiori. La conseguenza operativa rilevante ai fini della presente analisi è che una variabile non inclusa nel livello minimo associato al modulo per la Riduzione del Danno non risulta disponibile ai servizi che operano a quel livello, anche quando l'informazione che rileva sia pertinente al loro ambito di intervento.

Il sistema prevede inoltre la possibilità di modificare gli item, funzione riservata all'area *Gestión del Conocimiento* e introdotta per consentire il recepimento delle proposte formulate dai professionisti che lo utilizzano.

Il formato di somministrazione standard è elettronico, con preferenza per dispositivi a schermo tattile di dimensioni contenute, che consentono all'operatore di mantenere una posizione naturale rispetto alla persona assistita anziché frapporre uno schermo tra sé e l'interlocutore[12]. La raccolta iniziale delle informazioni è concepita come intervista semistrutturata, articolata in quattro aree: biologica, psicologica, sociale e trasversale; queste aree possono essere somministrate separatamente, riducendo così il tempo richiesto da ciascuna parte[12]. Il manuale insiste sul fatto che la persona debba percepire di partecipare a una conversazione e non di rispondere a un questionario, e prescrive che le venga comunicato preliminarmente il carattere confidenziale dei dati e la facoltà di non rispondere. I questionari standardizzati, raccolti in un formulario specifico distinto dall'intervista, possono invece essere autosomministrati.

Il blocco *Atención* è organizzato per aree professionali, così da adattare i registri alle competenze e alle modalità di lavoro delle diverse figure che operano nei servizi: area sanitaria, psicologica, educativa e di lavoro sociale. Questa suddivisione, funzionale sul piano organizzativo, comporta tuttavia che informazioni concettualmente collegate

possano risiedere in sezioni distinte del sistema. Questo aspetto assumerà rilievo nell'analisi dei pattern trasversali di criticità.

Ai fini della presente analisi sono stati utilizzati due documenti distinti, entrambi nella versione provvisoria disponibile presso la Fondazione al momento del tirocinio: il documento relativo al livello minimo di qualità del modulo per la Riduzione del Danno (*IDEAS NMC RDD*)[13], che raccoglie gli item dei blocchi *Información*, *Diagnóstico* ed *Evolución*; e la *Pestaña de atención*[14], nella revisione del 18 novembre 2025, che raccoglie gli item del blocco *Atención* articolati per area professionale. Nella matrice di analisi i riferimenti puntuali agli item rimandano all'uno o all'altro documento, con indicazione della sezione e della pagina.

2.2. Il modulo IDEAS – RdD: stato di sviluppo e gap conoscitivo

L'estensione di IDEAS ai servizi di Riduzione del Danno si colloca all'interno di un progetto specifico della Fondazione, finalizzato al miglioramento e all'applicazione in contesti diversificati di un sistema di valutazione e monitoraggio destinato ai servizi di RdD associati al consumo di sostanze[12]. Il modulo dedicato, denominato IDEAS – RdD, costituisce l'adattamento del sistema alle caratteristiche dei servizi di Riduzione del Danno: nel presente lavoro il termine "modulo" è impiegato in questa accezione. È stato elaborato in versione digitale nel 2024 e si articola secondo la medesima struttura del sistema generale, con adattamenti dei contenuti alle specificità dell'ambito.

Tale adattamento non è un'operazione neutra. Come già precedentemente affrontato al §1.1.3, i servizi di Riduzione del Danno presentano caratteristiche che li distinguono da altri contesti assistenziali e che incidono direttamente sulle condizioni di raccolta del dato. Le persone che vi accedono presentano condizioni di vulnerabilità sociale e sanitaria. In tale prospettiva, gli obiettivi dell'intervento non coincidono necessariamente con la cessazione del consumo, ma possono essere orientati alla riduzione dei danni associati al consumo continuato.

I contatti sono spesso brevi, non programmati e non continuativi, e in molti casi si svolgono in setting non protetti, ad esempio: la strada, un'unità mobile, un centro a bassa soglia. La logica della bassa soglia, entra potenzialmente in tensione con qualunque sistema che richieda una raccolta informativa estesa: ogni domanda posta è tempo sottratto al contatto e, in alcune situazioni, un ostacolo all'aggancio di una persona.

La tensione tra esigenze di rilevazione e condizioni operative è stata riconosciuta nella progettazione del modulo. Nei servizi di Riduzione del Danno, ciascuna delle quattro aree in cui si articola l'intervista (§2.1) richiede un tempo stimato di dieci – quindici minuti. L'area sociale, la più estesa, è stata a sua volta suddivisa in tre sezioni, così da consentire al professionista di avviare la valutazione a partire dall'insieme di variabili più pertinente al contesto dell'intervento. Per questa tipologia di servizi non è inoltre prevista la somministrazione di test standardizzati.

La configurazione dei livelli di qualità descritta al §2.1 costituisce l'ulteriore meccanismo attraverso cui la Fondazione governa tale variabilità: al modulo dedicato alla Riduzione del Danno è associata una configurazione che seleziona, per ciascuna variabile, il grado di approfondimento sostenibile nei contesti operativi di questi servizi.

Va segnalato che la sostenibilità della rilevazione resta, al momento, una questione aperta anche nella valutazione della Fondazione. In sede di confronto è stato osservato che l'estensione attualmente prevista per il modulo potrebbe risultare eccessiva rispetto alle reali possibilità di questo gruppo di utenti, e che le versioni minime potrebbero essere ulteriormente ridotte in esito ai progetti pilota non ancora realizzati.

Il modulo si trova tuttavia, al momento in cui il presente lavoro è stato condotto, in una fase preliminare di sviluppo: è stato elaborato a livello documentale ma non è ancora stato implementato operativamente nei servizi della Fondazione. Da questa condizione derivano tre conseguenze rilevanti. Gli item non sono stati sperimentati sul campo, e non è pertanto verificata la loro applicabilità nella pratica quotidiana. Non è stato valutato il carico amministrativo che la compilazione comporterebbe per gli operatori, elemento particolarmente critico in servizi caratterizzati da tempi di contatto ridotti. Non è stata infine verificata la capacità del sistema di rappresentare fedelmente la complessità delle situazioni di vulnerabilità che caratterizzano l'utenza di questi servizi.

A ciò si aggiunge una lacuna di natura diversa, che costituisce il gap conoscitivo specifico affrontato da questo lavoro: non era stata condotta alcuna verifica sistematica del grado di corrispondenza tra i contenuti del modulo e gli interventi che le linee guida di riferimento identificano come fondamentali nella Riduzione del Danno. In altri termini, non era noto se il modulo, una volta implementato, avrebbe consentito di documentare l'insieme delle attività che un servizio di RdD è chiamato a erogare secondo gli standard riconosciuti a livello internazionale, europeo, nazionale e regionale.

La circostanza si spiega con le modalità con cui il modulo è stato elaborato. Secondo quanto riferito dalla guida di tirocinio, l'adattamento del sistema ai servizi di Riduzione del Danno è stato costruito a partire dalle valutazioni già realizzate nei centri, attraverso un lavoro congiunto con i servizi per la selezione delle variabili ritenute pertinenti, integrato da una revisione bibliografica sulle variabili connesse agli esiti dell'intervento. La progettazione non è stata quindi orientata dalle linee guida internazionali. Vi ha inciso inoltre in misura rilevante la necessità di rispondere alle richieste informative delle amministrazioni finanziatrici, che non coincidono necessariamente con le variabili di interesse per la letteratura scientifica.

Ne consegue che il confronto condotto nel presente lavoro non verifica la coerenza del modulo con i criteri secondo cui è stato costruito, ma introduce un criterio ulteriore: la sua capacità di documentare gli interventi che gli standard di riferimento indicano come fondamentali.

Questa condizione non è anomala. La letteratura sul monitoraggio dei servizi di Riduzione del Danno segnala come i sistemi di indicatori in questo ambito richiedano frequentemente processi di adattamento al contesto locale prima di poter essere adottati efficacemente, e come la definizione stessa di quali indicatori debbano essere considerati prioritari sia stata oggetto di specifici lavori di consenso[8]. La fase preliminare in cui si trova il modulo rappresenta anzi, da questo punto di vista, una condizione favorevole: intervenire su uno strumento non ancora in uso consente di correggerne l'impostazione senza i costi organizzativi, formativi e di continuità del dato che una revisione a implementazione avvenuta comporterebbe.

Da qui l'esigenza di un'analisi preliminare che verificasse, prima dell'implementazione, il grado di copertura del modulo rispetto alle raccomandazioni delle linee guida e la qualità intrinseca degli item già previsti come strumenti di rilevazione. La metodologia adottata per condurre tale analisi è descritta nei paragrafi seguenti.

2.3. La costruzione della matrice di analisi

L'analisi è stata condotta e documentata all'interno di un'unica matrice di valutazione in formato elettronico, costruita in modo da consentire, per ciascun elemento analizzato, il confronto simultaneo tra quanto raccomandato dalle linee guida, quanto sostenuto dalla letteratura scientifica e quanto effettivamente previsto dal modulo IDEAS – RdD. La

struttura della matrice è riportata in Tabella 2; i paragrafi che seguono descrivono la costruzione di ciascuna delle sue componenti.

Tabella 2. Struttura della matrice di valutazione.

Colonna	Contenuto
Macro – area	Ambito di intervento di RdD (§2.3.1)
Descrizione	Sintesi dell'ambito, elaborata a partire dalle linee guida
Definizioni operative	Enunciato sintetico e verificabile che traduce in termini concreti quanto raccomandato per un singolo intervento (§2.3.2)
LG1 OMS / LG2 EMCDDA / LG3 España / LG4 Catalunya	Grado di copertura della definizione operativa da parte di ciascuna linea guida, codificato F/P/A (§2.3.3)
Evidenze scientifiche	Riferimenti agli studi che sostengono la macro – area, con indicazione del supporto principale o secondario (§2.3.4)
IDEAS	Grado di copertura della definizione operativa da parte del modulo (§2.3.5)
Riferimento IDEAS	Localizzazione puntuale del campo che rileva la definizione operativa, ove presente
Pertinenza / Chiarezza / Applicabilità	Valutazione qualitativa dell'item già presente in IDEAS (§2.3.5)
Raccomandazioni	Proposta di miglioramento formulata per la definizione operativa

2.3.1. Le dodici macro – aree: identificazione, fonti e contenuto

Il primo passaggio dell'analisi è consistito nel definire cosa dovesse essere confrontato con il modulo IDEAS. La Riduzione del Danno non è un intervento unitario ma un insieme eterogeneo di attività, e le linee guida ne descrivono i contenuti con livelli di dettaglio e criteri di aggregazione differenti. Era quindi necessario costruire una griglia di riferimento comune, sufficientemente ampia da rappresentare l'insieme degli interventi riconosciuti e sufficientemente strutturata da permettere un confronto sistematico.

Gli interventi descritti nelle linee guida sono stati pertanto organizzati in dodici macro – aree, individuate selezionando gli ambiti di intervento più diffusi e più frequentemente citati nella letteratura e nei documenti di indirizzo.

Nove di queste macro – aree (dalla prima alla nona) corrispondono al *comprehensive package* di interventi definito dalla *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users* di OMS, UNODC e UNAIDS[15], documento che costituisce il riferimento internazionale storicamente fondativo per gli interventi rivolti alle persone che si iniettano droghe. La dodicesima macro – area, relativa agli interventi di prossimità, deriva dalla medesima fonte, che la tratta come modalità di erogazione trasversale agli altri interventi anziché come intervento autonomo. La decima e l'undicesima (prevenzione e gestione dell'overdose e sale per il consumo sicuro), derivano invece dal documento europeo *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs – 2023 update* di ECDC ed EMCDDA[16]: si tratta di ambiti che il documento del 2012 non contemplava come interventi distinti e che hanno assunto rilievo autonomo nella letteratura e nella pratica dei servizi nel decennio successivo.

Questa duplice derivazione merita una precisazione. La scelta di integrare il *comprehensive package* con due ambiti tratti dal documento europeo non risponde a un criterio di completezza formale, ma alla necessità di rappresentare la Riduzione del Danno come è praticata oggi nei servizi europei, e in particolare in quelli della Fondazione, che gestisce sale per il consumo sicuro e interventi di prevenzione dell'overdose. Una griglia che si fosse limitata alle nove aree del 2012 avrebbe escluso dal confronto una parte rilevante dell'attività effettivamente svolta.

La Tabella 3 riporta le dodici macro – aree, la fonte di derivazione e il numero di definizioni operative che ciascuna ha generato.

Tabella 3. Le dodici macro – aree analizzate.

Macro – area	Fonte	Definizioni operative
1 Programmi di scambio aghi e siringhe (NSP)	OMS/UNODC/UNAIDS	18
2 Terapia sostitutiva con oppioidi (OST)	OMS/UNODC/UNAIDS	10
3 Test e counseling HIV	OMS/UNODC/UNAIDS	13
4 Terapia antiretrovirale (ART)	OMS/UNODC/UNAIDS	8
5 Prevenzione e cura delle IST	OMS/UNODC/UNAIDS	10
6 Programmi di distribuzione preservativi	OMS/UNODC/UNAIDS	5
7 Informazione, educazione e comunicazione (IEC)	OMS/UNODC/UNAIDS	7
8 Prevenzione e cura epatiti virali (HBV/HCV)	OMS/UNODC/UNAIDS	12
9 Prevenzione e trattamento tubercolosi (TB)	OMS/UNODC/UNAIDS	11
10 Prevenzione e gestione overdose	ECDC/EMCDDA	8
11 Sale per il consumo sicuro	ECDC/EMCDDA	10
12 Outreach e servizi mobili	OMS/UNODC/UNAIDS	12
Totale		**124**

Per ciascuna macro – area è stata elaborata una descrizione sintetica, tratta dalle linee guida, che ne definisce il perimetro e orienta la successiva articolazione in definizioni operative:

1. **Programmi di scambio aghi e siringhe**: fornitura gratuita di aghi, siringhe e altro materiale sterile, incluse le siringhe a basso volume morto, attraverso servizi fissi o mobili, allo scopo di ridurre l'uso di attrezzatura contaminata e facilitare l'accesso ad altri servizi sanitari.

2. **Terapia sostitutiva con oppioidi**: trattamenti basati su evidenze finalizzati a ridurre l'uso di droghe e la frequenza delle iniezioni, comprendenti la terapia sostitutiva con metadone o buprenorfina e altri interventi per la dipendenza.
3. **Test e counseling HIV**: offerta di test HIV, anche rapidi e comunitari, accompagnata da counseling e dal collegamento garantito ai servizi di cura per le persone con esito positivo.
4. **Terapia antiretrovirale**: accesso alla terapia antiretrovirale per tutte le persone che vivono con HIV, con supporto all'aderenza e integrazione con i trattamenti per la dipendenza.
5. **Prevenzione e cura delle IST**: screening e trattamento delle infezioni sessualmente trasmissibili, con servizi accessibili e integrati, unitamente a programmi di distribuzione di preservativi e promozione delle pratiche sessuali sicure.
6. **Programmi di distribuzione preservativi**: distribuzione gratuita di preservativi maschili e femminili e di lubrificanti, per aumentare l'uso del preservativo e ridurre la trasmissione sessuale di HIV e IST.
7. **Informazione, educazione e comunicazione**: interventi informativi mirati sui rischi legati all'uso di sostanze e al comportamento sessuale, sull'accesso ai servizi, sui diritti e sulla prevenzione dell'overdose, erogati attraverso materiali, counseling e attività condotte da pari.
8. **Prevenzione e cura delle epatiti virali**: interventi per prevenire, diagnosticare e trattare HBV e HCV, comprendenti la vaccinazione contro l'epatite B, lo screening mirato e la gestione integrata delle coinfezioni con HIV.
9. **Prevenzione e trattamento della tubercolosi**: screening regolare, prevenzione e trattamento della TB, con integrazione tra servizi per la tubercolosi e servizi per l'uso di sostanze, inclusa la terapia preventiva con isoniazide per le persone con HIV.
10. **Prevenzione e gestione dell'overdose**: interventi finalizzati a prevenire le overdose e a gestire le intossicazioni acute, tra cui la distribuzione di naloxone e la formazione della rete sociale della persona.

11. **Sale per il consumo sicuro**: spazi supervisionati in cui le persone possono consumare sostanze in condizioni igieniche e sicure, riducendo i comportamenti a rischio e facilitando l'accesso ai servizi sanitari e sociali.
12. **Outreach e servizi mobili**: interventi di prossimità realizzati attraverso unità mobili o lavoro di strada per raggiungere persone difficilmente accessibili ai servizi, offrendo informazione e counseling, distribuzione di materiale e facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari e sociali.

All'interno di ciascuna macro – area le definizioni operative sono state ulteriormente raggruppate in blocchi tematici, corrispondenti alle fasi o alle componenti dell'intervento: nella macro – area NSP, ad esempio, i blocchi distinguono la fornitura di materiale iniettivo sterile, la fornitura di materiale per la preparazione e il consumo, la gestione della restituzione e dello smaltimento sicuro e la registrazione degli invii ad altri servizi. Questo livello intermedio di organizzazione, pur non essendo oggetto di codifica autonoma, ha svolto una funzione rilevante nell'analisi: ha reso visibile in quale fase del percorso assistenziale si concentrassero le lacune, informazione che sarebbe andata perduta con un elenco piatto di definizioni operative.

La numerosità delle definizioni operative varia sensibilmente tra le macro – aree, da un minimo di cinque a un massimo di diciotto. Tale variabilità riflette il diverso grado di articolazione con cui le linee guida descrivono ciascun ambito: interventi come lo scambio di aghi e siringhe, per i quali esistono raccomandazioni dettagliate su ogni singolo materiale da distribuire, generano un numero maggiore di enunciati verificabili rispetto ad ambiti descritti in termini più generali. Questa disomogeneità va tenuta presente nella lettura dei risultati, poiché il peso di ciascuna macro – area sul totale non è proporzionale alla sua rilevanza sanitaria ma al grado di dettaglio della fonte.

Nel corso della costruzione della griglia, le macro – aree e le relative descrizioni sono state discusse con il Dott. Xavier Ferrer, Direttore tecnico della Fondazione. Da tale confronto, condotto in forma informale, sono emerse alcune osservazioni che qualificano il contenuto degli ambiti di intervento rispetto alla loro formulazione nelle linee guida.

In relazione ai programmi di scambio aghi e siringhe, è stato osservato che la fornitura di materiale sterile non esaurisce la finalità dell'intervento. Accanto alla distribuzione si colloca una funzione educativa: informare sulle modalità di iniezione a rischio differenziato, scoraggiare il consumo in solitudine, e soprattutto accompagnare

l'eventuale passaggio a vie di consumo meno rischiose, ad esempio, dall'iniezione all'inalazione. Il cambio di via di somministrazione è stato indicato come uno degli interventi di maggiore impatto potenziale sulla riduzione del rischio infettivo.

Per la terapia sostitutiva con oppioidi, è stato segnalato uno scarto tra la prospettiva prevalentemente farmacologica e la pratica dei servizi: l'elemento determinante per l'esito del trattamento non è la sostanza in sé ma l'aderenza, e con essa l'accompagnamento relazionale che sostiene la continuità terapeutica nel tempo.

Per il test e counseling HIV, è stata sottolineata la centralità della componente informativa ed educativa che accompagna il test, che nella pratica dei servizi ha peso almeno pari a quello dell'atto diagnostico.

Per la prevenzione e cura delle IST, è stato osservato che l'ambito non può essere ridotto alla dimensione dello screening: la presa in carico terapeutica delle infezioni diagnosticate è parte integrante dell'intervento.

Per i programmi di distribuzione di preservativi, infine, è stato rilevato che la disponibilità gratuita del materiale non garantisce di per sé la sua adozione. L'ostacolo può risiedere in credenze culturali o religiose, in particolare di tipo fatalistico, che attribuiscono a fattori esterni la responsabilità dell'esposizione al rischio. In questi casi l'intervento efficace non è la distribuzione ma il lavoro educativo e di mediazione culturale che la accompagna.

Queste osservazioni condividono una direzione comune: in tutti i casi segnalati, la componente educativa e relazionale risulta meno rappresentata, nella formulazione delle linee guida, rispetto alla componente materiale o prestazionale dell'intervento. Tale scarto ha una conseguenza diretta ai fini della presente analisi, poiché ciò che le linee guida formulano in termini di beni distribuiti o prestazioni erogate si traduce con maggiore facilità in item di un sistema di raccolta dati rispetto a ciò che consiste in una relazione educativa. Questa asimmetria trova riscontro nei risultati presentati al Capitolo 3: le criticità rilevate si concentrano in misura significativa proprio sui campi destinati a registrare contenuti informativi ed educativi.

2.3.2. Dalle raccomandazioni alle definizioni operative

Una volta definite le dodici macro – aree, si è posto il problema di come renderle confrontabili con il modulo IDEAS. Le linee guida, infatti, formulano le proprie raccomandazioni in termini discorsivi e con un grado di generalità che non consente una

verifica puntuale: enunciati come *garantire l'accesso a materiale iniettivo sterile* o *assicurare il collegamento ai servizi di cura* descrivono una finalità, non un'informazione rilevabile. Un sistema di raccolta dati, al contrario, è composto da campi che registrano fatti specifici. Confrontare direttamente i due livelli avrebbe prodotto giudizi arbitrari, perché ogni raccomandazione può dirsi coperta o non coperta a seconda di quanto estensivamente la si interpreti.

Si è resa quindi necessaria una traduzione intermedia. Ciascuna macro – area è stata riletta e articolata in *definizioni operative*: enunciati sintetici, elaborati dall'autrice a partire dal testo delle linee guida, che traducono in termini concreti e verificabili quanto raccomandato per un singolo intervento specifico. Complessivamente sono state elaborate 124 definizioni operative.

Il criterio di formulazione è stato la verificabilità: ogni definizione operativa doveva poter ricevere una risposta univoca alla domanda *IDEAS consente di rilevare questa informazione?* Ne consegue che le definizioni sono formulate in termini di registrazione di un fatto, non di erogazione di un servizio. La raccomandazione relativa alla fornitura di materiale sterile, ad esempio, non è stata tradotta come *il servizio distribuisce siringhe sterili*, enunciato che riguarda l'attività del servizio e non il sistema informativo, ma come *registrazione della distribuzione di siringhe sterili*. La distinzione non è formale: sposta l'oggetto della verifica dall'operato del servizio alla capacità dello strumento di documentarlo, che è ciò che questo lavoro si propone di valutare.

Un secondo criterio è stato l'unitarietà: ciascuna definizione operativa doveva corrispondere a un solo elemento verificabile. Laddove una raccomandazione ne conteneva più di uno, è stata scomposta. La raccomandazione relativa alla fornitura di materiale iniettivo, che le linee guida enunciano in forma aggregata, ha generato così definizioni distinte per aghi, siringhe standard, siringhe a basso volume morto, contenitori per la preparazione, acqua sterile, acidificanti, bicarbonato, filtri, lacci emostatici, tamponi disinfettanti e materiale per il consumo per via inalatoria. Questa scomposizione ha una funzione precisa: consente di distinguere una copertura completa dell'ambito da una copertura parziale in cui alcuni materiali sono registrati e altri no, situazione che trova effettivo riscontro nei risultati presentati nel Capitolo 3.

Un terzo criterio riguarda il livello di applicazione. IDEAS è un sistema di raccolta dati centrato sulla persona assistita: ogni suo campo registra un'informazione relativa a un

individuo. Alcune raccomandazioni delle linee guida si riferiscono invece al livello del centro o del servizio, ad esempio: la disponibilità di un'offerta, l'esistenza di un protocollo, la copertura territoriale di un programma. Definizioni operative di questo tipo non sono confrontabili con IDEAS, non perché il sistema sia carente, ma perché operano su un piano diverso. Quattro definizioni operative inizialmente formulate sono state pertanto eliminate dalla matrice nel corso del confronto interno, in quanto riferite al livello del servizio anziché a quello della persona assistita.

Va infine esplicitato un limite di questa operazione. La formulazione delle definizioni operative è il prodotto di una lettura interpretativa delle linee guida da parte di un singolo valutatore: una diversa articolazione delle medesime raccomandazioni avrebbe potuto generare un numero differente di enunciati, con conseguenze sui valori percentuali riportati nel Capitolo 3. I risultati vanno pertanto letti come descrizione di un profilo di copertura, e non come misura assoluta. Il tema è ripreso al §2.5.

2.3.3. Le linee guida di confronto: criteri di selezione e caratteristiche

Il confronto sistematico richiedeva di stabilire quali documenti di indirizzo assumere come riferimento. La produzione normativa e tecnica in materia di Riduzione del Danno è ampia e stratificata: organismi internazionali, agenzie europee, amministrazioni nazionali e regionali producono documenti che si sovrappongono per contenuto ma differiscono per grado di dettaglio, ambito di applicazione e vincolatività. Utilizzarli tutti avrebbe reso il confronto ingestibile e ridondante; sceglierne uno solo avrebbe vincolato l'analisi alla prospettiva di un singolo livello istituzionale.

Si è optato per una selezione a quattro livelli, individuando un documento di riferimento per ciascuno: internazionale, europeo, nazionale spagnolo e regionale catalano. I primi tre livelli corrispondono al quadro istituzionale entro cui operano i servizi della Fundación Salud y Comunidad, presente con i propri dispositivi su tutto il territorio spagnolo. L'inclusione del livello regionale catalano risponde invece al contesto specifico in cui è stato condotto il presente lavoro: il tirocinio si è svolto a Barcellona, e si è ritenuto rilevante verificare l'allineamento del modulo anche rispetto agli indirizzi dell'amministrazione sanitaria del territorio in cui l'analisi ha avuto luogo. Un modulo di raccolta dati destinato a servizi che operano in contesti regionali differenti deve infatti

risultare compatibile con gli standard dei diversi sistemi sanitari autonomici, e la verifica su un caso concreto consente di rilevare eventuali disallineamenti.

Nella fase preliminare di ricerca bibliografica sono stati individuati, letti e consultati diversi documenti tecnici e linee guida prodotti a ciascuno dei quattro livelli. Tra questi, la selezione è avvenuta secondo due criteri principali. Il primo è l'aggiornamento temporale: a parità di livello istituzionale, è stata privilegiata la versione più recente disponibile. Il secondo è l'ampiezza degli interventi trattati: sono stati privilegiati i documenti che coprivano il maggior numero di tipologie di intervento, così da consentire un confronto il più possibile esaustivo con le macro – aree individuate. Un documento monotematico, per quanto autorevole e aggiornato, avrebbe generato un profilo di copertura fortemente sbilanciato.

I quattro documenti selezionati sono riportati in Tabella 4.

Tabella 4. Linee guida utilizzate nel confronto sistematico.

Sigla	Documento	Ente	Anno	Livello
LG1	*Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users* – 2012 revision[15]	OMS, UNODC, UNAIDS	2012	Internazionale
LG2	*Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs* – 2023 update[16]	ECDC, EMCDDA	2023	Europeo
LG3	*Problemas de salud y recursos utilizados en reducción de daños asociados al consumo de drogas*[17]	OEDA – Ministerio de Sanidad	2024	Nazionale (Spagna)
LG4	*Protocols de reducció de danys*[18]	Agència de Salut Pública de Catalunya	2012	Regionale (Catalogna)

Il documento di OMS, UNODC e UNAIDS costituisce il riferimento internazionale storicamente fondativo per gli interventi rivolti alle persone che si iniettano droghe, e ha fornito, come descritto al §2.3.1, l'ossatura della griglia di macro – aree. Il documento di ECDC ed EMCDDA rappresenta l'aggiornamento europeo più recente in materia di prevenzione e controllo delle malattie infettive in questa popolazione. Riguardo a quest'ultimo si segnala che l'EMCDDA ha mutato denominazione in *European Union Drugs Agency* (EUDA) a partire dal 2 luglio 2024; per i documenti pubblicati prima di tale data si mantiene, per correttezza bibliografica, la denominazione in vigore al momento della pubblicazione.

La selezione presenta un'asimmetria che va dichiarata: i quattro documenti coprono un arco temporale di dodici anni, e i due riferimenti agli estremi cronologici, internazionale e regionale, risalgono entrambi al 2012. Ciò riflette la disponibilità effettiva di documenti di indirizzo ai rispettivi livelli, non una scelta dell'analisi; nel caso catalano, in particolare, i *Protocols de reducció de danys* del 2012 costituiscono il documento operativo di riferimento più ampio disponibile. La conseguenza è che ambiti di intervento affermatisi nel decennio successivo come la distribuzione di naloxone e le sale per il consumo sicuro, risultano trattati in modo diseguale dalle quattro fonti. Questo aspetto è stato tenuto presente nell'interpretazione dei risultati e viene ripreso nel Capitolo 3, dove si verifica se il grado di copertura di IDEAS presenti una relazione con l'anzianità della linea guida di provenienza.

Accanto alle quattro fonti selezionate, nella fase preliminare sono state lette e consultate cinque ulteriori linee guida e documenti tecnici, che non sono stati inclusi nel confronto sistematico ma hanno contribuito alla comprensione del panorama complessivo delle raccomandazioni in materia. Tra questi:

- UNODC, OMS, UNAIDS. *HIV Prevention, Treatment, Care and Support for People Who Use Stimulant Drugs: Technical Guide*[19]
- World Health Organization. *Community management of opioid overdose*[20]
- EMCDDA. *Drug – related infectious diseases: health and social responses*[21]
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 – 2024*[22]

- Agència de Salut Pública de Catalunya. *Pla de Drogues i Addiccions Comportamentals 2019 – 2023*[23]

La distinzione tra fonti incluse nel confronto e fonti consultate è metodologicamente rilevante: soltanto le prime hanno generato codifiche nella matrice, e i valori di copertura riportati nel Capitolo 3 si riferiscono esclusivamente a esse.

2.3.4. Le evidenze scientifiche: strategia di ricerca e ruolo nell'analisi

2.3.4.1. Funzione della letteratura nell'analisi

Prima di descrivere la strategia adottata è necessario chiarire quale funzione la letteratura scientifica svolga all'interno di questo lavoro, poiché da tale funzione discendono le scelte metodologiche compiute.

L'oggetto dell'analisi è il confronto tra il modulo IDEAS – RdD e le raccomandazioni delle linee guida. La domanda a cui il lavoro risponde non riguarda l'efficacia degli interventi di Riduzione del Danno, questione già affrontata da un'ampia letteratura e non oggetto di verifica in questa sede, ma la capacità di uno strumento di raccolta dati di documentare tali interventi. La letteratura scientifica assume pertanto una funzione di supporto: serve a verificare che le macro – aree individuate a partire dalle linee guida corrispondano ad ambiti di intervento sostenuti da evidenza empirica, e non soltanto a raccomandazioni di indirizzo.

Da questa premessa discende la scelta di condurre una ricerca narrativa strutturata anziché una revisione sistematica. La ricerca narrativa strutturata adotta criteri espliciti e documentabili di selezione, ma non persegue l'esaustività: è la forma appropriata quando la letteratura sostiene un'argomentazione senza costituirne l'oggetto. Una revisione sistematica avrebbe richiesto una domanda di ricerca di tipo diverso, con popolazione, intervento, comparatore ed esito definiti, che avrebbe modificato la natura stessa del lavoro.

2.3.4.2. Strategia di selezione

Le evidenze a supporto delle macro – aree sono state individuate attraverso una ricerca mirata su PubMed, integrata dall'esame delle bibliografie delle linee guida analizzate e degli studi via via reperiti (*citation chasing*). Sono state privilegiate revisioni sistematiche e meta – analisi, selezionando per ciascuna macro – area un numero limitato di sintesi di

alto livello anziché studi primari: la scelta risponde alla funzione di supporto attribuita alla letteratura, per la quale una sintesi di evidenza consolidata risulta più adeguata di un singolo studio, per quanto rigoroso.

Ciascun riferimento è stato verificato individualmente su PubMed, con controllo di identificativo PMID e DOI, e reperito in versione integrale prima dell'inclusione. Sono stati complessivamente selezionati dieci studi, codificati nella matrice con i codici A1 – A10 ed elencati in Allegato D.

2.3.4.3. Ricerca di verifica

Al fine di verificare la solidità della selezione, in data 13 agosto 2026 è stata condotta una ricerca strutturata di controllo su PubMed. La stringa impiegata combinava i termini relativi all'approccio di Riduzione del Danno e alla popolazione delle persone che usano droghe per via iniettiva, senza vincolo sull'esito, così da non escludere per costruzione le macro – aree meno rappresentate:

("Harm Reduction"[Mesh] OR "harm reduction"[tiab]) AND ("Substance Abuse, Intravenous"[Mesh] OR "Drug Users"[Mesh] OR "people who inject drugs"[tiab] OR "PWID"[tiab] OR "people who use drugs"[tiab]) AND (effectiveness[tiab] OR efficacy[tiab] OR coverage[tiab] OR impact[tiab] OR outcomes[tiab])

La ricerca è stata progressivamente ristretta secondo i passaggi riportati in Tabella 5.

Tabella 5. Ricerca di verifica su PubMed (13 agosto 2026).

Passaggio	Criterio applicato	Risultati
1	Stringa relativa ad approccio e popolazione, senza filtri	11.609
2	Revisioni sistematiche, meta – analisi e revisioni; 2010 – 2026; lingue inglese, italiano, spagnolo	1.079
3	Restrizione ai soli disegni di revisione sistematica e meta – analisi	396
4	Vincolo su efficacia, copertura o esiti	52

La restrizione al terzo passaggio risponde all'esigenza di selezionare sintesi condotte con metodologia esplicita, escludendo il tipo di pubblicazione *Review* generico, che in PubMed comprende anche rassegne narrative e contributi privi di metodologia di

selezione dichiarata. Va precisato che tale filtro opera sulla classificazione attribuita in fase di indicizzazione: lo screening ha infatti rilevato, tra i record risultanti, alcune revisioni di tipo narrativo o strutturato non classificate come tali nel database.

2.3.4.4. Esiti dello screening

I 52 record risultanti sono stati sottoposti a screening di titolo e abstract. Gli esiti sono riportati in Tabella 6.

Tabella 6. Esiti dello screening dei 52 record.

Esito	**N.**
Pertinenti	34
Non pertinenti	18
Totale	**52**

Sono stati considerati pertinenti gli studi che valutano efficacia, copertura o esiti di un intervento riconducibile a una delle dodici macro – aree. I 18 record esclusi lo sono stati per i seguenti motivi: studi di prevalenza o di natura epidemiologica, che descrivono la diffusione di un fenomeno senza valutare un intervento (7); interventi non riconducibili alle macro – aree analizzate, quali servizi di *drug checking*, misure di diversione dal sistema penale o analisi di modelli legislativi (7); patologie o popolazioni specifiche non riferibili all'ambito della Riduzione del Danno (3); analisi di soli costi, prive di dati su efficacia o copertura (1).

La ricerca di verifica ha confermato la solidità della selezione effettuata. Quattro dei dieci studi selezionati compaiono direttamente tra i risultati; i restanti sei non vi compaiono per ragioni identificabili, riconducibili alla terminologia impiegata negli abstract (alcuni studi sulla terapia sostitutiva non utilizzano l'espressione *harm reduction*) o al disegno di studio, che nel caso di uno studio di consenso e di un'analisi di coorti con emulazione di trial non rientra nei filtri applicati. L'esame degli abstract dei 34 studi pertinenti non ha evidenziato sintesi di livello superiore a quelle già incluse per le macro – aree coperte.

2.3.4.5. Attribuzione alle macro – aree

Ciascuno studio selezionato è stato attribuito alle macro – aree di cui fornisce supporto, distinguendo due livelli:

- **Supporto principale (P)**: la macro – area costituisce oggetto diretto dello studio, con esiti misurati e riportati.
- **Supporto secondario (S)**: la macro – area compare nello studio come esito collaterale, meccanismo esplicativo o elemento di contesto.

Un medesimo studio può quindi sostenere più macro – aree a livelli differenti. La distinzione consente di rappresentare nella matrice non soltanto la presenza di evidenza, ma anche la sua centralità rispetto all'ambito considerato.

2.3.4.6. Un risultato metodologico: la distribuzione disomogenea della letteratura

Lo screening dei 52 record ha prodotto un dato che eccede la finalità di verifica per cui la ricerca era stata condotta. I 34 studi pertinenti si distribuiscono su sette delle dodici macro – aree analizzate, con una concentrazione marcata su alcuni ambiti: i programmi di scambio aghi e siringhe sono oggetto di 18 studi, la prevenzione e cura delle epatiti virali di 7, le sale per il consumo sicuro di 7, la terapia sostitutiva con oppioidi di 8, la prevenzione e gestione dell'overdose di 5. Gli interventi di informazione, educazione e comunicazione e quelli di prossimità compaiono esclusivamente come supporto secondario all'interno di studi dedicati ad altri ambiti.

Cinque macro – aree: test e counseling HIV, terapia antiretrovirale, prevenzione e cura delle IST, distribuzione di preservativi e prevenzione e trattamento della tubercolosi, non hanno trovato riscontro in revisioni che le assumano come oggetto principale. Terapia antiretrovirale e tubercolosi compaiono in alcuni abstract come riferimenti collaterali, all'interno di studi dedicati ad altri interventi; le infezioni sessualmente trasmissibili risultano menzionate in tre soli risultati.

Questa distribuzione non va interpretata come lacuna della ricerca condotta, ma come caratteristica della letteratura disponibile. La produzione scientifica sulla Riduzione del Danno si concentra sugli interventi che ne costituiscono il nucleo distintivo e che sono stati oggetto di controversia scientifica e politica: scambio di aghi e siringhe, terapia sostitutiva con oppioidi, sale per il consumo sicuro, ambiti per i quali la necessità di dimostrare efficacia ha generato un corpus consolidato di sintesi. Gli ambiti clinici

correlati, per i quali l'efficacia dell'intervento non è in discussione e la questione riguarda semmai l'accesso, sono invece trattati prevalentemente all'interno di altre letterature specialistiche, che non assumono la Riduzione del Danno come cornice di riferimento.
Il dato assume rilievo interpretativo nella lettura dei risultati, poiché tre delle cinque macro – aree prive di supporto principale in letteratura quali: terapia antiretrovirale, IST e tubercolosi, risultano anche tra quelle con il profilo di copertura più critico da parte di IDEAS. La convergenza tra scarsa rappresentazione in letteratura e scarsa rappresentazione nello strumento suggerisce che entrambe rispondano a una medesima causa: la percezione di tali ambiti come esterni al perimetro proprio della Riduzione del Danno.

2.3.4.7. Limiti

La strategia adottata presenta quattro limiti da dichiarare. In primo luogo, la ricerca non è esaustiva: studi rilevanti che non impieghino nei titoli o negli abstract la terminologia utilizzata nella stringa possono non essere stati individuati; circostanza verificatasi, come descritto sopra, per sei dei dieci studi selezionati. In secondo luogo, la selezione, lo screening e l'attribuzione alle macro – aree sono stati condotti da un singolo valutatore, senza verifica indipendente né misurazione della concordanza. In terzo luogo, la scelta di privilegiare sintesi di alto livello comporta che ambiti di intervento più recenti, per i quali le revisioni sistematiche sono meno numerose, risultino sostenuti da un minor numero di riferimenti indipendentemente dalla loro rilevanza sanitaria. In quarto luogo, i filtri per tipo di pubblicazione operano sulla classificazione attribuita in fase di indicizzazione e non sul contenuto effettivo degli studi: lo screening ha rilevato tra i risultati alcune revisioni narrative nonostante l'applicazione del filtro relativo ai disegni di revisione sistematica e meta – analisi.

2.3.5. I criteri di valutazione: copertura e qualità degli item

L'analisi si è avvalsa di due sistemi di codifica distinti, applicati a oggetti diversi e con finalità diverse. Il primo misura la copertura, ossia se e in che misura una definizione operativa risulti coperta da ciascuna linea guida e dal modulo IDEAS. Il secondo valuta la qualità intrinseca degli item già presenti in IDEAS come strumenti di rilevazione, indipendentemente da quanto raccomandato dalle linee guida.

La distinzione è centrale e merita di essere esplicitata, poiché i due sistemi rispondono a domande differenti. La verifica di copertura risponde alla domanda *IDEAS consente di rilevare questa informazione?* La valutazione qualitativa risponde alla domanda *l'item che la rileva funziona bene come strumento di raccolta dati?* Un item può coprire pienamente una definizione operativa ed essere al tempo stesso formulato in modo ambiguo, o difficilmente compilabile nel contesto operativo di un servizio a bassa soglia. Le due valutazioni sono pertanto complementari e non sovrapponibili.

2.3.5.1. Copertura da parte delle linee guida

Per ciascuna definizione operativa è stato verificato il grado di copertura da parte di ciascuna delle quattro linee guida di riferimento, secondo tre categorie:

- **F** (*Full*): la definizione operativa è coperta dalla linea guida in modo diretto, esplicito e completo.
- **P** (*Partial*): la definizione operativa è coperta solo parzialmente, in modo indiretto, implicito o incompleto.
- **A** (*Absent*): la definizione operativa non è coperta dalla linea guida.

Questa codifica, applicata a quattro fonti indipendenti, consente di ricavare per ciascuna definizione operativa un indicatore del grado di consenso tra i documenti di indirizzo. Una definizione codificata F da tutte e quattro le linee guida corrisponde a una raccomandazione su cui esiste accordo ai quattro livelli istituzionali considerati; una definizione codificata F da una sola fonte segnala invece un elemento su cui il consenso è limitato. Tale informazione ha svolto una funzione diretta nell'elaborazione delle raccomandazioni, descritta al §2.4: l'assenza di un elemento in IDEAS assume peso diverso a seconda che si tratti di una raccomandazione condivisa da tutte le fonti o presente in una sola.

2.3.5.2. Copertura da parte del modulo IDEAS

Il grado di copertura da parte del modulo IDEAS – RdD, che costituisce il dato centrale dell'analisi, è stato codificato secondo tre livelli:

- **Copertura completa**: IDEAS contiene almeno un item che misura direttamente ed esplicitamente la definizione operativa, senza necessità di inferenza da parte dell'operatore o dell'analista.

- **Copertura parziale**: IDEAS contiene item correlati che coprono solo in parte la definizione operativa, oppure la misurano in modo indiretto, oppure la rilevano in forma dispersa su più sezioni del sistema.
- **Assenza di copertura**: nessun item di IDEAS consente di ricavare informazioni sulla definizione operativa, nemmeno indirettamente.

Nella matrice i tre livelli sono resi anche mediante codifica cromatica (verde, giallo, rosso), che consente una lettura immediata del profilo di copertura per macro – area.

La categoria di copertura parziale merita una precisazione, poiché raccoglie situazioni eterogenee che nel Capitolo 3 vengono distinte. Vi rientrano i casi in cui l'informazione è presente ma non disaggregata al livello richiesto. Ad esempio, un campo che registra l'avvenuta erogazione di un intervento senza specificarne il contenuto; i casi in cui l'informazione è ricostruibile solo combinando campi collocati in sezioni diverse del sistema, senza che esista un collegamento strutturato tra di essi; e i casi in cui l'item esiste ma è formulato in termini che ne rendono incerta l'interpretazione. La distinzione tra queste situazioni non incide sulla codifica, ma orienta il tipo di raccomandazione formulata.

Per ogni definizione operativa con copertura completa o parziale è stato inoltre registrato il riferimento puntuale all'interno del modulo: documento di appartenenza, sezione e pagina, con l'indicazione testuale del campo. Tale registrazione assolve a due funzioni: rende verificabile la codifica assegnata e consente alla Fondazione di individuare direttamente l'item su cui intervenire.

2.3.5.3. Valutazione qualitativa degli item

La valutazione qualitativa è stata condotta su tutti gli item già presenti in IDEAS, ossia sulle definizioni operative con copertura completa o parziale: complessivamente 98 item su 124. Le 26 definizioni prive di copertura non sono state incluse in questa fase, non essendovi alcun item da valutare. Ciascun item è stato valutato su tutti e tre i criteri, così che l'analisi qualitativa risulta sistematica e non limitata agli item che presentavano criticità evidenti.

La valutazione si è articolata su tre criteri, ciascuno codificato su tre livelli secondo le definizioni riportate in Tabella 7.

Tabella 7. Criteri di valutazione qualitativa degli item IDEAS.

Livello	PERTINENZA	CHIAREZZA	APPLICABILITA'
Adeguato	L'item raccoglie un'informazione direttamente utile per descrivere, monitorare o valutare una o più attività core di un servizio di RdD, coerentemente con almeno una delle linee guida analizzate.	L'item ha una formulazione inequivocabile: il costrutto misurato è esplicito, le istruzioni di compilazione sono chiare, le opzioni di risposta sono mutuamente esclusive ed esaustive, e non richiede inferenze da parte dell'operatore.	L'item può essere compilato in modo routinario senza richiedere risorse, competenze o tempi aggiuntivi rispetto alla normale operatività del servizio; l'informazione richiesta è accessibile all'operatore nel contesto del contatto con l'utente.
Parzialmente adeguato	L'item raccoglie un'informazione utile al servizio ma in modo indiretto, generico o solo parzialmente allineato con le attività di RdD; la sua utilità dipende dal contesto specifico del servizio.	L'item presenta almeno una delle seguenti criticità: formulazione parzialmente ambigua, opzioni di risposta non completamente esaustive o mutuamente esclusive, istruzioni di compilazione assenti o insufficienti, costrutto misurato non immediatamente evidente.	L'item può essere compilato ma presenta almeno una delle seguenti criticità: richiede tempo o risorse aggiuntive, dipende da informazioni non sempre disponibili al momento del contatto, oppure la sua compilazione sistematica è realistica solo in alcuni contesti o con alcuni profili di utenti.

Non adeguato	L’item raccoglie un'informazione non pertinente o marginale rispetto alle finalità di un servizio di RdD, oppure la sua utilità per il monitoraggio delle attività di RdD non è dimostrabile.	L’item è formulato in modo tale da generare interpretazioni sistematicamente diverse tra operatori diversi, oppure il costrutto misurato è indefinito, oppure le opzioni di risposta sono inadeguate al punto da rendere la compilazione inaffidabile.	L’item non può essere compilato in modo sistematico nel contesto operativo di un servizio di RdD a bassa soglia perché richiede informazioni strutturalmente inaccessibili all’operatore, oppure il suo livello di complessità è incompatibile con i tempi e le modalità del contatto con l’utente.

I tre criteri sono stati scelti in quanto corrispondenti alle condizioni che un item deve soddisfare per generare un dato utilizzabile. La pertinenza riguarda il contenuto: un item può essere formulato perfettamente e restare inutile se rileva un’informazione priva di rilevanza per il servizio. La chiarezza riguarda la formulazione: un item ambiguo genera dati non comparabili tra operatori, e quindi non aggregabili. L’applicabilità riguarda le condizioni d’uso: un item chiaro e pertinente ma non compilabile nei tempi reali del contatto produce dati mancanti o compilazioni di comodo. Il criterio dell’applicabilità assume rilievo particolare in questo ambito, dove la brevità e l’informalità del contatto rappresentano condizioni strutturali.

Va infine segnalato che la valutazione qualitativa incorpora un elemento valutativo maggiore rispetto alla verifica di copertura. Mentre quest’ultima può essere ricondotta al riscontro documentale della presenza o assenza di un campo, la valutazione di pertinenza, chiarezza e applicabilità richiede un giudizio professionale sulle condizioni operative del servizio. Tale giudizio è stato espresso da un singolo valutatore, con formazione ed

esperienza professionale in servizi socio – sanitari a bassa soglia, e successivamente sottoposto a confronto con la guida di tirocinio. Il limite che ne deriva è discusso al §2.5.

2.4. Fasi procedurali e confronto interno con la Fondazione

Lo studio ha adottato un disegno di tipo osservazionale – descrittivo, basato su analisi documentale comparativa, articolato nelle cinque fasi descritte di seguito. L'intera analisi è stata condotta e documentata all'interno della matrice di valutazione, secondo la struttura riportata in Tabella 2.

2.4.1. Prima fase: costruzione della griglia di riferimento

La prima fase è consistita nella lettura delle linee guida selezionate, nell'individuazione delle dodici macro – aree e nella loro articolazione in definizioni operative, secondo i criteri descritti ai §2.3.1 e §2.3.2. In questa fase sono state inoltre elaborate le descrizioni sintetiche di ciascuna macro – area e individuate le evidenze scientifiche a supporto (§2.3.4).

2.4.2. Seconda fase: analisi documentale comparativa

Per ciascuna delle 124 definizioni operative è stato verificato, in primo luogo, il grado di copertura da parte di ciascuna delle quattro linee guida di riferimento, codificato secondo le categorie F, P e A.

In secondo luogo, ed è questo il dato centrale ai fini della valutazione, è stato verificato il grado di copertura da parte del modulo IDEAS – RdD, codificato secondo i tre livelli di copertura completa, parziale o assente. La verifica è stata condotta attraverso la lettura sistematica dei due documenti che compongono il modulo, riportando per ciascuna definizione coperta il riferimento puntuale alla sezione e al campo corrispondente.

Il confronto sistematico ha permesso di individuare, per ciascuna macro – area, le definizioni operative non coperte, quelle coperte parzialmente e le eventuali sovrapposizioni rispetto a quanto raccomandato dalle linee guida.

2.4.3. Terza fase: analisi qualitativa degli item

Per le 98 definizioni operative con copertura completa o parziale è stata condotta la valutazione qualitativa degli item corrispondenti secondo i criteri di pertinenza, chiarezza

e applicabilità operativa descritti al §2.3.5.3. La valutazione è stata condotta indipendentemente dalla verifica di copertura: un item pienamente corrispondente a quanto raccomandato dalle linee guida può risultare inadeguato come strumento di rilevazione, e viceversa.

2.4.4. Quarta fase: elaborazione delle proposte di miglioramento

Sulla base delle criticità emerse nelle fasi precedenti sono state formulate proposte di miglioramento, articolate in tre tipologie: riformulazione testuale di item esistenti, integrazione di nuove variabili non attualmente previste dal modulo, ed eliminazione di item ridondanti o non pertinenti.

L'elaborazione delle proposte ha seguito due criteri.

Il primo è il grado di sostegno: una raccomandazione è stata considerata tanto più solida quanto più ancorata a una logica esplicita, quale la presenza dell'elemento in tutte e quattro le linee guida, il suo riconoscimento come indicatore di qualità in letteratura, oppure la sua assenza in IDEAS a fronte della presenza in strumenti di valutazione analoghi. Corrispondentemente, per elementi presenti in una sola linea guida e privi di supporto in letteratura, la proposta è stata formulata in termini di opportunità da valutare anziché di intervento necessario.

Il secondo criterio è la parsimonia: nuove variabili sono state proposte soltanto quando l'elemento risultava discretamente operazionalizzabile, ossia traducibile in un campo compilabile nel contesto reale del contatto con la persona. Elementi di natura strategica o epidemiologica, pur presenti nelle linee guida, non hanno generato proposte di integrazione. Questo criterio risponde a un vincolo esplicito dell'analisi: ogni campo aggiunto a IDEAS comporta un costo in termini di tempo di compilazione e di formazione del personale, e la proposta di miglioramento deve pertanto giustificare il proprio beneficio informativo rispetto a tale costo.

Una parte rilevante delle proposte non riguarda singoli item ma modifiche strutturali del modulo, in grado di risolvere simultaneamente più lacune. Tali proposte derivano dall'individuazione dei pattern trasversali descritti al §3.4 e sono trattate separatamente nel Capitolo 3.

2.4.5. Quinta fase: confronto interno e integrazione delle proposte

Le proposte elaborate sono state esaminate congiuntamente con la guida di tirocinio Daniel Urbina, responsabile dell'area *Gestión del Conocimiento*, attraverso un confronto diretto sulla matrice di valutazione. Un confronto analogo, relativo alla costruzione delle macro – aree, si era svolto in fase iniziale con il Dott. Xavier Ferrer, Direttore tecnico della Fondazione (§2.3.1).

Entrambi i confronti si sono svolti in forma informale e non strutturata: non è stata adottata una metodologia di consenso formalizzata, non sono stati impiegati strumenti di raccolta strutturata dei pareri, né è stato coinvolto un numero più ampio di operatori dei servizi. Le osservazioni raccolte hanno avuto natura di contributo esperto individuale, e come tali vanno interpretate.

Il confronto con la guida di tirocinio ha prodotto tre tipi di esito. In alcuni casi ha condotto a una revisione della codifica di copertura, quando la conoscenza approfondita del sistema da parte della guida ha permesso di individuare riferimenti già presenti in IDEAS ma non identificati nella fase preliminare dell'analisi, condotta in autonomia. In altri casi ha prodotto modifiche direttamente applicate al sistema, recepite dalla Fondazione nel corso del tirocinio. In altri ancora ha portato all'eliminazione di definizioni operative risultate riferite al livello del centro o del servizio anziché a quello della persona assistita, coerentemente con l'impostazione di IDEAS (§2.3.2). Gli esiti quantitativi di questo confronto sono riportati al §3.5.

Alcune proposte, infine, non sono state implementate al momento della conclusione del lavoro e restano agli atti della Fondazione per una futura valutazione. Sono descritte anch'esse al §3.5.

2.5. Limiti metodologici dell'analisi

L'impianto metodologico descritto nei paragrafi precedenti presenta alcuni limiti che è necessario esplicitare, poiché condizionano la portata dei risultati riportati nel Capitolo 3 e il grado di generalizzabilità delle conclusioni. Si tratta di limiti relativi al metodo di analisi; i limiti del lavoro nel suo complesso sono discussi al §6.5.

2.5.1. Valutatore singolo e assenza di verifica di concordanza

Il limite principale riguarda il fatto che l'intera analisi, ovvero: costruzione delle definizioni operative, codifica della copertura da parte delle linee guida e di IDEAS, valutazione qualitativa dei 98 item, è stata condotta da un singolo valutatore, con successiva integrazione derivante dal confronto con la guida di tirocinio.

Non è stata effettuata una valutazione indipendente da parte di più valutatori, né è stata condotta una verifica formale della concordanza. Ciò introduce un certo margine di soggettività nella classificazione. Tale margine risulta limitato nella verifica della copertura, poiché questa si basa prevalentemente sul riscontro documentale della presenza o dell'assenza di uno specifico campo, mentre assume maggiore rilevanza nella valutazione qualitativa, in cui i criteri di pertinenza, chiarezza e applicabilità richiedono un giudizio professionale rispetto alle condizioni operative del servizio.

Va inoltre osservato che il confronto con la guida di tirocinio, pur avendo apportato correzioni sostanziali alla codifica, non costituisce una verifica indipendente in senso metodologico: si è trattato di una revisione congiunta a partire dalla codifica già effettuata, e non di una valutazione condotta in cieco.

2.5.2. Dipendenza dei risultati dall'articolazione delle definizioni operative

I valori percentuali di copertura riportati nel Capitolo 3 dipendono dal numero e dall'articolazione delle definizioni operative, che sono il prodotto di una lettura interpretativa delle linee guida (§2.3.2). Una diversa scomposizione delle medesime raccomandazioni avrebbe generato un numero differente di enunciati e, di conseguenza, percentuali differenti.

Ciò vale in particolare per il confronto tra macro – aree, la cui numerosità varia da cinque a diciotto definizioni operative. Tale variabilità riflette il grado di dettaglio con cui le linee guida descrivono ciascun ambito, non la sua rilevanza sanitaria: una macro – area con molte definizioni operative pesa maggiormente sul dato complessivo pur non essendo necessariamente più importante. I risultati vanno pertanto letti come descrizione di un profilo di copertura e non come misura assoluta.

2.5.3. Unidirezionalità del confronto

L'analisi ha verificato sistematicamente se e quanto IDEAS coprisse le definizioni operative derivate dalle linee guida, ma non ha esaminato la direzione opposta: non è stato verificato se il modulo raccolga già informazioni aggiuntive, non esplicitamente raccomandate dalle quattro fonti analizzate.

Un'analisi in questa direzione potrebbe rivelare due situazioni di segno opposto. Da un lato, dati potenzialmente utili non ancora valorizzati, che il sistema raccoglie per finalità proprie della Fondazione e che potrebbero risultare rilevanti anche ai fini del monitoraggio degli interventi. Dall'altro, campi ridondanti che contribuiscono al carico amministrativo senza un chiaro beneficio informativo. La verifica di entrambe le ipotesi eccede l'ambito del presente lavoro e viene indicata tra le prospettive di approfondimento al §6.5.

2.5.4. Limiti derivanti dalla selezione delle linee guida

Il profilo di copertura rilevato dipende dai quattro documenti assunti come riferimento. Una diversa selezione avrebbe prodotto una griglia di macro – aree parzialmente differente e, di conseguenza, un diverso insieme di definizioni operative.

Due aspetti in particolare vanno tenuti presenti. Il primo è l'arco temporale coperto dalle fonti, che si estende dal 2012 al 2024 (§2.3.3): ambiti di intervento affermatisi nel decennio più recente risultano trattati in modo diseguale dalle quattro linee guida, e il grado di consenso rilevato per tali ambiti ne risulta condizionato. Il secondo è la rappresentatività del livello regionale: la scelta del documento catalano, motivata dal contesto in cui è stato svolto il tirocinio, verifica l'allineamento del modulo rispetto a una sola delle comunità autonome in cui la Fondazione opera.

Infine, l'analisi si è concentrata sulle dodici macro – aree ritenute più diffuse e più frequentemente citate: interventi meno rappresentati nelle linee guida analizzate potrebbero non essere stati colti dall'attuale disegno dello studio.

2.5.5. Assenza di verifica sul campo

L'analisi ha natura documentale. La valutazione di applicabilità operativa degli item, in particolare, è stata espressa sulla base della conoscenza dei contesti di lavoro a bassa

soglia, ma non è stata verificata attraverso l'osservazione diretta della compilazione né attraverso la raccolta sistematica del parere degli operatori dei servizi.
Il modulo, come descritto al §2.2, non è del resto ancora stato implementato: una verifica sul campo non era pertanto possibile al momento in cui l'analisi è stata condotta. Ne consegue che le valutazioni di applicabilità hanno carattere previsionale e richiederebbero conferma in una fase di sperimentazione pratica. Analogamente, la prospettiva delle persone assistite, destinatarie finali degli interventi che il sistema documenta, non è stata raccolta in alcuna fase del lavoro.

2.5.6. Limiti relativi alla ricerca delle evidenze

I limiti specifici della strategia di ricerca bibliografica: non esaustività, valutatore singolo, penalizzazione degli ambiti di intervento più recenti e dipendenza dei filtri dalla classificazione attribuita in fase di indicizzazione, sono stati descritti al §2.3.4 e non vengono qui ripetuti.

CAPITOLO 3 – RISULTATI DELL'ANALISI DI IDEAS

Nella lettura dei risultati va tenuto presente che il modulo non è stato progettato sulla base delle linee guida assunte come riferimento (§2.2). Il grado di copertura rilevato misura quindi la distanza tra il modulo e un criterio esterno alla sua progettazione, cioè le raccomandazioni delle linee guida, e non la coerenza del modulo con le finalità che ne hanno orientato la costruzione: le valutazioni già realizzate nei centri, le variabili che i servizi hanno ritenuto pertinenti e le richieste informative degli enti finanziatori.

3.1. Quadro generale della copertura

Il presente capitolo riporta gli esiti dell'analisi condotta secondo la metodologia descritta nel Capitolo 2. Sono state complessivamente analizzate 124 definizioni operative, distribuite sulle dodici macro – aree individuate, per ciascuna delle quali è stato verificato il grado di copertura da parte del modulo IDEAS – RdD.

3.1.1. Il dato complessivo

La distribuzione complessiva della copertura è riportata in Tabella 8.

Tabella 8. Grado di copertura del modulo IDEAS rispetto alle definizioni operative analizzate.

Copertura IDEAS	**N**	**%**
Completa	39	31,5 %
Parziale	59	47,6 %
Assente	26	21,0 %
Totale	**124**	**100,00%**

Poco meno di un terzo delle definizioni operative risulta pienamente coperto dal modulo, quasi la metà è coperta solo parzialmente e circa un quinto risulta priva di copertura.
Il dato più rilevante non è tuttavia la quota di definizioni non coperte, ma il peso della copertura parziale, che riguarda quasi la metà del totale. Le lacune assolute sono, in un certo senso, il problema più semplice: un elemento assente può essere aggiunto. La copertura parziale segnala invece situazioni in cui il sistema raccoglie l'informazione

senza però renderla utilizzabile. Questo accade, ad esempio, perché l'informazione non è disaggregata al livello necessario, perché dispersa su più sezioni senza collegamento strutturato, oppure perché formulata in termini che ne rendono incerta l'interpretazione. Sono queste le situazioni che richiedono interventi di riformulazione anziché di semplice integrazione, e che alimentano i pattern trasversali descritti al §3.4.

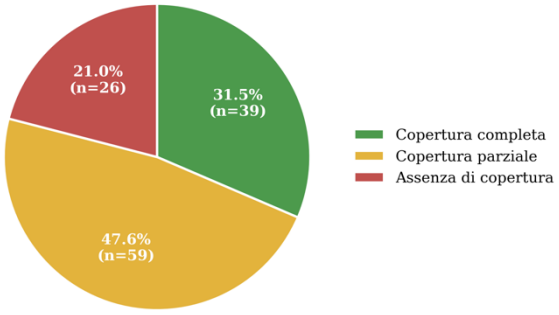


***Figura 1**. Distribuzione della copertura del modulo IDEAS – RdD rispetto alle definizioni operative analizzate (N = 124).*

3.1.2. La distribuzione per macro – area

Il dato aggregato nasconde una distribuzione fortemente disomogenea. La figura 2 mostra il Profilo di copertura del modulo IDEAS – RdD per macro – area, espresso in percentuale sul totale delle definizioni operative di ciascun ambito. Le macro – aree sono ordinate per quota decrescente di copertura completa; il valore riportato a destra indica il numero di definizioni operative per macro – area.

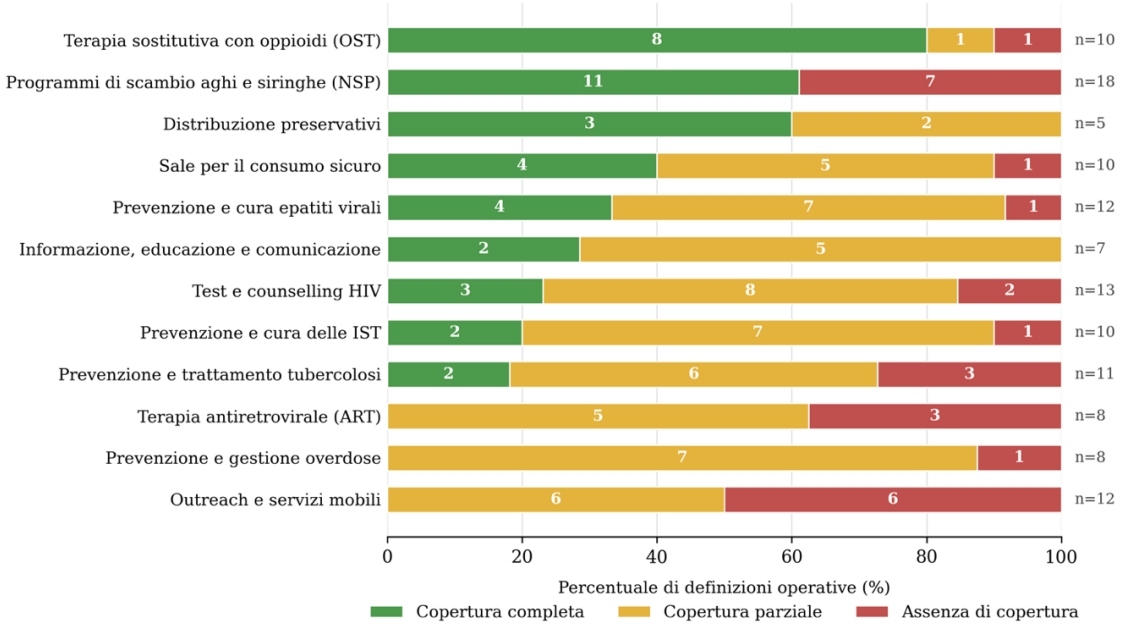


***Figura 2**. Profilo di copertura del modulo IDEAS – RdD per macro - area.*

La Tabella 9 riporta il grado di copertura per ciascuna macro – area, ordinata per percentuale decrescente di copertura completa.

Tabella 9. Grado di copertura del modulo IDEAS per macro – area.

Macro – area	Def. Op.	Completa	Parziale	Assente	% completa
Terapia sostitutiva con oppioidi (OST)	10	8	1	1	80%
Programmi di scambio aghi e siringhe (NSP)	18	11	0	7	61,1 %
Distribuzione preservativi	5	3	2	0	60%
Sale per il consumo sicuro	10	4	5	1	40,0%
Prevenzione e cura epatiti virali (HBV/HCV)	12	4	7	1	33,3%
Informazione, educazione e comunicazione (IEC)	7	2	5	0	28,6%
Test e counseling HIV	13	3	8	2	23,1%
Prevenzione e cura delle IST	10	2	7	1	20%
Prevenzione e trattamento tubercolosi (TB)	11	2	6	3	18,2%
Terapia antiretrovirale (ART)	8	0	5	3	0,0%
Prevenzione e gestione overdose	8	0	7	1	0,0%
Outreach e servizi mobili	12	0	6	6	0,0%
Totale	**124**	**39**	**59**	**26**	**31,5%**

La lettura per macro – area consente di distinguere tre profili.

Un primo gruppo presenta copertura completa prevalente: terapia sostitutiva con oppioidi, programmi di scambio aghi e siringhe e distribuzione di preservativi superano tutti il 60% di definizioni operative pienamente coperte. Si tratta degli interventi storicamente più

consolidati nella pratica della Riduzione del Danno, per i quali esistono indicatori di monitoraggio standardizzati e una base di evidenza estesa.

Un secondo gruppo, il più numeroso, presenta copertura parziale prevalente: sale per il consumo sicuro, epatiti virali, IEC, test e counseling HIV, IST e tubercolosi. In questi ambiti IDEAS raccoglie informazioni pertinenti, ma in forma incompleta o indiretta.

Un terzo gruppo: terapia antiretrovirale, prevenzione e gestione dell'overdose, outreach e servizi mobili, presenta il profilo più critico, con nessuna definizione operativa pienamente coperta. In questi ambiti, anche laddove IDEAS raccoglie informazioni rilevanti, lo fa sempre in modo indiretto o incompleto rispetto a quanto raccomandato. Il caso degli interventi di prossimità è il più marcato dell'intera analisi: metà delle definizioni operative non trova alcun riscontro nel sistema, e per nessuna si registra copertura completa.

3.1.3. La copertura del modulo: rilevanza della natura dell'intervento rispetto alla cronologia delle linee guida

La copertura non dipende dall'anzianità della linea guida di provenienza. Come anticipato al §2.3.3, l'arco temporale coperto dalle quattro fonti poteva far ipotizzare una relazione tra la data del documento di origine di ciascuna macro – area e il suo grado di copertura in IDEAS. I dati non confermano tale ipotesi. Le due macro – aree con copertura completa più elevata, cioè terapia sostitutiva e scambio di aghi e siringhe, e due delle tre più critiche, cioè terapia antiretrovirale e outreach, derivano tutte dalla medesima fonte internazionale del 2012. Analogamente, le due macro – aree derivate dal documento europeo del 2023 presentano profili opposti: le sale per il consumo sicuro raggiungono il 40% di copertura completa, mentre la prevenzione dell'overdose non ne registra alcuna. Il grado di copertura appare quindi correlato alla natura dell'intervento e alla sua traducibilità in dati strutturati, non alla cronologia della raccomandazione.

La copertura è maggiore dove l'intervento consiste in una transazione materiale. Gli ambiti meglio coperti corrispondono a interventi il cui esito è un oggetto consegnato o una prestazione erogata in un momento definito: una siringa distribuita, una dose somministrata, un preservativo consegnato. Gli ambiti meno coperti corrispondono invece a interventi che consistono in un processo relazionale o educativo, in un collegamento tra servizi, oppure nella combinazione di un contenuto con il contesto in

cui viene erogato. Questa osservazione trova riscontro nella direzione già emersa dal confronto interno con il Dott. Xavier Ferrer (§2.3.1), secondo cui la componente educativa e relazionale degli interventi risulta meno rappresentata rispetto alla componente materiale già nella formulazione delle linee guida. Il tema è ripreso nel Capitolo 6.

3.2. Risultati per macro – area

I paragrafi che seguono riportano gli esiti dell'analisi per ciascuna delle dodici macro – aree. Per ognuna sono indicati il grado di copertura delle definizioni operative, la loro distribuzione all'interno dei blocchi tematici, gli esiti della valutazione qualitativa degli item esistenti e le criticità principali rilevate. Le macro – aree sono presentate nell'ordine in cui compaiono nella matrice di analisi; l'estensione della trattazione varia in funzione del numero di definizioni operative che ciascuna comprende.

3.2.1. Programmi di scambio aghi e siringhe (NSP)

Copertura: delle 18 definizioni operative, 11 risultano completamente coperte (61,1%), nessuna parzialmente coperta e 7 assenti (38,9%).

La macro – area presenta un profilo unico nell'intera analisi: è la sola in cui la copertura parziale è del tutto assente. Ogni definizione operativa risulta o pienamente coperta o priva di riscontro. La ragione è riconducibile alla natura dell'oggetto rilevato: gli item corrispondono a materiali distribuiti, e un materiale è registrato oppure non lo è.

Distribuzione delle lacune: le sette assenze si concentrano in due blocchi tematici. Nella fornitura di materiale sterile mancano le siringhe a basso volume morto, le siringhe con identificatori, l'acqua sterile, i filtri e i tamponi disinfettanti. Nella gestione della restituzione mancano la registrazione della raccolta di siringhe usate (distinta dalla restituzione da parte della persona) e la distribuzione di contenitori per lo smaltimento sicuro.

Il nucleo dell'intervento risulta quindi solidamente coperto; le lacune riguardano i materiali accessori e la chiusura del ciclo di smaltimento. Due assenze hanno rilievo per il consenso che le sostiene: la raccolta di siringhe usate e la distribuzione di contenitori per lo smaltimento sono entrambe raccomandate da tre linee guida su quattro. Le siringhe a basso volume morto, raccomandate dalle fonti internazionale ed europea, non sono

distinguibili dalle siringhe standard nel campo esistente. Le restanti quattro assenze sono sostenute da una o due sole fonti e presentano minore priorità.

Valutazione qualitativa: gli 11 item esistenti risultano pienamente pertinenti in 8 casi, pienamente chiari in 4, pienamente applicabili in 9; nessuno è stato giudicato non adeguato.

La criticità si concentra sulla chiarezza, non sul contenuto né sulla sostenibilità operativa: gli item registrano informazioni utili e compilabili, ma la loro formulazione presenta margini di ambiguità. La voce relativa ai lacci emostatici impiega un nome commerciale (*Smarts*) anziché un termine tecnico univoco; quella relativa agli acidificanti nomina un solo composto (*Cítrico*) pur essendone utilizzati altri. Una criticità distinta riguarda l'assenza del campo quantitativo *Cantidad* per bicarbonato e foglio di alluminio, presente invece per gli altri materiali della stessa sezione: la disomogeneità impedisce il monitoraggio dei volumi distribuiti per quelle voci.

Gap trasversale: i tre item relativi alla registrazione degli invii risultano coperti in modo completo ma con valutazione parziale su pertinenza e chiarezza. IDEAS registra che un invio è avvenuto e verso quale centro, sia nella sezione dedicata agli interventi sia al momento della chiusura della cartella alla dimissione; il servizio ricevente è tuttavia indicato in un campo di testo libero, che non consente una categorizzazione strutturata del tipo di servizio, elemento raccomandato dalla linea guida internazionale per tutte e tre le tipologie. La registrazione in forma aperta impedisce inoltre l'aggregazione del dato, poiché la medesima destinazione può essere indicata in modi diversi da operatori diversi. La criticità è ripresa al §3.4 (pattern *c*).

3.2.2. Terapia sostitutiva con oppioidi (OST)

Copertura: delle 10 definizioni operative, 8 risultano completamente coperte (80,0%), 1 parzialmente e 1 assente. È la macro – area con la copertura più solida dell'intera analisi.

Distribuzione delle lacune: l'unica assenza riguarda la registrazione della continuità del trattamento tra contesti diversi (ingresso o uscita da carcere, comunità terapeutica o ospedale), informazione rilevante per monitorare la tenuta del percorso nelle transizioni, momenti di elevata vulnerabilità. La copertura parziale riguarda i trattamenti alternativi alla terapia sostitutiva standard, registrabili solo attraverso un'opzione generica *Otros*.

Valutazione qualitativa: i 9 item esistenti risultano pienamente pertinenti in 6 casi, pienamente chiari in 3, pienamente applicabili in 5.

In questa macro – area le criticità riguardano dunque la qualità degli item più che la loro presenza: il sistema registra quasi tutto ciò che le linee guida raccomandano, ma in modo perfezionabile. Emergono due situazioni ricorrenti. La prima è la dispersione dell'informazione: il farmaco utilizzato è registrabile in tre sezioni diverse del sistema, con conseguente rischio di duplicazioni e omissioni; una situazione analoga riguarda la consegna di dosi da assumere fuori dal servizio. La seconda riguarda la data di inizio e la durata del trattamento: l'informazione è presente nella sezione *Programas asignados*, ma la sua compilazione è lasciata alla discrezionalità del singolo operatore. Poiché la ritenzione in trattamento costituisce uno degli indicatori di esito più rilevanti per la terapia sostitutiva, la raccomandazione formulata prevede la ricollocazione di questo elemento tra i requisiti minimi di qualità (§3.4, pattern *e*).

Va infine segnalato che la dimensione dell'aderenza al trattamento, indicata nel confronto interno come elemento determinante per l'esito (§2.3.1), non risulta disponibile nella configurazione associata al modulo dedicato alla Riduzione del Danno (§3.4, pattern *f*).

3.2.3. Test e counseling HIV

Copertura: delle 13 definizioni operative, 3 risultano completamente coperte (23,1%), 8 parzialmente e 2 assenti.

Distribuzione delle lacune: le due assenze riguardano entrambe il momento dell'offerta del test: la registrazione delle modalità di erogazione in contesti multipli (farmacia, carcere, outreach, setting sanitario) e la registrazione del test offerto su iniziativa dell'operatore (*provider – initiated testing and counseling*), non distinguibile dal test richiesto dalla persona. Quest'ultimo elemento, raccomandato da tre fonti su quattro, consente di valutare la proattività del servizio verso chi non chiederebbe spontaneamente il test.

La copertura parziale, che riguarda otto definizioni su tredici, si distribuisce su tutti i blocchi tematici: esecuzione del test, setting, counseling e collegamento ai servizi di cura.

Valutazione qualitativa: gli 11 item esistenti risultano pienamente pertinenti in 2 casi, pienamente applicabili in 5, nessun item risulta pienamente chiaro. Un item, quello relativo al tipo di test utilizzato, è stato giudicato non adeguato sul criterio della chiarezza.

Tre criticità emergono con particolare rilievo. La prima riguarda la mancata distinzione tra storia di testing e test attuale: il campo *¿Se ha hecho alguna vez la prueba?* non chiarisce se si riferisca a un test effettuato in passato o a quello eseguito durante il contatto in corso. La criticità ricorre in modo identico in altre tre macro – aree ed è ripresa al §3.4 (pattern *a*).

La seconda riguarda l'assenza di specificazione della metodologia del test: il sistema non distingue tra test rapido, ELISA e test salivare, informazione utile a monitorare l'adozione dei test rapidi nei servizi a bassa soglia.

La terza riguarda il percorso diagnostico: non è previsto un campo che distingua un risultato preliminarmente reattivo dalla successiva conferma diagnostica, né che ne registri data e sede. Analogamente, il collegamento ai servizi di cura risulta registrabile solo attraverso il campo generico *¿Ha iniciado tratamiento?*, che non consente di distinguere l'invio effettuato dalla presa in carico confermata (§3.4, pattern *d*).

Va infine segnalata la componente di counseling, indicata nel confronto interno come elemento di peso pari a quello dell'atto diagnostico (§2.3.1). Il counseling pre – test e post – test risulta registrabile solo all'interno delle attività informative generiche dell'area educativa, senza voci dedicate: l'informazione sull'avvenuta erogazione esiste, ma non è distinguibile per contenuto.

3.2.4. Terapia antiretrovirale (ART)

Copertura: delle 8 definizioni operative, nessuna risulta completamente coperta, 5 sono parzialmente coperte e 3 assenti. Insieme alla prevenzione dell'overdose e agli interventi di prossimità, è una delle tre macro – aree prive di copertura completa.

L'assenza di coperture complete ha un significato preciso: anche laddove IDEAS raccoglie informazioni pertinenti alla terapia antiretrovirale, lo fa sempre in modo indiretto o incompleto rispetto a quanto raccomandato. Nessuna informazione relativa a questo ambito è rilevabile senza inferenza.

Distribuzione delle lacune: le tre assenze riguardano l'invio o collegamento a servizi ART per le persone con test positivo, la registrazione dell0aderenza al trattamento e la presenza di interventi di supporto all0aderenza. Le prime due sono raccomandate dalla fonte internazionale; la terza da una sola fonte e presenta quindi minore priorità.

Valutazione qualitativa: i 5 item esistenti risultano parzialmente adeguati su pertinenza e chiarezza in tutti i casi, e parzialmente applicabili in 3 casi su 5. Nessun item raggiunge la piena adeguatezza su pertinenza o chiarezza.

Il profilo riflette la natura del problema: gli item attraverso cui l0informazione è ricavabile non sono item dedicati alla terapia antiretrovirale, ma campi generici delle sezioni *Enfermedades relevantes* e *Infecciones relevantes*. Il campo *¿Ha iniciado tratamiento?* in particolare, non consente di specificare se il trattamento avviato sia antiretrovirale o di altro tipo. Analogamente non è definibile lo stato del trattamento (in corso, non in corso, pre – ART, interrotto) né distinguibile la presa in carico formale dal semplice avvio della terapia.

Due criticità sono condivise con altre macro – aree e riprese al §3.4: l'assenza di un campo strutturato per data di inizio e durata del trattamento, che limita il monitoraggio della ritenzione (pattern *e*), e la mancata inclusione della variabile relativa all'aderenza nella configurazione del modulo dedicato alla Riduzione del Danno, che ne determina l'indisponibilità per questi servizi (pattern *f*).

Una criticità specifica riguarda infine l'integrazione tra terapia antiretrovirale e trattamento della dipendenza: IDEAS consente di registrare separatamente entrambi gli interventi farmacologici, ma non di documentare il loro coordinamento come presa in carico integrata, elemento esplicitamente raccomandato dalla linea guida internazionale.

3.2.5. Prevenzione e cura delle IST

Copertura: delle 10 definizioni operative, 2 risultano completamente coperte (20,0%), 7 parzialmente e 1 assente.

Distribuzione delle lacune: l'unica assenza riguarda la registrazione dell'invio formale a servizi di diagnosi o trattamento delle infezioni sessualmente trasmissibili, raccomandata da tre fonti su quattro. La lacuna si inserisce nel pattern già osservato per HIV e terapia antiretrovirale: IDEAS non dispone di una sezione strutturata dedicata agli invii, con indicazione della tipologia del servizio ricevente (§3.4, pattern *d*).

Valutazione qualitativa: i 9 item esistenti risultano pienamente pertinenti in 2 casi, pienamente chiari in 3, pienamente applicabili in 5.

Le criticità ricalcano in larga parte quelle rilevate per il test HIV, il che è coerente con il fatto che entrambe le macro – aree fanno riferimento alla medesima sezione *Infecciones*

relevantes. Ricorrono la mancata distinzione tra storia di screening pregressa e test attuale (§3.4, pattern *a*), l'assenza di un indicatore che segnali l'offerta proattiva del test da parte dell'operatore, e la difficoltà a utilizzare il campo sulla frequenza dei test come indicatore di re – testing periodico.

Due criticità sono invece specifiche di questa macro – area. La prima riguarda il trattamento: il campo *¿Ha iniciado tratamiento?* non specifica né la tipologia di trattamento né la modalità di accesso, risultando troppo generico per monitorare l'effettivo accesso alle cure. Il rilievo è significativo alla luce dell'osservazione emersa dal confronto interno, secondo cui questo ambito non può essere ridotto alla dimensione dello screening, essendo la presa in carico terapeutica parte integrante dell'intervento (§2.3.1).

La seconda riguarda la notifica ai partner: IDEAS documenta la presenza di partner o altre figure significative nella rete relazionale della persona, ma non consente di registrare l'avvenuta notifica né le attività correlate, informazione sull'esposizione, counseling, invio al testing. L'elemento è raccomandato da una sola fonte e presenta quindi priorità contenuta.

Va infine segnalato che gli interventi educativi sulle pratiche sessuali sicure risultano registrabili solo attraverso la sezione *Taller*, che non permette di identificare il contenuto tematico dell'attività svolta (§3.4, pattern *b*).

3.2.6. Programmi di distribuzione preservativi

Copertura: delle 5 definizioni operative, 3 risultano completamente coperte (60,0%), 2 parzialmente e nessuna assente. È l'unica macro – area, insieme all'informazione ed educazione, in cui non si registrano assenze di copertura.

Distribuzione delle lacune: le due coperture parziali riguardano la distribuzione mirata a gruppi specifici come persone che esercitano lavoro sessuale, uomini che hanno rapporti sessuali con uomini, partner di persone che usano droghe e il setting in cui la distribuzione avviene. In entrambi i casi IDEAS dispone dell0informazione ma non del collegamento: il sistema consente di identificare alcune caratteristiche dell0utenza e di documentare il contesto dell'intervento, ma non di associare esplicitamente l'appartenenza a un gruppo target o il setting alla distribuzione effettivamente avvenuta. La seconda criticità è ripresa al §3.4 (pattern *c*).

Valutazione qualitativa: i 5 item risultano pienamente pertinenti in 3 casi, pienamente chiari in 2, pienamente applicabili in 2.

La criticità principale è omogenea e circoscritta: per tutte e tre le voci relative ai materiali (preservativi maschili, preservativi femminili e lubrificanti) manca il campo quantitativo *Cantidad*, presente invece per gli altri materiali registrati in IDEAS. L'assenza impedisce il monitoraggio dei volumi distribuiti, che costituisce l'indicatore di base per questo tipo di programma. Si tratta della medesima disomogeneità già rilevata per alcune voci della macro – area NSP (§3.4, pattern *g*), qui però estesa all'intero blocco della distribuzione.

Va infine ricordata l'osservazione emersa dal confronto interno (§2.3.1): la disponibilità gratuita del materiale non garantisce la sua adozione, e l'intervento efficace può risiedere nel lavoro educativo e di mediazione culturale che accompagna la distribuzione. Tale componente non trova rappresentazione autonoma nel sistema, che registra la consegna del bene ma non l'attività educativa a essa associata.

3.2.7. Informazione, educazione e comunicazione (IEC)

Copertura: delle 7 definizioni operative, 2 risultano completamente coperte (28,6%), 5 parzialmente e nessuna assente.

Distribuzione delle lacune: le cinque coperture parziali si concentrano interamente nei due blocchi relativi ai contenuti informativi: informazione sui rischi e sulla riduzione del danno, e informazione sull'accesso ai servizi e sui diritti. Le due coperture complete riguardano invece elementi di natura diversa, quali: l'erogazione di sessioni formative di gruppo e gli interventi condotti da pari, che descrivono la *modalità* dell'intervento anziché il suo contenuto.

Questa distribuzione individua con precisione la criticità della macro – area: IDEAS consente di registrare il contenuto dell'attività informativa, ma soltanto in un campo di testo libero. La forma aperta risulta utile sul piano clinico, per documentare il percorso della singola persona, ma non consente l'analisi aggregata: per conoscere quanti interventi abbiano riguardato un determinato tema occorrerebbe leggere e classificare ciascuna registrazione. I campi *Informativa* ed *Educativa Tutoría* della sezione *Motivo de la atención* rilevano l'avvenimento dell'attività senza prevedere una categorizzazione tematica del contenuto. La conseguenza è che tutte e cinque le definizioni operative parzialmente coperte condividono la medesima causa e la medesima soluzione. Una

singola modifica strutturale del campo *Motivo de la atención*, consistente nell'introduzione di opzioni tematiche predefinite, risolverebbe simultaneamente l'intero blocco. La criticità non è peraltro circoscritta a questa macro – area: ricorre nella prevenzione dell'overdose, nella tubercolosi, nelle IST e nelle epatiti virali, ed è ripresa al §3.4 (pattern *b*).

Valutazione qualitativa: i 7 item risultano pienamente pertinenti in 2 casi, pienamente chiari in 1, pienamente applicabili in 2.

L'unico item pienamente adeguato sui tre criteri è quello relativo agli interventi condotti da pari, aggiunto al sistema nel corso del confronto interno descritto al §3.5. Per la registrazione delle sessioni formative di gruppo si ripropone, in forma analoga, la stessa criticità: il campo *Taller* documenta l'avvenuta sessione ma non il tema trattato.

3.2.8. Prevenzione e cura delle epatiti virali (HBV/HCV)

Copertura: delle 12 definizioni operative, 4 risultano completamente coperte (33,3%), 7 parzialmente e 1 assente.

Distribuzione delle lacune: l'unica assenza riguarda la registrazione dell'aderenza al trattamento, non disponibile nel modulo per la ragione strutturale già rilevata per la terapia antiretrovirale e la tubercolosi: la variabile non è inclusa nella configurazione associata a questi servizi (§3.4, pattern *f*).

Il blocco meglio coperto è quello relativo alla vaccinazione contro l'epatite B, con due definizioni su tre pienamente coperte e valutate pienamente adeguate su tutti e tre i criteri. È uno dei pochi ambiti dell'intera analisi in cui il sistema risulta pienamente allineato alle raccomandazioni. Il blocco più critico è invece quello relativo al trattamento, dove tutte e quattro le definizioni operative risultano parzialmente coperte o assenti.

Valutazione qualitativa: gli 11 item esistenti risultano pienamente pertinenti in 4 casi, pienamente chiari in 6, pienamente applicabili in 7. È tra le macro – aree con il profilo qualitativo migliore.

Le criticità ricalcano in larga parte quelle già rilevate per HIV e IST, coerentemente con il fatto che le tre macro – aree condividono la sezione *Infecciones relevantes*: la mancata distinzione tra storia di screening pregressa e test attuale (§3.4, pattern *a*) e l'assenza di un campo dedicato agli invii a servizi specialistici, distinto dalla presa in carico confermata (§3.4, pattern *d*).

Una criticità più specifica riguarda la temporalità del trattamento. IDEAS consente di registrare l'avvio della terapia ma non la sua prosecuzione, l'eventuale interruzione o il completamento, informazione particolarmente rilevante per l'epatite C, dove il completamento del ciclo con antivirali ad azione diretta costituisce l'esito terapeutico atteso. La raccomandazione formulata prevede l'introduzione di campi dedicati a data di inizio, continuità e data di conclusione, analogamente a quanto proposto per terapia sostitutiva e antiretrovirale (§3.4, pattern *e*).

Infine, gli interventi informativi e quelli condotti da pari relativi alla prevenzione delle epatiti risultano registrabili solo in forma generica, senza possibilità di identificarne il contenuto tematico (§3.4, pattern *b*).

3.2.9. Prevenzione e trattamento della tubercolosi (TB)

Copertura: delle 11 definizioni operative, 2 risultano completamente coperte (18,2%), 6 parzialmente e 3 assenti.

Distribuzione delle lacune: le tre assenze si concentrano nei blocchi relativi al trattamento e alla prevenzione. La registrazione dell'aderenza al trattamento, gli interventi di supporto all'aderenza, tra cui la terapia sotto osservazione diretta, rilevante per prevenire lo sviluppo di resistenze, e l'accesso alla terapia preventiva con isoniazide. Quest'ultima costituisce una strategia preventiva chiave per i gruppi ad alto rischio, esplicitamente raccomandata dalle fonti internazionale ed europea, e non dispone di alcuna voce dedicata nel sistema.

Valutazione qualitativa: gli 8 item esistenti risultano pienamente pertinenti in 2 casi, pienamente chiari in 2, pienamente applicabili in 4.

Le criticità riprendono i pattern già osservati per le altre infezioni, cioè: mancata distinzione tra storia di screening e test attuale (pattern *a*), assenza di un campo dedicato agli invii distinto dalla presa in carico (pattern *d*), impossibilità di registrare l'aderenza, non essendo tale variabile inclusa nella configurazione del modulo (pattern *f*) e ne aggiungono due specifiche.

La prima riguarda le opzioni di risposta non adattate al contesto: il campo *Resultado de la última prueba* propone alternative pensate per l'infezione da HIV, quali *Positiva – carga viral indetectable* o *Inmune – vacunación/pasado*, che non hanno applicazione nella tubercolosi e possono generare confusione in fase di compilazione. La criticità

deriva dalla struttura condivisa della sezione *Infecciones relevantes*, che impiega le medesime opzioni per infezioni clinicamente eterogenee.

La seconda riguarda la mancata distinzione tra trattamento per tubercolosi attiva e terapia preventiva: il campo *¿Ha iniciado tratamiento?* non consente di specificare quale delle due, informazione che modifica sostanzialmente il significato clinico del dato.

Anche in questa macro – area le attività informative sul rischio, sui sintomi e sulle modalità di accesso allo screening risultano registrabili solo in forma generica (pattern *b*).

3.2.10. Prevenzione e gestione dell'overdose

Copertura: delle 8 definizioni operative, nessuna risulta completamente coperta, 7 sono parzialmente coperte e 1 assente.

Questa macro – area presenta il dato più significativo dell'intera analisi, per una ragione che emerge dal confronto tra due valori. È infatti l'ambito su cui si registra il più alto livello di consenso tra le quattro linee guida. Due definizioni operative: l'attività informativa sulla prevenzione dell'overdose e la formazione sull'uso del naloxone, sono classificate come pienamente coperte da tutte e quattro le fonti, e le restanti raggiungono livelli di consenso elevati. A fronte di questo, nessuna definizione operativa trova copertura completa nel sistema.

Il disallineamento tra la priorità riconosciuta a un intervento e la sua traduzione in indicatori strutturati costituisce uno degli esiti centrali del lavoro, ripreso nel Capitolo 6.

Distribuzione delle lacune: l'unica assenza riguarda la registrazione del percorso della persona formata come agente di salute in materia di overdose (certificazione, validità, rinnovo e interventi effettivamente realizzati con naloxone), elemento raccomandato dalla sola fonte catalana.

Valutazione qualitativa: i 7 item esistenti risultano parzialmente adeguati su pertinenza in tutti i casi, pienamente chiari in 1 caso, e pienamente applicabili in 4 casi su 7. Un item è stato giudicato non adeguato sul criterio dell'applicabilità.

Le criticità sono di due tipi. Il primo è la mancata categorizzazione tematica dei contenuti formativi: le attività informative sulla prevenzione, la formazione sulla rianimazione di base, la formazione sull'uso del naloxone e le sessioni di counseling specifico risultano tutte registrabili solo attraverso le voci generiche *Educativa/Tutoría*, *Informativa* e *Taller*.

Il sistema documenta che un'attività formativa si è svolta, ma non consente di identificare se abbia riguardato due interventi salvavita come la rianimazione di base e l'uso del naloxone (pattern *b*).

Il secondo, più specifico e più grave, riguarda la distribuzione preventiva di naloxone. Il sistema non distingue la consegna di naloxone alla persona o ai suoi pari, dall'uso clinico del farmaco in caso di intossicazione acuta. Si tratta dell'unica definizione operativa dell'intera analisi valutata come non adeguata sul criterio dell'applicabilità, e la sua rilevanza è accresciuta dal fatto che la distribuzione preventiva di naloxone è raccomandata da tutte e quattro le linee guida.

3.2.11. Sale per il consumo sicuro

Copertura: delle 10 definizioni operative, 4 risultano completamente coperte (40,0%), 5 parzialmente e 1 assente.

Distribuzione delle lacune: l'unica assenza riguarda la registrazione della firma del consenso informato come condizione di accesso alla sala, elemento raccomandato dalla sola fonte catalana e di priorità contenuta.

Il blocco meglio coperto riguarda le attività che si svolgono materialmente all'interno della struttura: la ricezione di materiale sterile, l'intervento sanitario in caso di overdose e l'utilizzo di modalità di consumo non iniettive risultano tutti pienamente coperti e valutati pienamente adeguati su tutti e tre i criteri. Due di queste coperture sono state ottenute attraverso modifiche applicate al sistema nel corso del confronto interno (§3.5).

Il blocco più critico è invece quello del collegamento ad altri servizi, dove tutte e quattro le definizioni operative risultano parzialmente coperte.

Valutazione qualitativa: i 9 item esistenti risultano pienamente pertinenti in 4 casi, pienamente chiari in 6, pienamente applicabili in 8. È la macro – area con il profilo qualitativo migliore dell'intera analisi.

Emergono due criticità. La prima riguarda l'identificazione della sessione: la sezione *Sala de Consumo Supervisado* non prevede un campo per data e ora né un identificativo univoco, il che impedisce di distinguere accessi multipli della stessa persona e di monitorare il numero complessivo di sessioni nel tempo. Trattandosi dell'indicatore di attività più elementare per un servizio di questo tipo, la lacuna ha rilievo pratico immediato.

La seconda riguarda il collegamento tra la sessione di consumo e gli interventi attivati a partire da essa. Il sistema registra gli interventi realizzati nella sala e, separatamente, gli invii effettuati nell'area di lavoro sociale, ma non struttura il legame tra i due: la correlazione è ricostruibile solo consultando sezioni diverse. La criticità è particolarmente rilevante perché la sala per il consumo sicuro costituisce un punto di aggancio strategico verso il testing e i percorsi di trattamento, e l'impossibilità di tracciare questo passaggio impedisce di documentarne la funzione (pattern *c*).

3.2.12. Outreach e servizi mobili

Copertura: delle 12 definizioni operative, nessuna risulta completamente coperta, 6 sono parzialmente coperte e 6 assenti. È la macro – area con il profilo di copertura più critico dell'intera analisi: metà delle definizioni operative non trova alcun riscontro nel sistema, e per nessuna si registra copertura completa.

Distribuzione delle lacune: le sei assenze si concentrano nei blocchi relativi alla distribuzione di materiali e al collegamento con i trattamenti. Non risultano registrabili la distribuzione tramite outreach di materiale sterile per iniezione, di preservativi e di materiale informativo, l'erogazione in outreach di interventi quali scambio di siringhe o attività educative mirate, l'invio a servizi per le dipendenze o antiretrovirali effettuato in contesti di prossimità, e la facilitazione della continuità terapeutica in strada.

Valutazione qualitativa: i 6 item esistenti risultano parzialmente adeguati su pertinenza e chiarezza in tutti i casi, e pienamente applicabili in 5 casi su 6.

La criticità è di natura strutturale e unitaria, e spiega da sola l'intero profilo della macro – area: IDEAS non collega sistematicamente il setting in cui l'intervento avviene al tipo di intervento erogato. Le informazioni sul luogo o formato dell'intervento risiedono nel campo *Formato de la atención* delle diverse aree professionali; le informazioni sul contenuto (materiale distribuito, test effettuato, vaccinazione somministrata, invio attivato) risiedono in sezioni distinte. Entrambe sono presenti nel sistema, ma non aggregabili: è possibile sapere che un contatto è avvenuto in strada e, separatamente, che una persona ha ricevuto materiale sterile, senza poter stabilire che quel materiale è stato consegnato in quel contatto.

Ne consegue che gli interventi di prossimità risultano documentabili come *modalità di contatto* ma non come *modalità di erogazione dei servizi*, che è ciò che le linee guida

raccomandano di monitorare. La criticità è la medesima già rilevata, in forma meno estesa, per la registrazione degli invii nella macro – area NSP, per il setting di distribuzione dei preservativi e per il collegamento tra sala consumo e servizi (pattern *c*). Una singola modifica strutturale come l'introduzione di un collegamento esplicito tra setting e tipo di intervento, risolverebbe simultaneamente la maggior parte delle lacune di questa macro – area. Il tema è ripreso al §3.6 tra le priorità di intervento.

3.3. Valutazione qualitativa degli item

La valutazione qualitativa ha riguardato i 98 item corrispondenti alle definizioni operative con copertura completa o parziale, secondo i criteri di pertinenza, chiarezza e applicabilità operativa descritti al §2.3.5. Ogni item è stato valutato su tutti e tre i criteri. Il dato complessivo è mostrato in Tabella 10.

Tabella 10. Esiti della valutazione qualitativa degli item IDEAS (N = 98).

Criterio	Adeguato	Parzialmente adeguato	Non adeguato
Pertinenza	33 (33,7%)	65 (66,3%)	0 (0,0%)
Chiarezza	28 (28,6%)	69 (70,4%)	1 (1,0%)
Applicabilità operativa	58 (59,2%)	39 (39,8%)	1 (1,0%)

La figura 3 mostra gli esiti della valutazione qualitativa degli item IDEAS – RdD secondo i criteri di pertinenza, chiarezza e applicabilità operativa (N = 98 item).

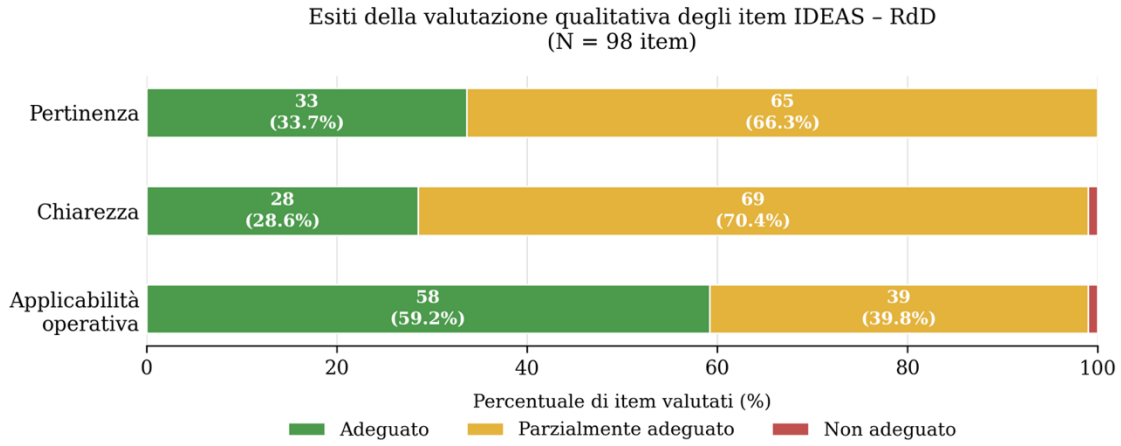


***Figura 3**. Esiti della valutazione qualitativa degli item IDEAS – RdD.*

Il quadro che emerge è netto e ha una lettura precisa.

Nessun item è risultato non pertinente: IDEAS non raccoglie informazioni inutili, ogni campo esaminato rileva un dato che ha una qualche utilità per un servizio di Riduzione del Danno. Il problema del sistema non è di contenuto.

L'applicabilità è il criterio meno critico, con quasi il 60% di item pienamente adeguati. Il sistema chiede agli operatori informazioni che essi possono realisticamente reperire e registrare nei tempi e nelle condizioni del contatto. Un unico item, quello relativo alla distribuzione di naloxone, è stato giudicato non applicabile, per la ragione descritta al §3.2.10.

La chiarezza è il criterio più critico, con meno del 29% di item pienamente adeguati. È qui che si concentra la debolezza dello strumento: gli item registrano informazioni utili e reperibili, ma le richiedono in modo ambiguo. Formulazioni che non distinguono tra situazioni clinicamente diverse, opzioni di risposta non esaustive o non pertinenti al contesto, assenza di istruzioni di compilazione, campi che rilevano l'avvenimento di un'attività senza specificarne il contenuto: sono queste, e non le lacune di copertura, la criticità dominante del modulo.

La conseguenza pratica di questa distribuzione è rilevante ai fini delle raccomandazioni. Un problema di pertinenza richiederebbe di ripensare cosa il sistema raccoglie; un problema di applicabilità richiederebbe di alleggerirlo o di modificare l'organizzazione del lavoro. Un problema di chiarezza, invece, si risolve riformulando gli item esistenti, senza aggiungere campi né aumentare il carico di compilazione. Si tratta quindi della criticità potenzialmente meno costosa da affrontare, pur essendo la più diffusa.

L'incrocio dei tre criteri mostra che soltanto 15 item su 98 risultano pienamente adeguati su tutti e tre, poco più di un settimo del totale, mentre 31 presentano criticità su tutti e tre. La combinazione più frequente, dopo quest'ultima, è quella di un item parzialmente pertinente, parzialmente chiaro e pienamente applicabile: un campo che l'operatore compila senza difficoltà, ma che raccoglie un'informazione approssimativa. Il dato segnala che facilità di compilazione e qualità del dato non coincidono, e che un sistema percepito come agevole da utilizzare può nondimeno produrre informazioni scarsamente utilizzabili a fini di monitoraggio.

Tabella 11. Item pienamente adeguati per criterio e macro – area.

Macro – area	Item valutati	Pertinenza	Chiarezza	Applicabilità
Programmi di scambio aghi e siringhe	11	8	4	9
Terapia sostitutiva con oppioidi	9	6	3	5
Test e counseling HIV	11	2	0	5
Terapia antiretrovirale	5	0	0	2
Prevenzione e cura delle IST	9	2	3	5
Distribuzione preservativi	5	3	2	2
Informazione, educazione e comunicazione	7	2	1	2
Prevenzione e cura epatiti virali	11	4	6	7
Prevenzione e trattamento tubercolosi	8	2	2	4
Prevenzione e gestione overdose	7	0	1	4
Sale per il consumo sicuro	9	4	6	8
Outreach e servizi mobili	6	0	0	5
Totale	**98**	**33**	**28**	**58**

Due macro – aree presentano nessun item pienamente adeguato né su pertinenza né su chiarezza: terapia antiretrovirale e outreach. In entrambi i casi la ragione è la stessa: gli item attraverso cui l'informazione è ricavabile non sono campi dedicati a quegli ambiti, ma campi generici di altre sezioni, utilizzati per inferenza.

Il profilo qualitativo migliore si registra per le sale per il consumo sicuro e per le epatiti virali, entrambe con sei item pienamente chiari rispettivamente su nove e undici. Il caso delle sale per il consumo è indicativo: pur avendo una copertura complessiva del 40%, gli item che esistono funzionano bene, perché registrano attività che si svolgono materialmente in un luogo definito e in un momento definito.

L’incrocio tra grado di copertura e valutazione qualitativa evidenzia una relazione che merita di essere segnalata (Tabella 12).

Tabella 12. Item pienamente adeguati per grado di copertura.

Grado di copertura	Item	Pertinenza	Chiarezza	Applicabilità
Copertura completa	39	33	15	29
Copertura parziale	59	0	13	29

Il dato relativo alla pertinenza è netto: tutti i 59 item a copertura parziale sono stati valutati come parzialmente pertinenti, e tutti i 33 item pienamente pertinenti appartengono al gruppo a copertura completa.

Va segnalato con chiarezza che questa corrispondenza pressoché perfetta suggerisce una parziale sovrapposizione tra i due giudizi: nel valutare la pertinenza di un item che copriva solo in parte la definizione operativa, la valutazione può aver risentito del giudizio di copertura già formulato, anziché essere stata espressa in modo pienamente indipendente. Sebbene i due criteri siano concettualmente distinti, poiché la copertura riguarda il rapporto con la raccomandazione, la pertinenza il valore intrinseco dell’informazione per il servizio, la loro applicazione da parte di un unico valutatore, in sequenza sulla medesima riga della matrice, rende plausibile un effetto di trascinamento. Il rilievo costituisce un limite ulteriore rispetto a quelli descritti al §2.5 e va tenuto presente nella lettura dei dati sulla pertinenza.

Diversa è la situazione per gli altri due criteri, dove la corrispondenza non si osserva: item a copertura completa possono risultare poco chiari, è il caso di 24 item su 39, e item a copertura parziale possono risultare pienamente applicabili, come avviene in 29 casi su 59. Per chiarezza e applicabilità, dunque, la valutazione qualitativa fornisce informazione autonoma rispetto alla verifica di copertura, confermando che le due analisi rispondono a domande distinte.

3.4. Pattern trasversali: i gap strutturali ricorrenti

L’analisi per macro – area, riportata al §3.2, evidenzia che una parte rilevante delle criticità individuate non è specifica di un singolo ambito di intervento, ma si ripresenta con la medesima struttura in più macro – aree. Tale ricorrenza non è casuale: deriva dal

fatto che macro – aree diverse fanno riferimento alle stesse sezioni del sistema, oppure condividono la medesima logica di registrazione.

Il rilievo ha una conseguenza operativa diretta. Se una criticità ha origine in una scelta strutturale comune a più ambiti, la sua correzione non richiede interventi ripetuti su ciascun item, ma una modifica unica applicata al punto in cui la scelta è stata compiuta. Interventi di questo tipo presentano un rapporto tra beneficio informativo e costo di implementazione sensibilmente più favorevole rispetto a correzioni puntuali, e vengono per questo considerati prioritari al §3.6.

Sono stati individuati sette pattern trasversali, descritti di seguito.

a) **Distinzione insufficiente tra storia di screening pregressa e test eseguito nel contatto attuale**

Ricorre in quattro macro – aree: test e counseling HIV, prevenzione e cura delle IST, epatiti virali, tubercolosi.

Il campo *¿Se ha hecho alguna vez la prueba?* della sezione *Infecciones relevantes* non chiarisce se l'informazione si riferisca a un test effettuato in passato dalla persona o al test eseguito nel corso del contatto in essere. L'ambiguità compromette due usi distinti del dato: la ricostruzione della storia di screening della persona e il conteggio dei test effettivamente erogati dal servizio.

Poiché tutte e quattro le macro – aree impiegano la medesima sezione, una riformulazione unica del campo, con separazione dei due item o introduzione di istruzioni esplicite di compilazione, risolverebbe simultaneamente la criticità in tutti gli ambiti coinvolti.

b) **Assenza di categorizzazione tematica dei contenuti informativi ed educativi erogati**

Ricorre in cinque macro – aree: informazione, educazione e comunicazione; prevenzione e gestione dell'overdose; tubercolosi; prevenzione e cura delle IST; epatiti virali.

I campi *Informativa*, *Educativa Tutoría* e *Taller* della sezione *Motivo de la atención* registrano l'avvenimento dell'attività e ne consentono la descrizione in forma libera, ma non prevedono una categorizzazione del contenuto tematico. Il sistema documenta quindi che un intervento educativo si è svolto, senza consentire di aggregare i dati per tema: non

è possibile stabilire in modo sistematico se abbia riguardato la prevenzione dell'HIV, il rischio sessuale, la rianimazione di base, l'uso del naloxone o l'accesso ai servizi.
È il pattern che coinvolge il maggior numero di macro – aree e produce l'effetto più rilevante sul piano del monitoraggio: rende indistinguibili tra loro interventi di natura profondamente diversa, tra cui due interventi salvavita quali la formazione sulla rianimazione di base e sull'uso del naloxone. Una modifica strutturale del campo *Motivo de la atención*, consistente nell'introduzione di opzioni tematiche predefinite, risolverebbe l'intero blocco.
Questo pattern è inoltre quello che intercetta con maggiore precisione l'osservazione emersa dal confronto interno (§2.3.1), secondo cui la componente educativa degli interventi risulta sistematicamente meno rappresentata rispetto a quella materiale.

c) **Mancanza di un collegamento strutturato tra setting operativo e tipo di intervento erogato**

Ricorre in quattro macro – aree: outreach e servizi mobili; programmi di scambio aghi e siringhe; distribuzione preservativi; sale per il consumo sicuro.
Le informazioni relative al luogo o formato dell'intervento risiedono nel campo *Formato de la atención* delle diverse aree professionali; quelle relative al contenuto dell'intervento (materiale distribuito, test effettuato, vaccinazione somministrata, invio attivato) risiedono in sezioni distinte. Entrambe sono presenti nel sistema, ma non aggregabili.
Il pattern si manifesta con intensità massima negli interventi di prossimità, dove costituisce da solo la causa dell'intero profilo di copertura critico (§3.2.12), ma è presente in forma analoga nella registrazione degli invii nei programmi di scambio siringhe, nel setting di distribuzione dei preservativi e nel collegamento tra sessione di consumo supervisionato e servizi attivati.
L'introduzione di un campo che espliciti il setting di erogazione dell'intervento, collegato al contenuto dell'intervento stesso, risolverebbe la maggior parte delle lacune della macro – area outreach e ridurrebbe quelle delle altre tre.

d) **Assenza di un campo dedicato all'invio a servizi specialistici, distinto dalla presa in carico**

Ricorre in cinque macro – aree: terapia antiretrovirale; tubercolosi; epatiti virali; prevenzione e cura delle IST; test e counseling HIV.

IDEAS registra l'esistenza di un invio (*derivación*) ma non consente di distinguere l'invio effettuato dalla presa in carico effettivamente confermata dal servizio ricevente. Ne consegue l'impossibilità di tracciare il *linkage to care*, ossia il passaggio dalla diagnosi all'accesso effettivo alle cure, indicatore centrale in tutti gli ambiti che prevedono un percorso diagnostico – terapeutico.

Il campo attualmente utilizzato per approssimare questa informazione, *¿Ha iniciado tratamiento?* non specifica né il tipo di trattamento né la sede di presa in carico, risultando insufficiente in tutte e cinque le macro – aree.

e) **Assenza di un campo strutturato per data di inizio e durata del trattamento**

Ricorre in tre macro – aree: terapia sostitutiva con oppioidi; terapia antiretrovirale; epatiti virali.

In tutti e tre i casi il sistema consente di registrare l'avvio del trattamento ma non la sua durata, continuità o conclusione. Nella terapia sostitutiva l'informazione è presente nella sezione *Programas asignados*, ma la sua compilazione è lasciata alla discrezionalità del singolo operatore.

La criticità incide su uno degli indicatori di esito più rilevanti in questi ambiti cioè la ritenzione in trattamento e, nel caso dell'epatite C, sulla possibilità di documentare il completamento del ciclo terapeutico, che costituisce l'esito atteso dell'intervento.

f) **Mancata inclusione della variabile relativa all'aderenza al trattamento nella configurazione del modulo**

Ricorre in tre macro – aree: terapia antiretrovirale; tubercolosi; epatiti virali.

La rilevazione dell'aderenza terapeutica è prevista nel sistema IDEAS, ma non risulta inclusa nella configurazione associata al modulo per la Riduzione del Danno. Come descritto al §2.1, a ciascun servizio corrisponde una configurazione che stabilisce quali variabili siano disponibili e con quale grado di approfondimento: una variabile non

inclusa nel livello minimo associato a un servizio non è rilevabile da quel servizio, anche quando l'informazione risulti pertinente al suo ambito.

L'effetto è di rendere non registrabile un'informazione rilevante anche, e forse soprattutto, nei contesti a bassa soglia, dove la continuità terapeutica è più esposta a interruzioni.

A differenza degli altri pattern, questo non richiede la creazione di alcun campo nuovo: la correzione consiste nell'inclusione di una variabile già esistente nella configurazione del modulo. È l'intervento con il rapporto tra beneficio e costo più favorevole tra quelli individuati.

Va segnalato che la criticità assume rilievo particolare alla luce dell'osservazione emersa dal confronto interno sulla terapia sostitutiva (§3.2.2), secondo cui l'aderenza costituisce l'elemento determinante per l'esito del trattamento.

g) **Applicazione disomogenea del campo quantitativo *Cantidad***

Ricorre in due macro – aree: programmi di scambio aghi e siringhe; distribuzione preservativi.

Il campo *Cantidad*, che consente di registrare il volume del materiale distribuito, è presente per alcune voci e assente per altre della medesima sezione. Risulta assente per bicarbonato e foglio di alluminio nella sezione dei materiali per l'iniezione, e per l'intero blocco della distribuzione di preservativi (preservativi maschili, femminili e lubrificanti).

L'effetto è duplice: impedisce il monitoraggio dei volumi distribuiti per le voci interessate e introduce una disomogeneità nel sistema che può generare incertezza in fase di compilazione. La correzione consiste nell'applicazione uniforme di un campo già esistente.

Tabella 13. Sintesi pattern trasversali e macro – aree coinvolte.

Pattern	Macro – aree coinvolte	Natura dell'intervento correttivo
3.4.1. Storia di screening vs test attuale	4	Riformulazione di un campo
3.4.2. Categorizzazione tematica dei contenuti educativi	5	Modifica strutturale di un campo
3.4.3. Collegamento setting – intervento	4	Introduzione di un campo e collegamento
3.4.4. Invio distinto dalla presa in carico	5	Introduzione di campi dedicati
3.4.5. Data di inizio e durata del trattamento	3	Introduzione di campi e riclassificazione
3.4.6. Aderenza al trattamento	3	Inclusione di una variabile esistente nella configurazione
3.4.7. Campo quantitativo *Cantidad*	2	Estensione di un campo esistente

I sette pattern coinvolgono complessivamente undici delle dodici macro – aree analizzate. L'unica non interessata è la terapia sostitutiva con oppioidi, che presenta criticità di natura specifica e riguardano, considerati nel loro insieme, una quota rilevante delle definizioni operative non pienamente coperte.

Il dato conferma che una parte sostanziale delle criticità rilevate ha origine in scelte strutturali del modulo comuni a più ambiti, piuttosto che in carenze isolate dei singoli item. Ne consegue che un numero limitato di modifiche mirate potrebbe produrre un miglioramento della copertura complessiva sproporzionatamente maggiore rispetto al numero di interventi richiesti. Questa considerazione orienta le priorità formulate al §3.6.

3.5. Esito del confronto con la Fondazione

Come descritto al §2.4, la matrice di valutazione e le proposte di miglioramento sono state esaminate congiuntamente con la guida di tirocinio, Daniel Urbina, attraverso un confronto diretto sulla matrice stessa. Il confronto ha prodotto esiti di natura differente, descritti separatamente nei paragrafi che seguono.

3.5.1. Variazioni nella codifica di copertura

Il recupero di una versione precedente della matrice, conservata nella cronologia del file, ha reso possibile un confronto tra la codifica di copertura registrata nella fase preliminare dell'analisi, condotta in autonomia, e quella risultante al termine del confronto interno. Gli esiti sono riportati in Tabella 14.

Tabella 14. Distribuzione della copertura IDEAS prima e dopo il confronto interno (N = 124 definizioni operative).

Copertura IDEAS	Prima del confronto	Versione finale	Variazione
Completa	30	39	+9
Parziale	37	59	+22
Assente	57	26	-31
Totale	**124**	**124**	—

Nessuna definizione operativa ha subito un peggioramento della propria codifica. Le variazioni riguardano complessivamente 37 definizioni operative, così distribuite: 28 sono passate da assente a parziale, 6 da parziale a completa e 3 da assente a completa.

L'entità della variazione, ovvero quasi un terzo delle definizioni operative, richiede una spiegazione, poiché due fenomeni di natura diversa vi concorrono.

La maggior parte delle variazioni deriva da un affinamento della valutazione, non da modifiche al sistema. Trentaquattro delle trentasette variazioni sono riconducibili al fatto che la conoscenza approfondita di IDEAS da parte della guida di tirocinio ha permesso di individuare riferimenti già presenti nel sistema ma non identificati nella fase preliminare dell'analisi. IDEAS è un sistema articolato su più documenti e su sezioni organizzate per area professionale (§2.1); un'analisi condotta in autonomia, da chi non ha

esperienza operativa del sistema, può non individuare campi collocati in sezioni logicamente distanti dall'ambito di intervento a cui si riferiscono.

Questo dato ha un rilievo che eccede la ricostruzione del processo di analisi. Se un'informazione è registrabile in IDEAS ma non è individuabile da chi esamina il sistema in modo sistematico e documentale, è ragionevole ipotizzare che la medesima difficoltà si presenti anche all'operatore che deve compilarlo nel corso della propria attività. La reperibilità dei campi all'interno dell'architettura del sistema costituisce quindi essa stessa un elemento di qualità dello strumento, non rilevato dai tre criteri adottati nella valutazione qualitativa. Il tema viene ripreso nel Capitolo 4 in relazione alla formazione degli operatori.

3.5.2. Modifiche applicate al sistema IDEAS

Tre delle trentasette variazioni derivano invece da modifiche apportate direttamente a IDEAS nel corso del confronto e recepite dalla Fondazione:

- Nell'*Área Educativa* è stata aggiunta un'opzione che consente di segnalare se l'intervento registrato è stato condotto da un'altra persona assistita (*pares*), con possibilità di indicarne il nominativo. La modifica ha risolto la lacuna relativa alla registrazione degli interventi tra pari nella macro – area informazione, educazione e comunicazione (§3.2.7).
- Nella macro – area sale per il consumo sicuro, le domande relative alla ricezione di materiale sterile da parte della persona assistita sono state aggiunte anche alla sezione dedicata alla sala di consumo supervisionato, risolvendo il corrispondente gap di copertura.
- Nella medesima macro – area, l'intervento sanitario erogato in caso di overdose è stato vincolato in modo più esplicito al setting della sala di consumo, risolvendo il gap relativo (§3.2.11).

Le tre modifiche condividono una caratteristica: intervengono tutte sul collegamento tra un intervento e il contesto in cui viene erogato, ossia sul pattern trasversale *c* descritto al §3.4. Costituiscono quindi applicazioni puntuali del principio che informa la seconda delle proposte strutturali rimaste in sospeso.

3.5.3. Eliminazione di definizioni operative

Il confronto ha inoltre condotto all'eliminazione di quattro definizioni operative dalla matrice di analisi, relative alle macro – aree test e counseling HIV, informazione ed educazione e prevenzione dell'overdose.

Le quattro definizioni sono risultate riferite al livello del centro o del servizio anziché a quello della persona assistita, ad esempio: la disponibilità di un'offerta, l'esistenza di un protocollo, la copertura di un programma, e pertanto, non confrontabili con IDEAS, che è un sistema di raccolta dati centrato sulla persona (§2.3.2). La loro eliminazione non riflette un giudizio sulla rilevanza degli elementi in questione, ma il riconoscimento che essi operano su un piano diverso da quello del sistema analizzato: la loro rilevazione richiederebbe strumenti di monitoraggio a livello di servizio, non di singolo contatto.

Le 124 definizioni operative su cui si basano i risultati riportati in questo capitolo sono quelle risultanti dopo tale eliminazione.

3.5.4. Proposte non implementate

Due proposte, elaborate congiuntamente con la guida di tirocinio, non risultavano implementate al momento della conclusione del lavoro e restano agli atti della Fondazione per una futura valutazione. Entrambe hanno natura strutturale e interessano più macro – aree.

La prima consiste nell'ampliamento della sezione *Infecciones relevantes* attraverso l'aggiunta di tre campi: completamento del percorso diagnostico – terapeutico, data di completamento e invio a un servizio specifico. La modifica interviene sui pattern trasversali *a* e *d* (§3.4) e consentirebbe di risolvere un numero rilevante di lacune relative alle macro – aree HIV, IST, epatiti virali e tubercolosi, che condividono tale sezione.

La seconda consiste nell'introduzione di un campo che specifichi il setting in cui l'intervento viene erogato, ad esempio: unità mobile, centro di Riduzione del Danno, sala di consumo supervisionato. La modifica interviene sul pattern trasversale *c* e risponde direttamente alla criticità strutturale che determina il profilo di copertura degli interventi di prossimità, oltre a incidere sulla registrazione degli invii nei programmi di scambio siringhe e sul setting di distribuzione dei preservativi.

Entrambe le proposte sono riprese al §3.6, dove vengono collocate all'interno di un ordine di priorità complessivo.

3.5.5. Valori e limiti del confronto interno

Il confronto interno ha modificato in misura sostanziale l'esito dell'analisi: senza di esso, il profilo di copertura del modulo sarebbe risultato considerevolmente più critico di quanto emerso, con 57 definizioni operative prive di copertura anziché 26.

Questo rilievo va tenuto presente nell'interpretazione dei risultati, in duplice senso. Da un lato, conferma il valore metodologico del confronto con chi possiede conoscenza operativa del sistema analizzato, e la necessità di considerare i dati della fase preliminare come provvisori. Dall'altro, come già osservato al §2.4, il confronto non costituisce una verifica indipendente in senso metodologico: si è trattato di una revisione congiunta a partire da una codifica già formulata, condotta in forma informale e senza strumenti strutturati di raccolta del parere. I risultati riportati in questo capitolo riflettono quindi il giudizio di un valutatore singolo, integrato dal contributo esperto della guida di tirocinio.

3.6. Azioni di miglioramento: sintesi e priorità

Le proposte di miglioramento elaborate nel corso dell'analisi sono state formulate secondo i criteri descritti al §2.4: il grado di sostegno, desunto dal livello di consenso tra le linee guida e dalla presenza di supporto in letteratura, e la parsimonia, che ha limitato le proposte di integrazione agli elementi effettivamente operazionalizzabili nel contesto reale del contatto.

Il presente paragrafo raccoglie tali proposte e le ordina secondo un criterio di priorità che tiene conto di due dimensioni: l'estensione dell'impatto, ossia il numero di lacune che ciascun intervento risolverebbe, e il costo di implementazione, inteso sia come onere tecnico di modifica del sistema sia come incremento del carico di compilazione per gli operatori.

L'adozione di un criterio di priorità risponde a un vincolo esplicito emerso dall'analisi. Ogni campo aggiunto a IDEAS comporta un costo in termini di tempo di compilazione e di formazione del personale, particolarmente rilevante in servizi caratterizzati da contatti brevi e non programmati (§2.2). Un elenco indifferenziato di raccomandazioni, per quanto ciascuna singolarmente giustificata, non costituirebbe pertanto uno strumento utilizzabile dalla Fondazione.

3.6.1. Tre livelli di priorità per le azioni di miglioramento

Le proposte sono state organizzate in tre livelli.

Priorità alta: interventi strutturali ad ampio impatto

Comprende gli interventi che agiscono sui pattern trasversali descritti al §3.4 e che, con un numero limitato di modifiche, risolvono lacune distribuite su più macro – aree. Sono gli interventi con il rapporto tra beneficio informativo e costo più favorevole.

1. **Inclusione della variabile relativa all'aderenza al trattamento nella configurazione del modulo** (pattern *f*; 3 macro – aree).

È l'intervento a costo più basso dell'intero elenco: non richiede la creazione di alcun campo, ma l'inclusione di una variabile già presente nel sistema. Non comporta alcun incremento del carico di compilazione oltre a quello della variabile stessa, e rende disponibile ai servizi a bassa soglia un'informazione rilevante per il monitoraggio della continuità terapeutica in terapia antiretrovirale, tubercolosi ed epatiti virali.

2. **Categorizzazione tematica dei contenuti informativi ed educativi** (pattern *b*; 5 macro – aree).

Consiste nell'introduzione di opzioni tematiche predefinite nei campi *Informativa*, *Educativa Tutoría* e *Taller* della sezione *Motivo de la atención*. È l'intervento che coinvolge il maggior numero di macro – aree e che produce il guadagno informativo più elevato, rendendo distinguibili interventi attualmente indifferenziati. Il costo di compilazione è contenuto, trattandosi della selezione di un'opzione in un campo già previsto.

3. **Introduzione di un campo relativo al setting di erogazione dell'intervento** (pattern *c*; 4 macro – aree).

Corrisponde alla seconda delle proposte già formulate e in attesa di valutazione da parte della Fondazione (§3.5). Risolve la criticità strutturale che determina il profilo di copertura degli interventi di prossimità e incide inoltre sulla registrazione degli invii, sul setting di distribuzione dei preservativi e sul collegamento tra sessione di consumo supervisionato e servizi attivati.

4. **Ampliamento della sezione *Infecciones relevantes*** (pattern *a* e *d*; 5 macro – aree).

Corrisponde alla prima delle proposte in attesa di valutazione (§3.5) e prevede l'aggiunta di tre campi: completamento del percorso diagnostico – terapeutico, data di

completamento e invio a un servizio specifico. Interviene simultaneamente su due pattern trasversali e sulle quattro macro – aree relative alle infezioni, oltre a rendere tracciabile il *linkage to care*.

5. **Riformulazione del campo relativo alla storia di screening** (pattern *a*; 4 macro – aree).

Consiste nella separazione tra registrazione della storia di testing pregressa e test eseguito nel contatto attuale, oppure nell'introduzione di istruzioni esplicite di compilazione. È un intervento di sola riformulazione testuale, senza aggiunta di campi.

6. **Applicazione uniforme del campo quantitativo *Cantidad*** (pattern *g*; 2 macro – aree).

Consiste nell'estensione a tutte le voci dei materiali distribuiti di un campo già presente per altre voci della medesima sezione. Il costo tecnico è minimo e il costo di compilazione è limitato all'inserimento di un valore numerico.

Priorità media: interventi su ambiti a elevato consenso

Comprende gli interventi che riguardano una sola macro – area ma che intervengono su elementi sostenuti da consenso elevato tra le linee guida o da rilevanza sanitaria diretta.

7. **Introduzione di una voce dedicata alla distribuzione preventiva di naloxone**, distinta dall'uso clinico del farmaco in caso di intossicazione acuta, con relativo campo quantitativo. La proposta interviene sull'unico item dell'intera analisi valutato come non adeguato sul criterio dell'applicabilità e riguarda un intervento raccomandato da tutte e quattro le linee guida (§3.2.10).
8. **Introduzione di campi per data di inizio e durata del trattamento** (pattern *e*; 3 macro – aree), con riclassificazione dell'elemento tra i requisiti minimi di qualità nel caso della terapia sostitutiva. Incide su uno degli indicatori di esito più rilevanti in questi ambiti.
9. **Introduzione di un identificativo di sessione e di un campo data – ora nella sezione della sala di consumo supervisionato**, che consenta di distinguere accessi multipli della medesima persona e di monitorare il numero complessivo di sessioni (§3.2.11).
10. **Introduzione di voci dedicate ai materiali non registrati nei programmi di scambio siringhe**, con priorità per la raccolta di siringhe usate e la distribuzione di contenitori per lo smaltimento sicuro, entrambe raccomandate da tre linee guida

su quattro, e per la distinzione tra siringhe standard e siringhe a basso volume morto.

11. **Introduzione di una voce dedicata alla terapia preventiva con isoniazide**, distinta dal trattamento per tubercolosi attiva (§3.2.9).

Priorità bassa: interventi di riformulazione puntuale

Comprende le riformulazioni testuali di singoli item, finalizzate a ridurre l'ambiguità della formulazione senza modificare la struttura del sistema né aggiungere campi. Rientrano in questo livello la sostituzione dei nomi commerciali con termini tecnici univoci nelle voci relative ai materiali, l'adattamento delle opzioni di risposta al contesto specifico di ciascuna infezione nella sezione *Infecciones relevantes*, il consolidamento in un unico punto delle informazioni attualmente registrabili in sezioni multiple e l'introduzione di istruzioni di compilazione nei campi che ne risultano privi.

Pur trattandosi di interventi singolarmente circoscritti, il loro insieme interessa la criticità più diffusa emersa dall'analisi: la chiarezza, risultata pienamente adeguata in meno del 29% degli item valutati (§3.3). Il costo di implementazione è basso e nullo l'impatto sul carico di compilazione, trattandosi di modifiche alla formulazione di campi già esistenti.

Tabella 15. Sintesi delle azioni di miglioramento per livello di priorità.

Priorità	Tipologia	N. interventi	Macro – aree interessate
Alta	Interventi strutturali su pattern trasversali	6	11
Media	Interventi su ambiti a elevato consenso	5	5
Bassa	Riformulazioni puntuali di item esistenti	—	9

L'elenco completo delle proposte, articolato per singola definizione operativa, è riportato in Allegato B.

3.6.2. Impatto delle modifiche e costo di implementazione

L'analisi delle priorità evidenzia una caratteristica che merita di essere segnalata: gli interventi a maggiore impatto non sono quelli a costo più elevato. I sei interventi di priorità alta comprendono due sole aggiunte di campi nuovi; gli altri quattro consistono nell'inclusione di una variabile già presente nel sistema, nell'estensione di un campo già

presente ad altre voci, nella riformulazione di un campo e nell'introduzione di opzioni predefinite in campi già previsti.

Questa circostanza deriva direttamente dalla natura delle criticità rilevate. Poiché il problema dominante del modulo non è l'assenza di informazioni ma l'ambiguità con cui vengono richieste (§3.3), la correzione richiede in prevalenza interventi di riformulazione e di strutturazione, non di ampliamento. Ne consegue che il miglioramento della qualità informativa del modulo può essere perseguito senza incremento sostanziale del carico amministrativo per gli operatori, condizione che, in servizi caratterizzati da contatti brevi e risorse limitate, costituisce un vincolo non negoziabile.

Resta tuttavia da considerare che ogni modifica, anche a costo tecnico contenuto, comporta un fabbisogno formativo: la ricollocazione di un item o l'introduzione di categorie tematiche in un campo esistente producono un beneficio informativo solo se gli operatori ne comprendono la logica e la utilizzano in modo coerente. Il tema è affrontato nel Capitolo 4.

CAPITOLO 4 – LA DIMENSIONE FORMATIVA: DALL'INTERVENTO AL DATO

4.1. *Garbage in, garbage out*: la qualità del dato come responsabilità professionale

In un podcast dedicato al tema della raccolta dati, l'area *Gestión del Conocimiento* della Fondazione richiama un principio formulato nell'informatica degli anni Sessanta e sintetizzato nell'acronimo GIGO, *garbage in, garbage out*: se i dati in ingresso sono di scarsa qualità, i risultati che ne derivano lo saranno inevitabilmente[24].

L'enunciato è tanto elementare quanto stringente nelle sue conseguenze. Se l'informazione di partenza non è valida né affidabile, e se la sua raccolta non avviene con il rigore necessario, qualunque risultato ottenuto, indipendentemente dall'impegno investito nell'analisi o dalla cura con cui viene presentato, risulterà condizionato e di valore limitato. L'autore è esplicito su questo punto: non esiste alcuna alchimia nell'analisi dei dati, e nemmeno la migliore elaborazione matematica può compensare dati carenti[24].

Ne discende una conseguenza diretta per il presente lavoro. Le azioni di miglioramento formulate al §3.6 intervengono sulla struttura dello strumento: riformulano item ambigui, introducono categorizzazioni tematiche, collegano il setting al tipo di intervento. Sono interventi necessari, ma agiscono su un solo lato del problema. Un campo ben progettato non produce di per sé un dato affidabile: lo produce se chi lo compila comprende cosa gli viene chiesto e perché. La qualità dello strumento e la qualità della compilazione sono condizioni entrambe necessarie e nessuna delle due sufficiente.

4.1.1. La responsabilità di chi raccoglie il dato

L'argomentazione compie tuttavia un passaggio ulteriore, che è quello di maggiore interesse ai fini di questo capitolo.

L'affidabilità del dato viene ricondotta alla fiducia, attraverso un'analogia con la conversazione: in un dialogo da cui dipende qualcosa, ciò che conta non è tanto chi abbia ragione, quanto poter credere che ciò che l'altro dice rifletta effettivamente quanto pensa e sa. Se non fosse possibile distinguere se l'interlocutore mente, omette o distorce

l'informazione, intenzionalmente o per negligenza, qualsiasi conclusione tratta da quella conversazione sarebbe una costruzione priva di fondamento[24].

Il podcast conclude che questa è la responsabilità di chi raccoglie dati: garantire rigore e sistematizzazione non costituisce soltanto una questione tecnica, ma un impegno verso la realtà, poiché essere fedeli a ciò che accade è l'unica garanzia che le conclusioni abbiano un seguito e risultino utili[24].

Il passaggio è rilevante perché riconfigura il significato dell'atto di compilazione. Registrare un intervento in un sistema informativo non è un adempimento amministrativo che si aggiunge al lavoro professionale: è la modalità attraverso cui quel lavoro diventa conoscibile, dal servizio, dall'organizzazione, dai finanziatori, dalla comunità professionale. Un intervento erogato e non registrato, o registrato in modo tale da non poter essere interpretato, produce lo stesso effetto informativo di un intervento non erogato.

4.1.2. La finalità della raccolta dati

La raccolta dati viene, infine, collocata all'interno di una finalità precisa: promuovere una presa di decisioni fondata sui dati (*Data Driven Decision Making*) al fine di implementare miglioramenti reali e sostenibili, sia a livello generale sia adattati ai diversi ambiti di intervento, sia infine calibrati sui bisogni individuali nel quadro di un'assistenza centrata sulla persona[24].

Questa formulazione stabilisce un collegamento diretto tra la compilazione quotidiana e le finalità gestionali descritte al §1.4. Il dato raccolto nel singolo contatto è la condizione perché il servizio possa conoscere ciò che eroga, individuare aree sottoutilizzate e orientare le proprie scelte. La distanza tra il campo compilato e la decisione organizzativa è lunga, ma la catena è continua: se si interrompe al primo anello, tutto ciò che segue ne risulta compromesso.

4.1.3. L'implicazione formativa

Se la qualità del dato dipende in misura decisiva da chi lo raccoglie, e se la raccolta non è un adempimento ma una componente dell'intervento professionale, ne discende che l'introduzione di un sistema informativo non può esaurirsi nella sua progettazione tecnica.

Questa considerazione trova riscontro nel quadro concettuale richiamato al §1.5: le caratteristiche dell'intervento costituiscono uno soltanto dei domini che determinano l'efficacia di un'implementazione, accanto al contesto organizzativo, alle caratteristiche degli individui coinvolti e al processo attraverso cui l'introduzione viene realizzata[11]. Un modulo tecnicamente adeguato può risultare inefficace se gli operatori non ne comprendono la logica o non ne riconoscono l'utilità rispetto al proprio lavoro.

I paragrafi seguenti affrontano tale dimensione. Il §4.2 esamina una condizione preliminare rispetto alla compilazione: il riconoscimento, da parte dell'operatore, di ciò che costituisce intervento. Il §4.3 propone il dispositivo attraverso cui collegare l'azione professionale al dato che la documenta. Il §4.4 traduce tali elementi in una proposta di percorso formativo destinata agli operatori dei servizi di Riduzione del Danno della Fondazione.

4.2. Riconoscere l'intervento prima di registrarlo

Il paragrafo precedente ha stabilito che la qualità del dato dipende da chi lo raccoglie. Occorre tuttavia riconoscere una condizione ancora anteriore: perché un intervento venga registrato, deve prima essere riconosciuto come intervento.

Non si tratta di un'osservazione astratta. Un operatore che consegna una siringa sterile registra la consegna, perché l'atto è discreto, materiale e immediatamente identificabile come prestazione. Lo stesso operatore che, nel corso del medesimo contatto, spiega come ridurre il rischio associato a una determinata pratica di iniezione, scoraggia il consumo in solitudine o prospetta il passaggio a una via di somministrazione meno rischiosa, può non registrare nulla. Questo non avviene per negligenza, ma perché quelle azioni non sono percepite come interventi da documentare, quanto piuttosto come il modo in cui si sta con le persone.

Il problema non riguarda dunque, in prima istanza, la compilazione del campo. Riguarda la rappresentazione che l'operatore ha del proprio lavoro.

4.2.1. Dalle linee guida alla pratica: uno squilibrio che si trasmette

La difficoltà a riconoscere come intervento la componente educativa e relazionale non nasce nel singolo operatore: attraversa ciascuno dei passaggi che separano la raccomandazione dalla registrazione.

Il primo passaggio riguarda le linee guida. Il confronto con il Dott. Xavier Ferrer, riportato al §2.3.1, ha segnalato su cinque macro – aree distinte che la componente educativa e relazionale degli interventi risulta meno rappresentata, nella formulazione delle raccomandazioni, rispetto a quella materiale o prestazionale. Fornire materiale sterile non esaurisce l'intervento di scambio siringhe, che comprende l'accompagnamento al cambio di via di consumo; distribuire preservativi non ne garantisce l'uso, se manca il lavoro educativo e di mediazione culturale; somministrare terapia sostitutiva non è di per sé sufficiente, poiché l'elemento determinante è l'aderenza e la relazione che la sostiene. Ciò che si formula come bene consegnato o prestazione erogata si traduce più facilmente in una raccomandazione verificabile di ciò che consiste in una relazione.

Il secondo passaggio riguarda lo strumento. I risultati del Capitolo 3 mostrano che l'asimmetria si ritrova nel modulo IDEAS – RdD. Gli ambiti meglio coperti (terapia sostitutiva, scambio siringhe, distribuzione di preservativi) corrispondono a interventi il cui esito è un oggetto consegnato o una prestazione erogata. Gli ambiti meno coperti corrispondono a interventi che consistono in un processo educativo, in un collegamento tra servizi o nella combinazione tra un contenuto e il contesto in cui viene erogato (§3.1). Il pattern trasversale più esteso dell'intera analisi riguarda precisamente questo punto: i campi destinati a registrare i contenuti informativi ed educativi consentono di descriverli soltanto in forma libera, senza una categorizzazione che ne renda possibile l'aggregazione (§3.4, pattern *b*).

Il terzo passaggio riguarda la pratica. L'operatore compila lo strumento di cui dispone: registra con precisione ciò per cui esiste un campo strutturato e descrive in modo generico, o non registra affatto, ciò per cui non esiste. Nel tempo, questa modalità di compilazione consolida una rappresentazione del proprio lavoro come prevalentemente prestazionale.

L'esito è che una parte rilevante dell'attività effettivamente svolta nei servizi non lascia traccia utilizzabile. Non perché non venga erogata, ma perché non viene riconosciuta come qualcosa da documentare in forma strutturata.

4.2.2. La formazione come condizione della qualità del dato

La catena può essere interrotta in più punti, e le azioni di miglioramento proposte al §3.6 intervengono sul secondo anello: introdurre una categorizzazione tematica dei contenuti educativi significa dotare l'operatore di una modalità strutturata per registrare ciò che finora poteva descrivere soltanto in forma libera.

L'intervento sullo strumento non è tuttavia sufficiente, per due ragioni.

La prima è che la disponibilità di un campo non ne garantisce l'uso appropriato. Un menù di opzioni tematiche viene compilato in modo utile solo se chi lo utilizza riconosce, nell'attività appena svolta, il contenuto corrispondente. Se l'operatore non identifica come intervento educativo la conversazione in cui ha spiegato i rischi associati a una pratica di consumo, il campo resterà vuoto o sarà compilato in modo generico, riproducendo il problema che intendeva risolvere.

La seconda è che la componente educativa è quella che il sistema fatica maggiormente a rappresentare anche dove i campi esistono. Come rilevato al §3.3, la chiarezza è il criterio più critico dell'intera valutazione, con meno del 29% degli item pienamente adeguati; e le criticità di chiarezza si concentrano proprio sui campi che registrano attività non riducibili a una transazione materiale.

Ne discende l'obiettivo formativo che orienta il resto del capitolo. Prima di insegnare a compilare correttamente un modulo, occorre lavorare sul riconoscimento di ciò che costituisce intervento nella pratica quotidiana della Riduzione del Danno. Un percorso formativo che si limitasse alle istruzioni di compilazione affronterebbe il sintomo e non la causa: produrrebbe operatori capaci di utilizzare lo strumento, ma non necessariamente consapevoli di cosa vi debba essere registrato.

Il paragrafo seguente propone il dispositivo attraverso cui tale riconoscimento può essere costruito.

4.3. Il vincolo processo – risultato

Il paragrafo precedente ha individuato l'obiettivo formativo prioritario: far riconoscere all'operatore ciò che nella propria pratica quotidiana costituisce intervento, come condizione perché quell'intervento venga registrato. Occorre ora individuare lo strumento attraverso cui tale riconoscimento può essere costruito.

Lo strumento proposto consiste nel rendere esplicito, per ciascuna azione professionale, il vincolo che la collega al dato che la documenta e all'esito che essa concorre a produrre. Si tratta di ricostruire, in forma comprensibile e verificabile, la catena che va dal gesto compiuto nel contatto fino all'informazione che quel gesto rende disponibile.

Lo schema di ragionamento si fonda sulle categorie richiamate al §1.5.1[9], secondo cui un sistema di raccolta dati centrato sulla persona documenta il processo, ossia ciò che viene effettivamente fatto. L'operatore che compila si colloca dunque esattamente nel punto in cui il processo assistenziale diventa informazione: è l'unico soggetto in grado di trasformare un'azione in un dato, e nessun passaggio successivo può recuperare ciò che in quel punto non viene registrato.

4.3.1. Gli elementi costitutivi del vincolo

Il vincolo si costruisce esplicitando tre elementi in sequenza.

Il primo è l'azione professionale cioè cosa l'operatore fa concretamente nel contatto. Non la finalità generale dell'intervento, ma il comportamento osservabile, ad esempio: spiegare le modalità di iniezione a rischio differenziato, consegnare un kit di naloxone, accompagnare la persona a un servizio specialistico, proporre un test.

Il secondo è il dato che lo documenta: quale campo del sistema registra quell'azione, in quale sezione si trova, quali opzioni prevede. È il passaggio in cui l'azione diventa informazione, e in cui si colloca la responsabilità descritta al §4.1.

Il terzo è l'esito che quel dato consente di dimostrare: cosa il servizio può affermare, a livello aggregato, disponendo di quell'informazione. Quante persone hanno ricevuto formazione sull'uso del naloxone; quale quota di persone con esito positivo è stata effettivamente presa in carico da un servizio specialistico; quanti interventi sono stati erogati in contesti di prossimità.

La sequenza può essere percorsa in entrambe le direzioni, e questa reversibilità costituisce il suo valore formativo. Percorsa in avanti, mostra all'operatore cosa la propria azione rende conoscibile. Percorsa a ritroso, mostra che un'informazione mancante nella rendicontazione del servizio ha origine in un campo non compilato o compilato in modo non utilizzabile.

4.3.2. Un primo esempio: il dato assente

L'utilità dello schema di ragionamento può essere illustrata attraverso una delle criticità rilevate nel Capitolo 3.

La prevenzione e gestione dell'overdose è l'ambito su cui si registra il più alto livello di consenso tra le quattro linee guida analizzate, e al tempo stesso non presenta alcuna definizione operativa pienamente coperta da IDEAS (§3.2.10). Tra le criticità individuate, il sistema non consente di distinguere la formazione sull'uso del naloxone dalle generiche attività educative, né la distribuzione preventiva del farmaco dal suo impiego clinico in caso di intossicazione acuta.

Applicando il vincolo, la catena si ricostruisce come segue. L'azione professionale consiste nello spiegare a una persona come riconoscere un'overdose e come somministrare il naloxone, consegnandole un kit. Il dato che dovrebbe documentarla è duplice: una voce che registri la formazione erogata, specificandone il contenuto, e una voce che registri la consegna del materiale con la relativa quantità. L'esito che tali dati consentirebbero di dimostrare è la copertura raggiunta dal servizio nella diffusione di un intervento salvavita presso la popolazione assistita.

L'esempio mostra che, in questo caso, l'assenza del dato non dipende dall'operatore ma dallo strumento, e richiede le modifiche proposte al §3.6; la loro efficacia resta tuttavia subordinata alla condizione discussa al §4.2.2.

4.3.3. Un secondo esempio: il dato presente ma inaffidabile

Un caso di natura diversa, e potenzialmente più insidioso, riguarda la registrazione delle siringhe restituite. L'osservazione che segue è emersa nel corso del confronto con la guida di tirocinio, Daniel Urbina (§2.4).

Il sistema consente di registrare la quantità di siringhe consegnate alla persona e la quantità da essa restituita (§3.2.1). Se a fronte di dieci siringhe consegnate ne risultano dieci restituite, il tasso di restituzione calcolato è del 100%, e il dato appare come un risultato eccellente. Non è tuttavia possibile stabilire se le siringhe restituite siano effettivamente quelle consegnate dal servizio, oppure siano state raccolte altrove (in strada, da altre persone) e portate al centro.

Nel primo caso il dato misura ciò che intende misurare: la capacità del programma di recuperare il materiale che ha distribuito. Nel secondo caso misura qualcosa di diverso,

ossia il materiale complessivamente conferito al servizio, e il tasso di restituzione perde il proprio significato. Entrambe le attività hanno valore per la salute pubblica, ma sono attività distinte, e la loro sovrapposizione produce un indicatore che non consente di affermare nulla di preciso.

La criticità è di ordine diverso rispetto a quella dell'esempio precedente. Nel caso del naloxone il dato manca, e l'assenza è visibile: chi elabora i dati sa di non disporre di quell'informazione. Qui il dato è presente, formalmente completo e apparentemente favorevole; la sua inaffidabilità non genera alcun segnale. È l'ipotesi più problematica tra quelle prospettate dal principio richiamato al §4.1, poiché un dato di qualità insufficiente non soltanto compromette l'analisi, ma può orientarla in direzione opposta a quella corretta, inducendo a ritenere efficace un programma che potrebbe non esserlo.

Applicato a ritroso, il vincolo indica la soluzione. Se l'esito che si intende dimostrare è la capacità del programma di recuperare il materiale distribuito, il dato deve consentire di distinguere la provenienza delle siringhe restituite; e perché quel dato esista, l'azione professionale deve comprendere una domanda rivolta alla persona. La qualità dell'informazione dipende, in questo caso, non da una modifica dello strumento soltanto, ma da una modalità di conduzione del contatto, che è precisamente ciò su cui la formazione può intervenire.

4.3.4. Perché il vincolo è uno strumento formativo e non solo analitico

La medesima logica ha orientato la costruzione della matrice di valutazione descritta al §2.3.2: le definizioni operative sono state formulate in termini di registrazione di un fatto, e non di erogazione di un servizio, precisamente per rendere verificabile il passaggio dall'azione al dato.

Ciò che nell'analisi ha svolto funzione metodologica può tuttavia svolgere, nella formazione, una funzione diversa. Per l'analista il vincolo serve a stabilire se il sistema copra una raccomandazione; per l'operatore serve a comprendere perché un determinato campo esista e cosa la sua compilazione renda possibile.

Questa differenza di funzione ha una conseguenza pratica rilevante. Una delle ragioni che possono determinare la mancata o imprecisa compilazione dei sistemi informativi è la percezione che si tratti di un adempimento estraneo al lavoro assistenziale, che sottrae tempo al contatto senza produrre benefici visibili. In un contesto a bassa soglia, dove i

tempi sono ridotti e la relazione ha priorità (§1.1.3), tale percezione è particolarmente comprensibile. Rendere esplicito il vincolo tra azione, dato ed esito costituisce la risposta a questa obiezione: non attraverso l'imposizione di un obbligo, ma mostrando che la compilazione è il mezzo attraverso cui il lavoro svolto diventa dimostrabile.
Il paragrafo seguente traduce questo schema in una proposta formativa strutturata.

4.4. Proposta di percorso formativo per gli operatori dei servizi RdD

I paragrafi precedenti hanno individuato il problema: la qualità del dato dipende da chi lo raccoglie e la registrazione presuppone il riconoscimento dell'intervento; hanno individuato anche schema attraverso cui affrontarlo. Il presente paragrafo ne propone la traduzione in un percorso formativo destinato agli operatori dei servizi di Riduzione del Danno della Fundación Salud y Comunidad.
La proposta ha carattere progettuale e non è stata sperimentata: costituisce un'indicazione operativa a supporto di una futura fase di implementazione del modulo IDEAS – RdD, e come tale va intesa.

4.4.1. Analisi dei bisogni formativi e destinatari

Il percorso proposto risponde a due bisogni formativi distinti, che corrispondono ai due assi indicati in apertura del capitolo: la comprensione del valore del dato raccolto e la conoscenza operativa dello strumento attraverso cui viene raccolto.

4.4.1.1. Primo bisogno: il valore del dato

Il primo bisogno è emerso dall'osservazione diretta condotta nel corso del tirocinio presso l'area *Gestión del Conocimiento* della Fondazione. I centri trasmettono periodicamente all'area i dati raccolti nella propria attività, affinché vengano elaborati; nel corso del periodo di tirocinio si è potuto constatare come una parte di tali dati risultasse difficilmente analizzabile, per incompletezza della raccolta o per disomogeneità nelle modalità di registrazione. La condizione riguardava tanto i servizi di Riduzione del Danno quanto altri servizi della Fondazione.
Va precisato che si tratta di un'osservazione emersa nel corso dell'esperienza di tirocinio e non di una rilevazione condotta in forma strutturata: non è stata effettuata una ricognizione sistematica della qualità dei dati trasmessi, né una quantificazione delle

informazioni mancanti. L'osservazione ha nondimeno rilievo, poiché documenta dal punto di vista di chi elabora i dati la condizione che il principio richiamato al §4.1 descrive in termini generali. Ciò che nel podcast della Fondazione è enunciato come principio, nessuna analisi, per quanto accurata, può compensare dati carenti[24], si presenta nella pratica come impossibilità concreta di produrre risultati utilizzabili a partire da quanto trasmesso.

Il bisogno formativo che ne discende non riguarda la competenza tecnica nell'uso di un sistema, ma il riconoscimento della raccolta dati come componente dell'attività professionale. Esso si articola in tre elementi, sviluppati nei paragrafi precedenti.

Il primo è la comprensione delle finalità della raccolta e delle conseguenze di una raccolta carente (§4.1): il collegamento tra il campo compilato nel singolo contatto e le decisioni che l'organizzazione può fondare su quell'informazione.

Il secondo è il riconoscimento di ciò che costituisce intervento documentabile (§4.2). Le componenti educative e relazionali dell'attività tendono a non essere registrate non per negligenza, ma perché non percepite come prestazioni da documentare. Nessuna modifica dello strumento risolve questa condizione: l'introduzione di una categorizzazione tematica dei contenuti educativi, prevista tra le azioni prioritarie del §3.6, mette a disposizione un campo che resterà inutilizzato se l'operatore non identifica la propria attività come rientrante in quelle categorie.

Il terzo riguarda le situazioni in cui la qualità del dato si determina nella conduzione del contatto e non nella registrazione successiva. L'esempio delle siringhe restituite discusso al §4.3 lo illustra: non si può stabilire la provenienza del materiale conferito attraverso alcuna modifica del sistema, se la domanda non viene rivolta alla persona.

4.4.1.2. Secondo bisogno: la conoscenza dello strumento

Il secondo bisogno deriva da una condizione di fatto: il modulo IDEAS – RdD non è ancora in uso nei servizi (§2.2). Gli operatori vi si confronteranno per la prima volta nella versione definitiva, risultante dalle revisioni che la Fondazione riterrà di apportare.

Il percorso si configura pertanto come formazione di primo avviamento, e questa collocazione ne qualifica la funzione. Non si tratta di correggere pratiche di compilazione consolidate, ma di stabilirle: è l'unica occasione in cui è possibile definire criteri condivisi prima che ciascun operatore ne elabori di propri.

Un elemento specifico di questo bisogno riguarda la reperibilità dei campi all'interno dell'architettura del sistema. Come rilevato al §3.5, trentaquattro definizioni operative sono passate a una codifica di copertura superiore non per effetto di modifiche al sistema, ma perché la conoscenza approfondita di IDEAS da parte della guida di tirocinio ha permesso di individuare campi già esistenti e non identificati in una prima analisi condotta in autonomia. Se un'informazione registrabile risulta difficilmente reperibile a chi esamina il sistema in modo sistematico e documentale, è ragionevole ritenere che la medesima difficoltà si presenti all'operatore che deve compilarlo durante l'attività. IDEAS resta un sistema articolato su più documenti e organizzato per aree professionali, e tale articolazione non è modificata dalle revisioni proposte.
I due bisogni orientano l'articolazione del percorso descritta al §4.4.3: i primi due moduli rispondono al primo bisogno, i successivi al secondo.

4.4.1.3. Destinatari

Il percorso si rivolge a tutte le figure professionali che operano nei servizi di Riduzione del Danno della Fondazione (area educativa, sanitaria, psicologica e di lavoro sociale) in gruppi eterogenei per profilo.
La scelta di non differenziare per area professionale è deliberata e risponde a una caratteristica strutturale del sistema. Come descritto al §2.1, il blocco *Atención* di IDEAS è organizzato per aree professionali, con la conseguenza che informazioni concettualmente collegate risiedono in sezioni distinte. Diversi pattern trasversali derivano proprio da questa architettura: il collegamento tra setting e tipo di intervento (pattern *c*) richiede di mettere in relazione dati registrati da professionisti diversi, così come la tracciabilità del passaggio dalla diagnosi alla presa in carico (pattern *d*). Un percorso che riunisca le diverse figure consente a ciascuna di conoscere cosa registrano le altre e in quale sezione, condizione necessaria perché l'informazione risulti aggregabile.

4.4.1.4. Giornate formative e organizzazione

Il percorso si articola in due giornate formative intensive, erogate direttamente presso le sedi in cui la Fondazione gestisce servizi di Riduzione del Danno.

La scelta risponde alla distribuzione territoriale dei servizi. I centri di Riduzione del Danno della Fondazione sono presenti in diverse aree del territorio spagnolo, mentre l'area *Gestión del Conocimiento*, cui è affidata la conduzione del percorso (§4.4.4), ha sede a Barcellona. Convocare gli operatori di tutti i centri presso la sede centrale comporterebbe spostamenti numerosi e l'assenza contemporanea di più professionisti dai rispettivi servizi, con ricadute sulla continuità dell'attività. Si propone pertanto che sia l'équipe formativa a spostarsi presso i centri, e non viceversa: un'organizzazione che riduce l'onere logistico complessivo e limita l'impatto della formazione sull'operatività dei servizi.

La concentrazione del percorso in due giornate risponde alla medesima logica, contenendo il numero di trasferte necessarie per ciascuna sede. La realizzazione in loco consente inoltre di adattare i casi e gli esempi al contesto operativo di ciascun servizio, e di svolgere l'esercitazione con gli operatori che effettivamente utilizzeranno il sistema in quella sede.

4.4.2. Obiettivi di apprendimento del percorso di formazione

Gli obiettivi sono formulati in termini di risultati attesi, ossia di ciò che i partecipanti saranno in grado di fare al termine del percorso, e sono organizzati secondo i due bisogni formativi individuati al §4.4.1.

4.4.2.1. Obiettivi relativi al valore del dato

Al termine del percorso i partecipanti saranno in grado di:

1. Descrivere le finalità per cui i dati vengono raccolti nei servizi di Riduzione del Danno, e le conseguenze che una raccolta incompleta o disomogenea produce sulla possibilità di analizzarli.
2. Riconoscere come intervento documentabile le componenti educative e relazionali della propria attività, distinguendole dalle attività di erogazione di beni e prestazioni.
3. Ricostruire il collegamento tra un'azione professionale, il campo del sistema che la documenta e l'informazione che tale registrazione rende disponibile a livello di servizio.

4. Identificare le situazioni in cui l'affidabilità del dato dipende dalla modalità di conduzione del contatto, e non dalla compilazione successiva.

4.4.2.2. Obiettivi relativi alla conoscenza dello strumento

Al termine del percorso i partecipanti saranno in grado di:

5. Descrivere l'architettura generale del modulo IDEAS – RdD: i blocchi che lo compongono, l'organizzazione per aree professionali della sezione dedicata agli interventi e il significato dei livelli di qualità.
6. Localizzare i campi corrispondenti alle principali attività erogate nel proprio servizio, comprese quelle collocate in sezioni afferenti ad altre aree professionali.
7. Compilare il sistema in modo uniforme rispetto agli altri operatori, applicando i criteri condivisi definiti nel corso della formazione.
8. Segnalare le criticità e le ambiguità riscontrate nell'uso del sistema attraverso il canale previsto dalla Fondazione.

4.4.2.3. Osservazioni sulla formulazione

Tre elementi meritano di essere esplicitati.

Il primo riguarda l'obiettivo 7. Il risultato atteso non è la correttezza della compilazione rispetto a un criterio esterno, ma l'omogeneità tra compilazioni prodotte da operatori diversi a fronte della medesima situazione. È questa, infatti, la condizione perché i dati risultino aggregabili: un dato compilato in modo coerente ma difforme da quello dei colleghi non è utilizzabile a livello di servizio. La formulazione dell'obiettivo riflette tale priorità e orienta la modalità di valutazione descritta al §4.4.4.

Il secondo riguarda la progressione tra gli obiettivi 2, 3 e 4, che rispecchia la sequenza argomentativa dei paragrafi precedenti: riconoscere l'intervento (§4.2), collegarlo al dato che lo documenta (§4.3), riconoscere i casi in cui la qualità del dato si determina prima della registrazione (§4.3). I tre obiettivi non sono indipendenti: il secondo presuppone il primo, il terzo presuppone entrambi.

Il terzo riguarda l'obiettivo 8. La segnalazione delle criticità non è un obiettivo formativo in senso stretto, ma la condizione perché il percorso produca effetti oltre l'aula. Il modulo si trova alla prima applicazione operativa, e gli operatori saranno i primi a utilizzarlo in condizioni reali: le difficoltà che incontreranno costituiscono l'informazione più rilevante

per le revisioni successive dello strumento. La Fondazione dispone già di un canale attraverso cui gli operatori possono trasmettere segnalazioni; l'obiettivo formativo consiste pertanto nel renderne noto l'utilizzo in relazione al modulo IDEAS – RdD e nel promuoverne l'impiego attivo, secondo quanto discusso al §4.5.

4.4.3. Contenuti e articolazione delle giornate formative

Il percorso si articola in quattro moduli distribuiti su due giornate. I primi due rispondono al bisogno relativo al valore del dato, i successivi a quello relativo alla conoscenza dello strumento. L'articolazione riflette una progressione: la seconda giornata è dedicata prevalentemente al lavoro pratico sul sistema, e presuppone che il primo giorno abbia stabilito perché tale lavoro sia rilevante.

4.4.3.1. Prima giornata

Modulo 1 – Perché si raccolgono dati *(circa 2 ore)*

Il modulo apre il percorso a partire da una situazione concreta: i dati che i centri trasmettono all'area *Gestión del Conocimiento* e le difficoltà che la loro analisi incontra quando la raccolta risulta incompleta o disomogenea (§4.4.1). La scelta di iniziare da un problema riconoscibile, anziché dall'illustrazione delle finalità in astratto, risponde all'obiettivo di collocare fin da subito la questione nel lavoro dei partecipanti.

Contenuti: le finalità della raccolta dati nei servizi di Riduzione del Danno come rendicontazione, valutazione dell'efficacia, miglioramento della pratica, continuità assistenziale (§1.4); il principio *garbage in, garbage out* e la responsabilità professionale nella raccolta, a partire dal podcast pubblicato dalla Fondazione[24]; il collegamento tra dato raccolto nel singolo contatto e decisioni fondate sui dati a livello di organizzazione. A completamento, la presentazione dei dati europei sulla disomogenea disponibilità delle informazioni di copertura[1] consente di collocare la questione oltre il singolo servizio: la difficoltà a documentare in modo comparabile ciò che viene erogato è una condizione strutturale del campo, e non una carenza attribuibile ai singoli operatori.

Modulo 2 – Le componenti di intervento di Riduzione del Danno *(circa 2 ore)*

Il modulo affronta il riconoscimento delle componenti dell'intervento di Riduzione del Danno che eccedono la dimensione prestazionale, secondo quanto argomentato al §4.2.

Contenuti: le componenti educative e relazionali dell'intervento, quali l'educazione sulle modalità di consumo a rischio differenziato, accompagnamento al cambio di via di somministrazione, counseling, mediazione culturale, sostegno all'aderenza terapeutica; l'asimmetria tra componente materiale e componente educativa nella formulazione delle raccomandazioni e nella loro traduzione in campi di un sistema informativo.

Il modulo si avvale delle osservazioni emerse dal confronto interno (§2.3.1), che hanno segnalato tale asimmetria su cinque ambiti di intervento distinti, e dei risultati relativi alla sottorappresentazione dei contenuti educativi nel sistema (§3.4, pattern *b*).

Metodologicamente il modulo è costruito sulla discussione guidata: si chiede ai partecipanti di ricostruire il contenuto di un contatto tipico del proprio servizio e di individuare quali componenti di esso siano abitualmente registrate e quali no. L'obiettivo è che l'asimmetria emerga dalla ricognizione dei partecipanti anziché essere presentata dal formatore.

4.4.3.2. Seconda giornata

Modulo 3 – Orientarsi all'interno di IDEAS *(circa 2 ore e 30 minuti)*

Il modulo introduce l'architettura del modulo IDEAS – RdD, con l'obiettivo di rendere i partecipanti in grado di localizzare autonomamente i campi.

Contenuti: i blocchi che compongono il sistema e la loro funzione (§2.1); l'organizzazione per aree professionali del blocco *Atención* e le sue implicazioni, ossia il fatto che informazioni concettualmente collegate risiedano in sezioni distinte; i livelli di qualità e il loro significato operativo.

La parte espositiva è contenuta e seguita da un'attività di localizzazione guidata: a partire da un elenco di attività frequenti nel servizio, i partecipanti individuano nel sistema il campo corrispondente. L'attività risponde direttamente alla criticità di reperibilità descritta al §4.4.1 ed è condotta con accesso diretto al sistema informatizzato.

Modulo 4 – Dall'azione al dato: esercitazione *(circa 3 ore e 30 minuti)*

Il modulo costituisce il nucleo pratico del percorso ed è interamente dedicato all'esercitazione di compilazione descritta al §4.4.4.

Contenuti: applicazione dello schema azione – dato – esito (§4.3) a casi costruiti; compilazione in piccoli gruppi sul sistema informatizzato; confronto in plenaria delle

compilazioni prodotte e discussione delle divergenze; definizione condivisa di criteri di compilazione per i campi che presentano margini interpretativi.

I casi proposti sono elaborati in modo da intercettare i nodi ricorrenti individuati nell'analisi (§3.4): la distinzione tra storia di screening e test eseguito nel contatto, la specificazione del contenuto degli interventi educativi, il collegamento tra setting e tipo di intervento, la distinzione tra invio e presa in carico confermata, la registrazione della temporalità dei trattamenti, l'impiego dei campi quantitativi. Tali nodi non vengono presentati come elenco di criticità, ma emergono dalle situazioni proposte: è nel momento in cui il gruppo deve decidere come registrare un intervento educativo erogato in strada che la questione del collegamento tra setting e contenuto diventa concreta.

Il modulo si chiude con la presentazione del canale attraverso cui la Fondazione raccoglie le segnalazioni degli operatori.

Sintesi

Tabella 16. Articolazione del percorso formativo.

Giornata	Modulo	Durata	Bisogno formativo
Prima	1 – Perché si raccolgono dati	2 h	Valore del dato
Prima	2 – Le componenti di intervento di Riduzione del Danno	2 h	Valore del dato
Seconda	3 – Orientarsi all'interno di IDEAS	2 h 30	Conoscenza dello strumento
Seconda	4 – Dall'azione al dato: esercitazione	3 h 30	Conoscenza dello strumento

4.4.4. Metodologie, materiali e valutazione dell'apprendimento

4.4.4.1. Metodologie

Il percorso adotta un impianto prevalentemente attivo: la lezione frontale è limitata all'introduzione dei contenuti teorici della prima giornata e alla presentazione dell'architettura del sistema, mentre la parte restante è dedicata al lavoro guidato e all'esercitazione pratica.

La scelta si fonda su un'esperienza formativa precedente. Nell'ambito di un Project Work condotto nell'anno accademico 2024/2025, l'autrice ha progettato e realizzato, insieme a una collega, un modulo didattico sulla Riduzione del Danno rivolto a studenti del primo anno del Corso di Laurea in Educazione Professionale. In quell'esperienza le attività laboratoriali basate su casi si erano rivelate lo strumento più efficace e maggiormente apprezzato dai partecipanti, in particolare per la capacità di far emergere le difficoltà di applicazione concreta degli strumenti teorici. La medesima impostazione viene qui trasferita a destinatari professionali e applicata al sistema informativo.
Le metodologie previste comprendono la discussione guidata, l'attività di localizzazione dei campi e l'esercitazione di compilazione, che costituisce l'attività centrale del percorso.

4.4.4.2. L'esercitazione di compilazione

L'esercitazione si svolge nel Modulo 4 e occupa la parte più consistente della seconda giornata.
Organizzazione: i partecipanti lavorano in piccoli gruppi misti per profilo professionale, ciascuno con accesso diretto al sistema informatizzato su postazione informatica. La composizione mista è funzionale all'obiettivo: un medesimo percorso assistenziale attraversa sezioni afferenti ad aree professionali diverse, e la compilazione congiunta rende visibile a ciascuno dove le altre figure registrano le proprie attività.
Esercitazioni pratiche: a ogni gruppo viene proposto un caso costruito che descrive un contatto con una persona assistita, comprensivo di più interventi erogati in sequenza. Ad esempio: la consegna di materiale sterile, una conversazione informativa sui rischi, la proposta di un test, un invio a un servizio specialistico.
Compilazione sul sistema IDEAS: ciascun gruppo compila il sistema informatizzato, e non una modulistica cartacea. La scelta risponde a due esigenze. La prima è la reperibilità dei campi: la difficoltà a individuare l'informazione all'interno dell'architettura del sistema si manifesta nell'uso effettivo dell'interfaccia e non nella lettura di un modulo. La seconda è la verifica della sostenibilità operativa: il tempo effettivamente necessario alla compilazione è rilevabile soltanto compilando, e la sua misurazione fornisce alla Fondazione un'informazione utile alla valutazione del carico amministrativo che il modulo comporterà.

Confronto in plenaria: segue il confronto delle compilazioni prodotte dai diversi gruppi sul medesimo caso. È il momento più rilevante del percorso da un punto di vista formativo: la divergenza tra compilazioni rende immediatamente visibile l'esistenza di margini interpretativi, e trasforma una questione altrimenti astratta in un'evidenza constatata dai partecipanti. La discussione delle divergenze conduce alla definizione di criteri condivisi di compilazione, che vengono raccolti nella guida sintetica consegnata al termine del percorso.

Conduzione delle giornate formative: l'esercitazione è condotta da personale dell'area *Gestión del Conocimiento* della Fondazione, che dispone della conoscenza approfondita del sistema necessaria a orientare la localizzazione dei campi e a chiarire le finalità di ciascuna registrazione. La scelta risponde inoltre a una logica organizzativa: chi elabora i dati a valle è nella posizione migliore per spiegare a monte quale informazione serva e perché. Il confronto diretto consente inoltre di raccogliere le osservazioni degli operatori sulle criticità riscontrate, secondo il circolo descritto al §4.5.

4.4.4.3. Materiali

Sono previsti quattro materiali, tutti consegnati ai partecipanti al termine del percorso:

- **Guida sintetica alla compilazione**, contenente i criteri condivisi definiti in aula per i campi che presentano margini interpretativi. È il prodotto dell'esercitazione, non un documento predisposto in anticipo.
- **Schema dell'architettura del sistema**, con indicazione della collocazione dei campi relativi alle attività più frequenti, comprese quelle registrate in sezioni afferenti ad altre aree professionali.
- **Esercitazioni pratiche**, che possono essere riproposti internamente ai servizi per l'inserimento di nuovo personale.
- **Indicazioni sul canale di segnalazione** predisposto dalla Fondazione, con l'indicazione delle informazioni utili da trasmettere in caso di criticità riscontrate nell'uso.

4.4.4.4. Valutazione dell'apprendimento

Trattandosi di formazione rivolta a professionisti, non si prevedono prove di valutazione individuale. La verifica dell'apprendimento avviene attraverso due modalità di natura diversa.

La prima è collettiva e integrata nell'attività formativa. Il confronto in plenaria delle compilazioni prodotte dai diversi gruppi, descritto sopra, svolge una funzione valutativa oltre che didattica: il grado di convergenza raggiunto al termine della discussione costituisce un indicatore dell'apprendimento del gruppo rispetto all'obiettivo 7 (§4.4.2), ossia la capacità di compilare il sistema in modo uniforme. Se al termine del confronto permangono divergenze rilevanti su determinati campi, il dato segnala che quei campi richiedono ulteriore chiarimento e, eventualmente, che presentano un'ambiguità non risolvibile in sede formativa, da trasmettere alla Fondazione attraverso il canale di segnalazione. La valutazione riguarda dunque il gruppo e lo strumento, non il singolo partecipante.

La seconda è un questionario di gradimento e autovalutazione, somministrato al termine del percorso, finalizzato a raccogliere la percezione di utilità, le difficoltà residue e le eventuali richieste di approfondimento. Lo strumento ha funzione di miglioramento del percorso stesso in vista delle repliche presso le altre sedi, e consente inoltre di raccogliere osservazioni sull'adeguatezza della durata e dell'articolazione dei moduli.

Va precisato che il questionario rileva la percezione dei partecipanti e non il loro apprendimento. La verifica dell'effettiva ricaduta del percorso sulla pratica di compilazione è rimandata agli indicatori di sistema descritti di seguito.

4.4.4.5. Valutazione degli esiti

L'efficacia del percorso può essere verificata a distanza attraverso indicatori ricavabili dal sistema stesso, che consente l'estrazione di statistiche di compilazione. Tre indicatori appaiono particolarmente pertinenti:

- la quota di campi compilati sul totale dei campi applicabili, come misura della completezza della registrazione;
- l'utilizzo effettivo delle categorie tematiche introdotte con le modifiche descritte al §3.6, come misura del riconoscimento delle attività educative quali interventi documentabili;

- il numero e la natura delle segnalazioni trasmesse attraverso il canale della Fondazione, come indicatore indiretto del coinvolgimento degli operatori nell'uso del sistema.

La rilevazione di tali indicatori presuppone che il modulo sia in uso e si colloca pertanto in una fase successiva all'implementazione. Il confronto tra sedi formate in tempi diversi potrebbe inoltre fornire, in condizioni favorevoli, un'indicazione sull'effetto del percorso, sebbene la molteplicità dei fattori in gioco non consenta di attribuirvi valore dimostrativo.

4.5. Formazione e revisione dello strumento

I paragrafi precedenti hanno descritto la formazione come condizione perché le modifiche allo strumento producano l'effetto atteso. Il rapporto tra i due elementi non è tuttavia unidirezionale: se la formazione rende utilizzabile lo strumento, l'uso dello strumento genera a sua volta le informazioni necessarie a rivederlo.

Il presente paragrafo descrive tale circolo e le condizioni perché esso possa funzionare.

4.5.1. Le modifiche allo strumento sono vincolate alla formazione

Le azioni di miglioramento individuate al §3.6 intervengono sulla struttura del modulo, ma nessuna di queste modifiche produce da sola un dato migliore. Come argomentato al §4.2.2, la disponibilità di un campo non ne garantisce l'uso appropriato. Un campo riformulato riduce l'ambiguità ma non la elimina, e ciò che resta viene interpretato dall'operatore secondo un criterio che, senza formazione, sarà individuale. Il punto è tanto più rilevante in quanto la maggior parte degli interventi prioritari non modifica l'aspetto del sistema ma il significato dei suoi campi. Una modifica che non si vede, ma che cambia cosa il campo chiede, produce effetti solo se viene spiegata.

4.5.2. La revisione dello strumento a partire dall'esperienza professionale

La seconda direzione è meno immediata. Il modulo non è mai stato utilizzato in condizioni operative, e l'analisi condotta in questo lavoro è documentale: le valutazioni di applicabilità formulate al §3.3 stimano se un item risulterà compilabile nella pratica, ma non lo verificano (§2.5).

Gli operatori che useranno il modulo saranno i primi a disporre di questa informazione. I campi che risultano ambigui nonostante la riformulazione, le informazioni non reperibili

al momento del contatto, le situazioni che il sistema non consente di rappresentare: sono dati che nessuna analisi documentale può produrre.

Il percorso formativo interviene su questo piano già in aula. Come descritto al §4.4.4, il confronto delle compilazioni fa emergere le divergenze interpretative; quelle che permangono al termine della discussione segnalano campi la cui ambiguità non è risolvibile in sede formativa, e possono essere trasmesse alla Fondazione al termine di ciascuna edizione.

Per la fase successiva, la Fondazione dispone già degli strumenti necessari a raccogliere e recepire tali osservazioni. Esiste un canale attraverso cui gli operatori possono trasmettere segnalazioni relative alle criticità riscontrate; ed è prevista, all'interno del sistema, la possibilità tecnica di modificare gli item, funzione riservata all'area *Gestión del Conocimiento*. Le tre modifiche recepite nel corso del presente lavoro, descritte al §3.5, ne costituiscono un'applicazione.

Il modulo IDEAS – RdD non è dunque concepito come uno strumento chiuso, ma come un sistema suscettibile di revisione a partire dall'esperienza d'uso. Il percorso formativo non introduce una modalità nuova, ma promuove l'impiego di una possibilità già prevista, in relazione a uno strumento nuovo e nella fase in cui le segnalazioni sono più utili.

Il fatto che la medesima area conduca la formazione e disponga della facoltà di modificare gli item consente inoltre di tradurre direttamente in revisioni le osservazioni raccolte in aula.

4.5.3. Un'indicazione per la Fondazione

Ne discende un'indicazione che eccede il contenuto del percorso, e che si fonda su una possibilità già presente nel sistema. La prima versione del modulo che entrerà in uso non sarà quella definitiva, per quanto accurata sia la revisione che la precede: sarà la prima sottoposta a verifica operativa.

Prevedere fin dall'avvio che le segnalazioni raccolte alimentino revisioni successive, e comunicarlo agli operatori come parte del percorso formativo, ha un duplice effetto. Consente di correggere lo strumento sulla base dell'uso reale (§4.5.2) e colloca gli operatori nella posizione di soggetti che contribuiscono alla costruzione del sistema, anziché di destinatari di un adempimento definito altrove, condizione che incide, come argomentato al §4.3, sulla disponibilità stessa a compilarlo con cura.

CAPITOLO 5 – LA DIMENSIONE DELLA RICERCA: IDEAS COME FONTE DI DATI SCIENTIFICI

5.1. Premessa metodologica: origine e rielaborazione della revisione

I capitoli precedenti hanno esaminato il modulo IDEAS – RdD sotto due profili: la sua capacità di rappresentare gli interventi raccomandati dalle linee guida (Capitoli 2 e 3) e le condizioni professionali perché venga compilato in modo da produrre dati affidabili (Capitolo 4). Il presente capitolo affronta un terzo profilo, corrispondente alla domanda: il sistema raccoglie informazioni sufficienti a sostenere attività di ricerca?

La domanda non è equivalente a quelle già affrontate. Un sistema può risultare adeguato come strumento gestionale, cioè capace di documentare correttamente ciò che il servizio eroga, consentire la rendicontazione, sostenere la continuità assistenziale, e risultare al tempo stesso inutilizzabile a fini di ricerca, poiché quest'ultima richiede caratteristiche del dato che la gestione ordinaria non presuppone. Il capitolo esamina quali di tali caratteristiche il modulo possieda e quali no.

5.1.1. Origine e riconversione del materiale utilizzato

Il capitolo si avvale di una revisione della letteratura condotta dall'autrice nell'ambito di un precedente Project Work del percorso magistrale, il cui obiettivo era differente da quello qui perseguito. Tale revisione indagava l'efficacia degli interventi di Riduzione del Danno sugli esiti di salute delle persone che usano sostanze, con particolare riferimento alla prevenzione delle infezioni trasmissibili per via ematica. La domanda di ricerca era formulata secondo il modello PICO, acronimo che designa i quattro elementi in cui un quesito di ricerca viene scomposto per renderlo ricercabile nelle banche dati: la popolazione considerata (*Population*), l'intervento oggetto di indagine (*Intervention*), il termine di confronto rispetto al quale valutarlo (*Comparison*) e l'esito misurato (*Outcome*). Ciascun elemento fornisce i termini con cui costruire le stringhe di ricerca, che vengono poi combinati mediante operatori booleani.

La domanda era formulata come segue: nelle persone che usano droghe per via iniettiva, gli interventi di Riduzione del Danno erogati attraverso servizi di prossimità e programmi di scambio siringhe, rispetto all'assenza di tali interventi, riducono l'incidenza delle infezioni trasmissibili per via ematica?

La ricerca è stata condotta su PubMed, Cochrane Library e Scopus tra il 6 e il 18 agosto 2025, con stringhe costruite secondo l'articolazione PICO e adattate alla sintassi di ciascuna banca dati. Sono stati applicati filtri relativi al periodo di pubblicazione (2015 – 2025), alla lingua (inglese e italiano) e al disegno di studio (revisioni sistematiche, meta – analisi, trial clinici). I riferimenti reperiti sono stati esportati e importati nella piattaforma Rayyan* per la gestione dello screening, dove sono stati registrati 132 record. Dopo l'eliminazione dei duplicati sono stati sottoposti a screening di titolo e abstract 72 studi, di cui 14 esaminati in versione integrale; al termine del processo cinque studi sono stati inclusi: quattro revisioni sistematiche e uno studio randomizzato controllato. Il processo di selezione è rappresentato in Figura 4.

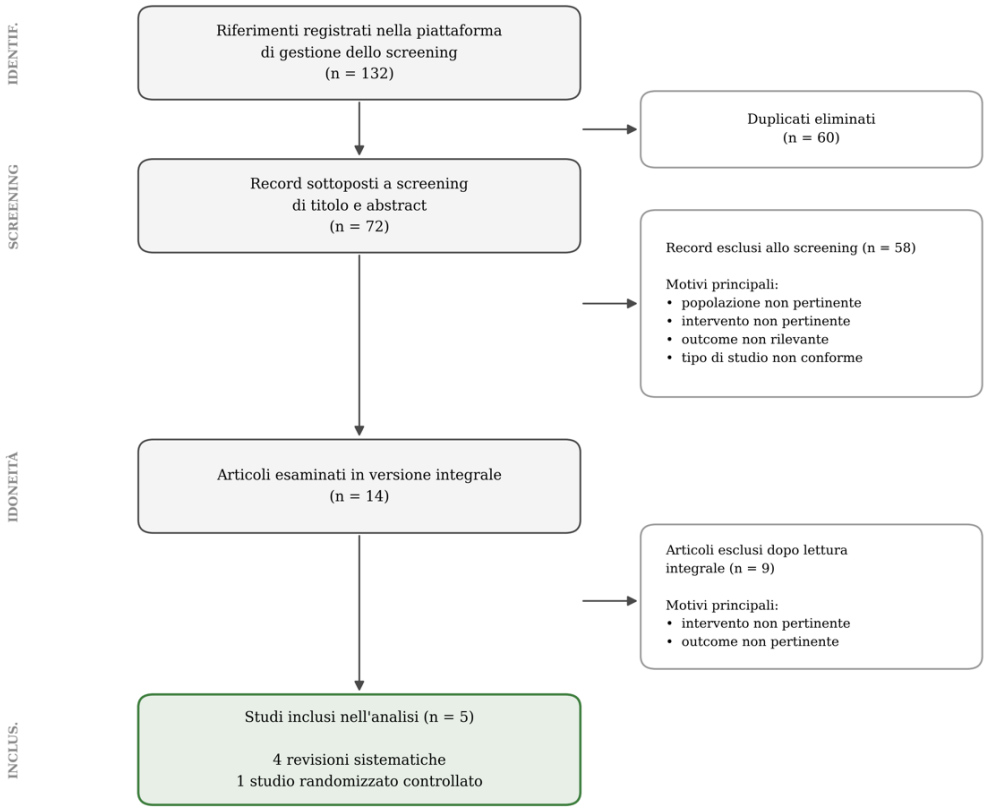


***Figura 4**. Flusso di selezione degli studi inclusi nella revisione della letteratura richiamata al §5.1.*

Nel presente capitolo quel materiale viene impiegato per una finalità diversa. Non interessa qui stabilire quali interventi risultino efficaci, questione già affrontata dalla

* Le ricerche nelle tre banche dati avevano prodotto complessivamente 247 riferimenti; il numero di record effettivamente registrati nella piattaforma di gestione è risultato inferiore, per effetto di limiti nelle procedure di esportazione e importazione dei file bibliografici. La circostanza costituisce un limite del processo di selezione, richiamato al §5.5.

letteratura e non oggetto di verifica in questa sede, ma identificare quali variabili gli studi effettivamente misurino per giungere alle proprie conclusioni. Le variabili di esito impiegate dalla ricerca costituiscono infatti il riferimento rispetto al quale valutare se un sistema di raccolta dati sia in grado di alimentarla.

Tale riconversione va dichiarata esplicitamente. La revisione non è stata condotta per rispondere alla domanda di questo capitolo, e i suoi risultati vengono qui utilizzati in modo parziale e orientato: se ne estraggono le variabili misurate, non le conclusioni sull'efficacia. Il capitolo non costituisce pertanto una revisione della letteratura, né aspira a esserlo; la sua natura è valutativa, e ha per oggetto il sistema IDEAS.

5.1.2. Rapporto con la ricerca bibliografica del Capitolo 2

Occorre distinguere questo materiale da quello impiegato al §2.3.4. La ricerca narrativa strutturata descritta in quella sede aveva lo scopo di verificare che le macro – aree individuate corrispondessero ad ambiti di intervento sostenuti da evidenza empirica, e ha prodotto i dieci studi codificati A1 – A10 nella matrice. La revisione richiamata in questo capitolo ha invece origine e disegno autonomi.

Le due fonti presentano una sovrapposizione parziale, essendovi uno studio che compare in entrambe; in bibliografia tale riferimento figura una sola volta, con numerazione unica.

5.1.3. Articolazione del capitolo

Il capitolo procede in quattro passaggi. Il §5.2 identifica le variabili che la ricerca sulla Riduzione del Danno effettivamente misura. Il §5.3 esamina le condizioni che un dato deve soddisfare per risultare utilizzabile a fini di ricerca, e ne verifica la presenza in IDEAS. Il §5.4 classifica le domande di ricerca in funzione della loro affrontabilità con il sistema, distinguendo quelle già percorribili, quelle che lo diventerebbero a seguito delle modifiche proposte al §3.6 e quelle che eccedono le possibilità dello strumento. Il §5.5 discute prospettive e limiti.

5.2. Variabili di esito negli studi sulla RdD

Per stabilire se un sistema di raccolta dati sia in grado di sostenere attività di ricerca occorre anzitutto identificare quali informazioni la ricerca utilizzi. Il presente paragrafo estrae tali informazioni dalla revisione richiamata al §5.1, non per discutere l'efficacia

degli interventi, ma per ricavare l'elenco delle variabili rispetto alle quali valutare il modulo.

Gli studi esaminati misurano l'efficacia degli interventi di Riduzione del Danno attraverso quattro famiglie di variabili.

- **Esiti infettivi:** costituiscono l'esito primario nella maggior parte degli studi: incidenza e prevalenza dell'infezione da HIV e da virus dell'epatite C, rilevate attraverso test sierologici e misurate in termini di nuovi casi per anni – persona. È la variabile rispetto alla quale si stabilisce se un intervento riduca effettivamente la trasmissione.
- **Comportamenti a rischio:** rappresentano l'esito intermedio più frequentemente impiegato, e comprendono la condivisione di aghi e siringhe, il riutilizzo di materiale, la frequenza delle iniezioni e i comportamenti sessuali a rischio. La loro rilevazione avviene prevalentemente attraverso auto – riferimento della persona.
- **Copertura ed esposizione all'intervento:** misurano quanto la persona ha effettivamente ricevuto, considerando la partecipazione ai programmi di scambio siringhe e la loro frequenza, il livello di copertura raggiunto rispetto al fabbisogno, l'uso corrente della terapia sostitutiva. Diversi studi distinguono tra esposizione elevata e ridotta, e alcuni valutano la combinazione di più interventi.
- **Accesso e collegamento ai servizi:** comprendono l'esecuzione di test per HIV e HCV, l'accesso a terapie farmacologiche per il disturbo da uso di oppioidi, l'accesso a profilassi pre – esposizione, e il collegamento effettivo ai servizi di cura successivo a una diagnosi.

5.2.1. Caratteristiche ricorrenti delle variabili impiegate

L'esame delle variabili impiegate evidenzia una caratteristica che orienta il resto del capitolo: quasi tutte richiedono una dimensione temporale.

L'incidenza è per definizione una misura che presuppone l'osservazione della medesima persona in momenti successivi. La ritenzione in trattamento richiede di conoscere quando il trattamento è iniziato e se prosegue. La variazione dei comportamenti a rischio richiede almeno due rilevazioni. Il collegamento ai servizi richiede di sapere non soltanto che un invio è avvenuto, ma se la presa in carico si è realizzata.

Anche le variabili apparentemente statiche, come la copertura, assumono significato solo in rapporto a un periodo definito: il numero di siringhe distribuite per persona all'anno è un indicatore, il numero complessivo distribuito non lo è.

Una seconda caratteristica riguarda il livello di rilevazione. Alcune variabili si riferiscono alla singola persona: l'esito di un test, la partecipazione a un trattamento; altre al servizio o al territorio come la copertura di un programma rispetto al fabbisogno stimato. Un sistema centrato sulla persona, quale IDEAS, alimenta direttamente le prime, e le seconde solo attraverso aggregazione, purché il denominatore sia noto.

Va infine osservato che una parte rilevante delle variabili impiegate, segnatamente i comportamenti a rischio, è rilevata attraverso auto – riferimento, con i limiti di accuratezza che ciò comporta. La circostanza è pertinente al presente lavoro, poiché anche IDEAS raccoglie per intervista una quota consistente delle proprie informazioni (§2.1).

5.2.2. Il quadro dei risultati

Benché non sia oggetto del presente capitolo, è utile richiamare sinteticamente gli esiti della revisione, che orientano la rilevanza relativa delle variabili.

Le evidenze più solide riguardano la terapia sostitutiva con oppioidi, in particolare quando associata ai programmi di scambio siringhe: la combinazione dei due interventi risulta più efficace dei singoli nel ridurre il rischio di infezione da HCV[25]. I programmi di scambio siringhe considerati isolatamente presentano risultati meno consistenti, con eterogeneità elevata tra gli studi e direzione dell'effetto favorevole ma non sempre significativa[26, 27]. Gli interventi multicomponente appaiono promettenti ma di difficile confronto, per la variabilità delle componenti incluse[28]. Le evidenze relative alle unità mobili derivano da un numero limitato di studi e restano preliminari[29].

Questo quadro ha una conseguenza per il presente capitolo. Gli ambiti su cui la ricerca dispone di maggiori evidenze (terapia sostitutiva, scambio siringhe) sono anche quelli in cui IDEAS presenta la copertura più solida (§3.1). Gli ambiti su cui le evidenze sono più deboli o preliminari, e su cui sarebbe quindi più utile produrre nuova ricerca, coincidono in parte con quelli in cui il sistema registra le maggiori lacune: interventi di prossimità, prevenzione dell'overdose. La convergenza è ripresa al §5.5.

5.3. Quando un dato è utilizzabile per la ricerca

Il paragrafo precedente ha identificato le variabili che la ricerca sulla Riduzione del Danno utilizza. Verificare se IDEAS le contenga non è tuttavia sufficiente a rispondere alla domanda del capitolo: la presenza di un campo non garantisce che il dato in esso registrato sia utilizzabile a fini di ricerca.

Una precisazione preliminare è necessaria. IDEAS non è stato progettato come strumento di ricerca: è un sistema di valutazione e monitoraggio individuale, finalizzato a sostenere l'intervento sulla singola persona e la gestione dei servizi (§2.1). Valutarne l'adeguatezza rispetto a una finalità diversa da quella per cui è stato costruito non equivale quindi a rilevarne carenze, ma a stabilire entro quali limiti un uso ulteriore sia possibile. Le condizioni esaminate di seguito, inoltre, non sono specifiche di questo sistema: interessano qualunque strumento di raccolta dati compilato da più operatori in contesti assistenziali, e alcune riflettono difficoltà strutturali dell'ambito, come documentano i dati europei sulla disomogenea disponibilità delle informazioni di copertura (§1.2).

Un sistema può contenere tutte le variabili pertinenti e risultare comunque inservibile per uno studio, se il dato che produce non soddisfa determinate condizioni. La questione è riconosciuta in ambito sanitario, dove la qualità del dato è oggetto di una specifica letteratura che ne individua diverse dimensioni, tra cui accuratezza, completezza, coerenza e tempestività risultano le più frequentemente impiegate. La medesima letteratura segnala tuttavia una mancanza di uniformità nelle dimensioni adottate e nei metodi di valutazione, e indica la necessità di ricondurle a insiemi limitati di dimensioni primarie, selezionate in funzione dell'oggetto considerato[30].

L'indicazione è rilevante ai fini del presente paragrafo. Non esiste un elenco canonico di dimensioni della qualità del dato cui riferirsi, e la selezione di un sottoinsieme pertinente all'oggetto considerato non costituisce quindi un'alternativa arbitraria a un modello consolidato: è la procedura che la letteratura stessa indica come necessaria.

Su questa base sono state individuate quattro condizioni che un sistema di raccolta dati deve soddisfare perché le informazioni che produce risultino utilizzabili a fini di ricerca nell'ambito qui considerato. Le condizioni derivano in parte dalle dimensioni riconosciute in letteratura, in parte dalle categorie di valutazione della qualità assistenziale richiamate al §1.5, e in parte dalle caratteristiche specifiche delle variabili

identificate al §5.2 e dei risultati riportati nei capitoli precedenti. La loro derivazione è esplicitata al termine del paragrafo.

5.3.1. Prima condizione: la continuità temporale

Come osservato al §5.2, quasi tutte le variabili impiegate dalla ricerca presuppongono l'osservazione della medesima persona in momenti successivi. L'incidenza di un'infezione è per definizione una misura longitudinale; la ritenzione in trattamento richiede di conoscere quando esso è iniziato e se prosegue; la variazione dei comportamenti a rischio richiede almeno due rilevazioni. La condizione è soddisfatta se il sistema consente di collegare tra loro contatti successivi della stessa persona e di collocarli nel tempo.

In IDEAS la condizione è soddisfatta solo in parte. Il sistema è centrato sulla persona assistita, e questa è la premessa necessaria: le registrazioni sono riferite a un individuo identificato, non a prestazioni anonime. Due elementi ne limitano tuttavia l'impiego longitudinale.

Il primo riguarda la datazione degli eventi. Come rilevato al §3.4 (pattern *e*), il sistema consente di registrare l'avvio dei trattamenti ma non in forma strutturata la data di inizio, la durata e l'eventuale conclusione. Ne consegue che la ritenzione in trattamento, indicatore di esito centrale in tutti gli studi esaminati, non risulta calcolabile.

Il secondo riguarda l'identificazione dei singoli accessi. Nella sezione dedicata alla sala di consumo supervisionato non è previsto un campo per data e ora né un identificativo univoco di sessione (§3.2.11): non è quindi possibile distinguere accessi multipli della medesima persona né ricostruirne la frequenza nel tempo.

Entrambi gli elementi rientrano tra le azioni di miglioramento proposte al §3.6.

5.3.2. Seconda condizione: la confrontabilità

Perché un dato possa essere aggregato, le registrazioni prodotte da operatori diversi a fronte di situazioni analoghe devono essere equivalenti. Se il medesimo campo viene compilato secondo criteri differenti, il dato aggregato non misura un fenomeno ma la variabilità delle interpretazioni.

In IDEAS la condizione trova il principale ostacolo nella formulazione degli item e nella presenza di campi in forma libera (§3.4. pattern *b* e *c*). Come riportato al §3.3, la chiarezza

risulta il criterio più problematico della valutazione qualitativa: 28 item su 98 sono stati giudicati pienamente adeguati. Ai fini della ricerca il rilievo assume un significato ulteriore rispetto a quello discusso nel Capitolo 3: un campo ambiguo non produce dati errati, ma dati che non misurano una grandezza definita, con conseguenze sulla validità dell'informazione aggregata.

La condizione dipende tuttavia da due piani distinti: la formulazione del campo e la pratica di compilazione, che sono affrontati rispettivamente dalle azioni del §3.6 e dal percorso formativo descritto nel Capitolo 4, dove costituisce l'obiettivo 7. Va osservato che i due piani non sono indipendenti: quanto minore è l'ambiguità del campo, tanto minore è il margine che la formazione deve colmare.

5.3.3. Terza condizione: la disponibilità di misure di esito

Le categorie richiamate al §1.5 distinguono tra informazioni relative alla struttura, al processo e all'esito dell'assistenza[9]. Un sistema di raccolta dati centrato sulla persona documenta il processo: registra ciò che viene erogato, a chi e in quale contesto.

La ricerca sull'efficacia richiede invece misure di esito: non quante siringhe sono state distribuite, ma se la trasmissione delle infezioni si sia ridotta; non quante persone hanno iniziato un trattamento, ma se lo abbiano proseguito e con quali conseguenze sulla salute. Questa condizione non è soddisfabile attraverso uno strumento di questo tipo, e il limite non è specifico di IDEAS. Come osservato al §1.4, gli esiti che la Riduzione del Danno persegue si manifestano in tempi lunghi, spesso al di fuori del servizio e in forma di eventi non avvenuti. Un sistema che documenta i contatti non può rilevare l'infezione che non si è verificata né l'overdose evitata.

Il sistema registra tuttavia alcune informazioni di natura intermedia, che negli studi esaminati figurano tra le variabili misurate: gli esiti dei test per HIV, epatiti, IST e tubercolosi, l'avvio di trattamenti, alcuni comportamenti a rischio. Si tratta di misure che, pur non costituendo esiti di salute in senso proprio, consentono di descrivere condizioni ed evoluzioni. Il limite risiede nella loro utilizzabilità: la valorizzazione di questi dati come esiti presuppone infatti la prima condizione, ossia la possibilità di collocarli nel tempo e di collegarli a contatti successivi.

5.3.4. Quarta condizione: l'affidabilità del dato

Un dato può essere presente, formalmente completo e confrontabile, e nondimeno rappresentare qualcosa di diverso da ciò che dichiara di misurare. È la dimensione che la letteratura sulla qualità del dato definisce come accuratezza, ossia la misura in cui l'informazione rappresenta correttamente gli oggetti o gli eventi cui si riferisce[30].

In IDEAS la condizione presenta criticità puntuali, illustrate al §4.3 attraverso l'esempio della registrazione delle siringhe restituite. Il sistema consente di registrare la quantità di siringhe consegnate e quella restituita, ma non di stabilire se il materiale restituito sia quello consegnato dal servizio o sia stato raccolto altrove. Il tasso di restituzione che ne deriva è formalmente calcolabile, ma non misura una grandezza definita.

Ai fini della ricerca questa condizione è la più insidiosa delle quattro. L'assenza di un dato è visibile e produce un'analisi incompleta; un dato inaffidabile è invisibile e produce un'analisi errata. È l'ipotesi che il principio richiamato al §4.1 descrive nella sua forma più problematica: non soltanto l'impossibilità di produrre conoscenza, ma la produzione di conoscenza apparente.

Va osservato che l'affidabilità dipende in misura rilevante da fattori che precedono la registrazione: nel caso richiamato, dalla domanda che l'operatore rivolge o non rivolge alla persona. È la ragione per cui questa condizione non è affrontabile attraverso la sola revisione dello strumento (§4.5).

5.3.5. La derivazione delle quattro condizioni

Poiché le condizioni proposte non riproducono un modello preesistente, è opportuno esplicitare da dove ciascuna derivi (Tabella 17).

Tabella 17. Derivazione delle quattro condizioni di utilizzabilità.

Condizione	Derivazione
Continuità temporale	Caratteristiche delle variabili impiegate dalla ricerca (§5.2); connessa alla dimensione della completezza, che non la esaurisce
Confrontabilità	Risultati della valutazione qualitativa degli item (§3.3) e obiettivo formativo 7 (§4.4.2)
Misure di esito	Categorie struttura – processo – esito[9]
Affidabilità	Dimensione dell'accuratezza[30]; caso rilevato al §4.3

Due precisazioni sulle corrispondenze.

La quarta condizione coincide con una dimensione riconosciuta, l'accuratezza, secondo la definizione richiamata al §5.3.4.

La seconda condizione presenta invece una parentela solo apparente con la dimensione della coerenza. Quest'ultima è definita come lo stato in cui tutte le copie di un dato risultano identiche nei diversi sistemi informativi[30], e riguarda quindi l'allineamento tra sistemi; la confrontabilità qui considerata riguarda invece l'equivalenza tra registrazioni prodotte da operatori diversi all'interno del medesimo sistema. Si tratta di questioni distinte, e la seconda non è direttamente riconducibile alla prima.

La prima condizione non trova corrispondenza puntuale tra le dimensioni identificate in letteratura, pur essendo connessa alla completezza, definita come presenza di tutti gli elementi necessari a una determinata finalità[30]. La possibilità di collegare rilevazioni successive della medesima persona costituisce infatti un requisito che discende dalla natura longitudinale delle variabili impiegate nella ricerca sulla Riduzione del Danno (§5.2), e che in altri contesti potrebbe non essere rilevante.

La terza condizione, infine, non riguarda la qualità del dato ma la sua natura: attiene alla distinzione tra ciò che un sistema centrato sul processo assistenziale può documentare e ciò che eccede le sue possibilità.

5.3.6. Le condizioni migliorabili e non migliorabili

Le quattro condizioni non presentano il medesimo grado di affrontabilità, e la distinzione orienta il paragrafo seguente.

Continuità temporale e confrontabilità sono condizioni migliorabili: dipendono da caratteristiche dello strumento e da pratiche di compilazione su cui le azioni proposte al §3.6 e il percorso formativo del Capitolo 4 intervengono direttamente. L'affidabilità è parzialmente migliorabile, poiché dipende anche dalla conduzione del contatto. La disponibilità di misure di esito costituisce invece un limite strutturale del tipo di strumento, superabile soltanto attraverso il collegamento con fonti informative esterne.

Ne discende che le domande di ricerca affrontabili con IDEAS non sono le stesse allo stato attuale e in una fase successiva all'implementazione delle modifiche, e che alcune resteranno comunque fuori portata.

5.4. Le domande di ricerca affrontabili con IDEAS

Le condizioni esaminate al paragrafo precedente non presentano il medesimo grado di affrontabilità. Continuità temporale e confrontabilità dipendono da caratteristiche dello strumento e da pratiche di compilazione, su cui le azioni proposte al §3.6 e il percorso formativo descritto nel Capitolo 4 intervengono direttamente; l'affidabilità è migliorabile solo in parte, poiché dipende anche dalla conduzione del contatto; la disponibilità di misure di esito costituisce invece un limite strutturale del tipo di strumento, superabile soltanto attraverso il collegamento con fonti informative esterne.

Da questa distinzione discende la classificazione delle possibili domande di ricerca in tre gruppi: le domande già percorribili con il modulo nella sua configurazione attuale, quelle che lo diventerebbero a seguito delle modifiche proposte al §3.6, e quelle che eccedono le possibilità di uno strumento di questo tipo.

La classificazione presuppone in ogni caso che il modulo sia in uso e che la compilazione risponda alle condizioni di qualità discusse nel Capitolo 4: nessuna delle domande indicate come affrontabili lo è se il dato non viene raccolto in modo sistematico e uniforme.

5.4.1. Domande già affrontabili

Con il modulo nella configurazione attuale risultano percorribili le domande di natura descrittiva, riferite a ciò che il servizio eroga e a chi vi accede.

- **Volumi e tipologie di materiale distribuito.** La macro – area dello scambio di aghi e siringhe presenta la copertura più solida dell'analisi per quanto riguarda i materiali di base, con campi quantitativi associati alla maggior parte delle voci (§3.2.1). È possibile quantificare il materiale sterile consegnato per periodo e per tipologia, con l'eccezione delle voci prive del campo *Cantidad*.
- **Caratteristiche della popolazione assistita.** I blocchi *Información* e *Diagnóstico* raccolgono informazioni anagrafiche, sociali, sanitarie e relative ai consumi (§2.1), consentendo la descrizione dei profili delle persone che accedono ai servizi e il confronto tra servizi o territori.

- **Attività erogate per area professionale.** Il blocco *Atención* documenta gli interventi realizzati da ciascuna area, consentendo di descrivere la composizione dell'attività complessiva del servizio.
- **Prevalenza di condizioni rilevate.** La sezione *Infecciones relevantes* registra gli esiti dei test per HIV, epatiti, IST e tubercolosi, consentendo stime di prevalenza nella popolazione assistita, con la cautela che si tratta di una popolazione selezionata, non rappresentativa dell'insieme delle persone che usano sostanze.

Queste domande soddisfano le condizioni necessarie perché non richiedono continuità temporale: sono misure di stato o di volume riferite a un periodo. Restano nondimeno esposte alla seconda condizione, la confrontabilità, che ne determina l'attendibilità quando i dati provengono da servizi e operatori diversi.

5.4.2. Domande affrontabili a seguito delle modifiche proposte

Un secondo gruppo di domande diventerebbe percorribile qualora fossero implementate le azioni di miglioramento individuate al §3.6. Sono domande di natura longitudinale o di processo assistenziale, che gli studi esaminati al §5.2 pongono con frequenza.

- **Ritenzione in trattamento.** L'introduzione di campi strutturati per data di inizio, durata e conclusione dei trattamenti (§3.6, intervento 8) renderebbe calcolabile la permanenza in terapia sostitutiva e antiretrovirale, variabile che negli studi esaminati risulta tra le più rilevanti, essendo associata alla riduzione del rischio di infezione.
- **Collegamento ai servizi di cura.** L'ampliamento della sezione *Infecciones relevantes* con i campi relativi al completamento del percorso diagnostico – terapeutico e all'invio a servizi specifici (§3.6, intervento 4) consentirebbe di tracciare il passaggio dalla diagnosi alla presa in carico, ossia il *linkage to care*, che nella letteratura esaminata figura tra gli esiti di accesso più frequentemente misurati.
- **Attività erogate per setting.** L'introduzione di un campo relativo al setting di erogazione, collegato al tipo di intervento (§3.6, intervento 3), consentirebbe di distinguere le attività realizzate in contesti di prossimità da quelle erogate in sede fissa. È la condizione per qualunque studio sugli interventi di outreach, che allo stato attuale non risultano documentabili come modalità di erogazione (§3.2.12).

- **Copertura degli interventi di prevenzione dell'overdose.** L'introduzione di una voce dedicata alla distribuzione preventiva di naloxone, distinta dall'uso clinico, e la categorizzazione tematica dei contenuti formativi (§3.6, interventi 2 e 7) renderebbero misurabile la diffusione di un intervento che gli studi esaminati indicano come efficace nella riduzione della mortalità.
- **Aderenza ai trattamenti.** L'inclusione della variabile relativa all'aderenza nella configurazione del modulo (§3.6, intervento 1) renderebbe disponibile un'informazione che negli studi figura tra i determinanti dell'esito terapeutico.

Il rilievo che accomuna questo gruppo è che le domande in questione non richiedono l'introduzione di un sistema diverso, ma di un numero limitato di modifiche già identificate e in parte già proposte alla Fondazione. Il potenziale di ricerca del modulo dipende quindi, in misura rilevante, da interventi il cui costo è stato valutato contenuto (§3.6).

5.4.3. Domande non affrontabili

Un terzo gruppo di domande eccede le possibilità di uno strumento di questo tipo, indipendentemente dalle modifiche apportabili.

- **Incidenza delle infezioni.** Stabilire se un intervento riduca la trasmissione di HIV o HCV richiede di osservare l'insorgenza di nuove infezioni in una popolazione seguita nel tempo. Anche disponendo degli esiti dei test e della loro datazione, un servizio a bassa soglia non garantisce il follow – up necessario: le persone accedono in modo discontinuo, possono non tornare, possono essere testate altrove. È la terza condizione, che attiene alla natura dello strumento (§5.3).
- **Esiti di salute a distanza.** Mortalità, ospedalizzazioni, evoluzione clinica delle patologie: sono informazioni che si producono al di fuori del servizio e che nessun sistema di registrazione dei contatti può rilevare.
- **Efficacia comparativa degli interventi.** Stabilire se un intervento sia più efficace di un altro richiede un disegno di studio con gruppo di confronto, che un sistema di raccolta dati assistenziali non consente di costruire: tutte le persone registrate ricevono l'intervento del servizio, e non esiste un gruppo non esposto.

Va osservato che queste domande non sono precluse in assoluto, ma non sono affrontabili con il solo modulo. Il loro perseguimento richiederebbe il collegamento con fonti

informative esterne come registri sanitari, dati di mortalità, sistemi di sorveglianza, attraverso procedure di record linkage che pongono questioni tecniche e di protezione dei dati eccedenti l'ambito del presente lavoro.

Sintesi

Tabella 18. Domande di ricerca per grado di affrontabilità.

Grado	Tipologia di domanda	Condizione determinante
Già affrontabili	o Volumi di materiale distribuito; o Profili della popolazione; o Attività per area professionale; o Prevalenza di condizioni rilevate	Non richiedono continuità temporale
Affrontabili a seguito delle modifiche	o Ritenzione in trattamento; o Linkage to care; o Attività per setting; o Copertura degli interventi sull'overdose; o Aderenza al trattamento	Continuità temporale e collegamento tra informazioni
Non affrontabili con il solo modulo	o Incidenza delle infezioni; o Esiti di salute a distanza; o Efficacia comparativa	Disponibilità di misure di esito; disegno di studio

Il quadro consente una risposta articolata alla domanda posta in apertura del capitolo. Il modulo IDEAS – RdD, nella configurazione attuale, sostiene ricerca di tipo descrittivo sulla popolazione assistita e sull'attività dei servizi. Un numero limitato di modifiche già individuate ne estenderebbe la portata a domande di processo assistenziale, che costituiscono una parte rilevante di quelle poste dalla letteratura sull'ambito. Le domande relative agli esiti di salute restano invece fuori portata, e richiederebbero un'integrazione con fonti esterne.

5.5. Prospettive e limiti di IDEAS per progetti di ricerca futuri

L'analisi condotta in questo capitolo consente di riprendere un'osservazione emersa al §2.3.4 e di collocarla in un quadro più ampio.

La ricerca di verifica condotta su PubMed aveva individuato 34 studi pertinenti, distribuiti su sette delle dodici macro – aree analizzate. Cinque macro – aree non avevano trovato riscontro in revisioni che le assumessero come oggetto principale: test e counseling HIV, terapia antiretrovirale, prevenzione e cura delle IST, distribuzione di preservativi e prevenzione e trattamento della tubercolosi.

Tre di queste, terapia antiretrovirale, IST e tubercolosi, figurano anche tra le macro – aree con il profilo di copertura più critico da parte di IDEAS (§3.1).

La convergenza suggerisce una relazione che vale la pena esplicitare. Ciò che la letteratura non studia tende a non essere raccolto, poiché non esistono indicatori consolidati né una domanda di dati che ne sostenga la rilevazione; e ciò che non viene raccolto non può essere studiato, poiché manca la base empirica su cui costruire una ricerca. Le due condizioni si rinforzano reciprocamente, e il risultato è che alcuni ambiti dell'intervento restano poco documentati e poco indagati non per irrilevanza clinica, ma per una dinamica autoalimentata.

Una spiegazione plausibile riguarda il perimetro riconosciuto della Riduzione del Danno. Come osservato al §2.3.4, la produzione scientifica si concentra sugli interventi che ne costituiscono il nucleo distintivo e che sono stati oggetto di controversia come: scambio di aghi e siringhe, terapia sostitutiva, sale per il consumo; mentre gli ambiti clinici correlati sono trattati all'interno di altre letterature specialistiche, che non assumono la Riduzione del Danno come cornice di riferimento.

Si tratta di un'ipotesi interpretativa, non di un dato verificato. Resta però che tali ambiti, riguardano condizioni sanitarie di rilievo nella popolazione assistita, e che la loro documentazione sistematica costituirebbe di per sé un contributo, in un contesto in cui la letteratura disponibile è limitata.

5.5.1. Prospettive

Dall'analisi discendono tre indicazioni di prospettiva.

La prima riguarda il rapporto tra revisione dello strumento e potenziale di ricerca. Come mostrato al §5.4, le modifiche che estenderebbero la portata delle domande affrontabili non sono aggiuntive rispetto a quelle già proposte per finalità gestionali: coincidono in larga parte con esse. La datazione dei trattamenti, il collegamento tra setting e intervento, la distinzione tra invio e presa in carico rispondono simultaneamente all'esigenza di

documentare correttamente l'attività e a quella di renderla analizzabile. Il potenziale di ricerca del modulo non richiede quindi un investimento autonomo, ma deriva dagli interventi già individuati.

La seconda riguarda il collegamento con fonti esterne. Le domande relative agli esiti di salute restano fuori portata per un sistema che documenta i contatti assistenziali. Il loro perseguimento richiederebbe procedure di *record linkage* con registri sanitari o sistemi di sorveglianza, che pongono questioni tecniche, organizzative e di protezione dei dati eccedenti l'ambito di questo lavoro, ma che costituiscono la direzione in cui il potenziale del sistema potrebbe essere ulteriormente esteso.

La terza riguarda gli ambiti scoperti. La documentazione sistematica di terapia antiretrovirale, IST e tubercolosi nei servizi di Riduzione del Danno, ambiti per i quali la letteratura specifica risulta limitata, costituirebbe un contributo conoscitivo in sé, indipendentemente dalla possibilità di misurarne gli esiti.

5.5.2. Limiti

Le considerazioni svolte in questo capitolo presentano quattro limiti da esplicitare.

Il carattere previsionale della valutazione. Il modulo non è ancora in uso (§2.2). Quanto affermato circa le domande affrontabili riguarda ciò che il sistema consentirebbe di studiare in condizioni di compilazione adeguata, non ciò che i dati effettivamente raccolti permetteranno. Come discusso nel Capitolo 4, la qualità della compilazione è essa stessa una variabile, e determina in misura decisiva il valore delle informazioni prodotte.

I limiti della revisione utilizzata. Le variabili identificate al §5.2 derivano da una revisione condotta con obiettivo differente (§5.1), che ha incluso cinque studi selezionati secondo criteri riferiti a quella domanda di ricerca. La selezione non è esaustiva, anche per effetto della perdita di record verificatasi in fase di importazione dei riferimenti bibliografici; e la restrizione dell'esito alle infezioni trasmissibili per via ematica comporta che variabili impiegate in studi su altri esiti.

La natura della griglia proposta. Le quattro condizioni di utilizzabilità individuate al §5.3 non costituiscono un modello validato, ma una selezione elaborata per l'oggetto del presente lavoro, in parte derivata dalla letteratura sulla qualità del dato e in parte dai risultati dell'analisi. Una diversa articolazione avrebbe potuto condurre a una classificazione differente delle domande affrontabili.

L’assenza di verifica sui dati reali. La valutazione è stata condotta sulla struttura del modulo e non su dati effettivamente raccolti attraverso di esso. Non è stato quindi possibile verificare, ad esempio, quale sia il tasso di compilazione effettivo dei campi, quale la variabilità tra operatori, quale la completezza delle registrazioni nel tempo. Sono verifiche possibili soltanto in una fase successiva all’implementazione, e costituiscono la naturale prosecuzione dell’analisi qui condotta.

CAPITOLO 6 – DAI RISULTATI ALLE PROSPETTIVE FUTURE

6.1. Il significato del divario rilevato tra IDEAS – RdD e le linee guida

Il modulo IDEAS – RdD non è stato costruito a partire dalle linee guida assunte come riferimento in questo lavoro, ma dalle valutazioni già realizzate nei centri, dalle variabili ritenute pertinenti dai servizi e dalle richieste informative delle amministrazioni finanziatrici (§2.2).

Il divario rilevato nel Capitolo 3 non misura quindi uno scostamento rispetto ai criteri con cui il modulo è stato progettato, ma la distanza tra due logiche distinte: quella della rendicontazione, orientata a documentare ciò che gli enti finanziatori richiedono, e quella degli standard internazionali, orientata a definire cosa un servizio di Riduzione del Danno dovrebbe erogare. Una copertura parziale o assente non segnala un errore di progettazione, ma un ambito che le linee guida raccomandano e che il sistema, per come è stato costruito, non è in condizione di documentare.

Che tale distanza esista non costituisce peraltro un'anomalia: il divario tra raccomandazione e pratica è la condizione ordinaria nei servizi sanitari[10], e i dati europei richiamati nell'Introduzione mostrano che la difficoltà a documentare in modo comparabile l'attività erogata attraversa l'intero ambito[1].

Da queste considerazioni discende il senso del confronto condotto. Se il modulo fosse stato elaborato sulla base delle linee guida, la verifica si sarebbe risolta in un controllo di conformità rispetto a criteri già assunti dalla Fondazione. Poiché così non è stato, l'analisi ha introdotto un criterio di valutazione esterno alla progettazione dello strumento, rendendo visibile ciò che il sistema non è in condizione di rilevare e quantificandone l'estensione.

Va tuttavia riconosciuto che l'allineamento alle linee guida non era, e potrebbe non essere, un obiettivo della Fondazione: l'adozione delle proposte formulate al §3.6 comporta l'assunzione di un criterio ulteriore rispetto a quelli che hanno orientato la costruzione del modulo, con i costi organizzativi che ne derivano. Tale assunzione non è priva di ragioni: documentare gli interventi secondo standard riconosciuti rende l'attività comparabile con altri contesti e amplia le finalità per cui il sistema può essere utilizzato (Capitolo 5), ma costituisce una scelta che spetta alla Fondazione.

6.2. Cosa limita l'utilizzabilità del dato

Il risultato più rilevante dell'analisi non riguarda ciò che il modulo non registra, ma il modo in cui registra ciò che registra. Due ordini di fattori lo determinano: la forma in cui l'informazione viene raccolta e il carico che la raccolta comporta per gli operatori.

6.2.1. La forma dell'informazione

Il problema dominante rilevato dall'analisi non è l'assenza di informazioni, ma la forma in cui vengono raccolte: quasi la metà delle definizioni operative risulta coperta solo in parte, e la chiarezza è il criterio più critico della valutazione qualitativa (§3.1, §3.3). Tre situazioni ricorrono: campi che registrano l'avvenimento di un'attività senza specificarne il contenuto, campi in forma libera che non consentono l'aggregazione, informazioni distribuite su sezioni distinte senza collegamento strutturato.

Questa caratteristica attraversa i tre piani su cui il presente lavoro è articolato, assumendo in ciascuno un significato diverso.

Sul piano gestionale costituisce un problema di qualità dello strumento, affrontabile attraverso le riformulazioni individuate al §3.6. Sul piano formativo è un problema di riconoscimento: un campo che consente di descrivere un intervento educativo in forma libera resta inutilizzato se l'operatore non identifica la propria attività come qualcosa da documentare (§4.2). Sul piano della ricerca è un problema di validità: un dato non confrontabile tra operatori non misura una grandezza definita, e un dato in forma libera non è aggregabile (§5.3).

Si tratta della medesima condizione osservata da tre prospettive. Ne discende che nessuno dei tre piani può essere affrontato isolatamente: la riformulazione dei campi senza formazione produce strumenti migliori compilati secondo criteri individuali; la formazione senza riformulazione chiede agli operatori di colmare un'ambiguità che appartiene allo strumento.

6.2.2. Il carico della rilevazione

Il secondo fattore riguarda la sostenibilità della raccolta nelle condizioni operative descritte al §1.1.3, dove ogni informazione richiesta sottrae tempo all'intervento e può costituire una barriera all'accesso.

Il dato relativo all'applicabilità operativa, indica che il modulo non richiede, nella maggior parte dei casi, informazioni inaccessibili all'operatore. La questione non riguarda però il singolo item, bensì l'estensione complessiva della rilevazione. In sede di confronto è stato osservato dalla Fondazione stessa che tale estensione potrebbe risultare eccessiva rispetto alle reali possibilità dell'utenza di questi servizi, e che le versioni minime potrebbero essere ulteriormente ridotte in esito ai progetti pilota non ancora realizzati (§2.2).

Il rilievo ha una conseguenza diretta sulle proposte formulate in questo lavoro. Ogni campo aggiunto comporta un costo in termini di tempo di compilazione e di formazione: le raccomandazioni non possono quindi essere valutate singolarmente, ma in rapporto al carico complessivo che determinano. È la ragione per cui le azioni di miglioramento sono state ordinate secondo un criterio che pone in relazione l'estensione dell'impatto e il costo di implementazione (§3.6.1), e per cui gli interventi individuati come prioritari consistono in prevalenza in riformulazioni di campi esistenti anziché in aggiunte (§3.6.2).

I due fattori esaminati non sono peraltro indipendenti. Un sistema esteso oltre le possibilità del contesto operativo produce compilazioni affrettate o incomplete, che si traducono in dati di forma peggiore. Campi formulati in modo ambiguo aumentano il tempo necessario alla compilazione, richiedendo all'operatore un'interpretazione che non dovrebbe competergli.

Ne discende un'indicazione unitaria: il miglioramento della qualità informativa del modulo non passa attraverso un ampliamento della rilevazione, ma attraverso la strutturazione di ciò che già viene raccolto. Rendere selezionabile un contenuto oggi descritto in forma libera, collegare informazioni già presenti in sezioni distinte, riformulare un campo ambiguo: sono interventi che aumentano l'utilizzabilità del dato senza incrementare il carico per gli operatori.

6.3. Il ruolo del laureato magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie

Il percorso descritto in questo elaborato ha richiesto competenze riconducibili alle tre aree che caratterizzano il profilo del laureato magistrale: l'organizzazione e la gestione dei servizi, la formazione permanente del personale, la ricerca nell'ambito di competenza.

Sul piano manageriale, il lavoro ha comportato l'analisi di uno strumento aziendale, la traduzione di raccomandazioni in criteri verificabili e la formulazione di proposte ordinate secondo un criterio che pone in relazione il beneficio informativo e il costo di implementazione (§3.6.1). L'ordine di priorità delle azioni di miglioramento non deriva soltanto dall'analisi, ma dalla valutazione di cosa un servizio possa realisticamente assorbire.

Sul piano formativo, ha richiesto l'individuazione dei bisogni a partire dai risultati dell'analisi, la progettazione di un percorso articolato in obiettivi, contenuti e metodologie, e la definizione degli strumenti di valutazione (§4.4). Va segnalato che il fabbisogno formativo non è stato rilevato attraverso una ricognizione presso gli operatori, ma dedotto dai risultati e dall'osservazione condotta durante il tirocinio: è una derivazione legittima, ma che una progettazione formativa in condizioni ordinarie dovrebbe verificare.

Sul piano della ricerca, ha comportato la costruzione di una matrice di analisi, la ricerca e la selezione della letteratura a supporto, e la valutazione del potenziale del sistema come fonte di dati per studi futuri (§5.4).

Un ultimo elemento riguarda il rapporto tra competenza professionale ed esperienza diretta. L'esperienza in servizi a bassa soglia non costituisce un requisito del profilo, ma ha inciso sulla valutazione dell'applicabilità operativa degli item (§2.3.5), orientando l'analisi verso criticità rilevanti per la pratica anziché verso criteri esclusivamente documentali. È un contributo che va riconosciuto per quello che è: un vantaggio conoscitivo, e insieme un fattore di soggettività dichiarato tra i limiti del lavoro.

6.4. Limiti e prospettive del lavoro

6.4.1. Limiti

I limiti specifici delle singole componenti dell'analisi sono stati esposti nei paragrafi in cui ciascuna è descritta: quelli della strategia di ricerca bibliografica al §2.3.4, quelli dell'impianto metodologico al §2.5, quelli relativi alla valutazione del potenziale di ricerca al §5.5. Si richiamano qui le condizioni che incidono sulla portata complessiva del lavoro e sull'interpretazione dei risultati nel loro insieme.

- La natura documentale dell'analisi. Il modulo non è mai stato utilizzato nei servizi: la valutazione ha riguardato la sua struttura, non i dati che produce. Ne

consegue che i giudizi sull'applicabilità operativa sono previsioni: indicano se un item dovrebbe risultare compilabile nelle condizioni del contatto, ma nessuno lo ha ancora compilato. Il limite riguarda in particolare questo criterio, poiché la chiarezza e la pertinenza di un item sono valutabili esaminandone la formulazione, mentre l'applicabilità dipende da cosa accade effettivamente durante il contatto.

- L'assenza di rilevazione presso gli operatori e le persone assistite. Né gli uni né le altre sono stati coinvolti in alcuna fase. Gli operatori sono i destinatari dello strumento e i soggetti della proposta formulata nel Capitolo 4, elaborata quindi senza una ricognizione dei loro bisogni; le persone assistite sono le destinatarie degli interventi che il sistema documenta, e la loro prospettiva sul carico informativo del contatto non è stata raccolta.
- Il valutatore singolo. L'intera analisi è stata condotta da una sola persona, con integrazione derivante dal confronto interno. Tale confronto, pur avendo modificato in misura sostanziale i risultati (§3.5.5), non costituisce una verifica indipendente: è avvenuto in forma informale e a partire da una codifica già formulata.
- L'ambito del confronto. Il lavoro ha verificato se IDEAS copra le definizioni operative derivate dalle linee guida, ma non la direzione opposta: se il sistema raccolga informazioni utili non previste da quelle fonti, o campi ridondanti che gravano sulla compilazione senza beneficio. A ciò si aggiunge che il confronto ha riguardato un solo contesto autonomico, mentre la Fondazione opera in più comunità autonome con quadri regolatori differenti (§1.3).

6.4.2. Prospettive

Dai limiti discendono le direzioni di approfondimento.

- La sperimentazione sul campo. È la verifica che il presente lavoro non ha potuto compiere. Una fase pilota consentirebbe di rilevare il tempo effettivo di compilazione, la quota di campi compilati, la variabilità tra operatori: sono i dati che confermerebbero o correggerebbero le valutazioni di applicabilità, e che la Fondazione ha indicato come necessari prima dell'implementazione su larga scala (§2.2).

- L’analisi in direzione opposta. Verificare cosa il sistema raccolga oltre quanto raccomandato permetterebbe di individuare sia dati non valorizzati sia ridondanze eliminabili, quest’ultima possibilità particolarmente rilevante alla luce della questione del carico di compilazione (§6.2.2).
- Il potenziale di ricerca. Le modifiche individuate al §3.6 renderebbero affrontabili domande di ricerca oggi precluse (§5.4.2). La documentazione sistematica di ambiti oggi poco rappresentati tanto nel sistema quanto nella letteratura (terapia antiretrovirale, infezioni sessualmente trasmissibili, tubercolosi) costituirebbe di per sé un contributo conoscitivo (§5.5).
- L’utilizzo del lavoro nella revisione del modulo. La Fondazione ha indicato l’intenzione di impiegare i risultati di questa analisi nella fase di revisione dell’adattamento di IDEAS ai servizi di Riduzione del Danno, prevista al termine dell’informatizzazione in corso, e ha proposto all’autrice di parteciparvi. È la prospettiva più immediata, e l’unica in cui le proposte formulate possono essere discusse voce a voce con chi ha costruito il sistema.

CONCLUSIONI

L'obiettivo di questo lavoro era verificare se il modulo IDEAS dedicato alla Riduzione del Danno consenta di registrare gli interventi che le linee guida di riferimento raccomandano di erogare, e formulare proposte di miglioramento per gli ambiti in cui tale corrispondenza non risulti soddisfatta.

La risposta è articolata. Delle 124 definizioni operative analizzate, poco meno di un terzo risulta pienamente coperto dal modulo, quasi la metà è coperta soltanto in parte e circa un quinto non trova alcun riscontro. La distribuzione è disomogenea: gli interventi storicamente consolidati (terapia sostitutiva, scambio di aghi e siringhe, distribuzione di preservativi) presentano una copertura solida, mentre terapia antiretrovirale, prevenzione dell'overdose e interventi di prossimità non registrano alcuna copertura completa. La prevenzione dell'overdose, in particolare, è l'ambito su cui si rileva il più alto consenso tra le linee guida analizzate e al tempo stesso nessuna definizione pienamente coperta.

Il dato più rilevante riguarda tuttavia la forma dell'informazione più che la sua assenza. Nessun item è risultato non pertinente e la maggior parte è compilabile nelle condizioni operative dei servizi, ma meno di un terzo è formulato in modo inequivocabile. Sette criticità ricorrenti attraversano undici delle dodici macro – aree analizzate: non si tratta quindi di carenze isolate, ma di scelte strutturali comuni a più ambiti, correggibili con un numero limitato di interventi.

Il lavoro ha prodotto tre esiti. Una matrice di analisi che mette in relazione, per ciascun intervento raccomandato, quanto previsto dalle linee guida, quanto sostenuto dalla letteratura e quanto registrato dal sistema: uno strumento riutilizzabile nelle fasi successive di revisione. Un insieme di proposte di miglioramento ordinate secondo il rapporto tra estensione dell'impatto e costo di implementazione. E tre modifiche già applicate al sistema nel corso del tirocinio, con due ulteriori proposte agli atti della Fondazione.

Le ricadute organizzative discendono da una circostanza favorevole: gli interventi a maggiore impatto non sono quelli a costo più elevato. Consistono in prevalenza nella riformulazione e nella strutturazione di campi già esistenti, condizione che consente di migliorare la qualità informativa del modulo senza incrementare il carico di compilazione, vincolo non negoziabile in servizi caratterizzati da contatti brevi e risorse limitate. A ciò si accompagnano due indicazioni che eccedono lo strumento: la necessità

di una formazione di primo avviamento che colleghi l'azione professionale al dato che la documenta, e l'opportunità di prevedere fin dall'inizio che le segnalazioni degli operatori alimentino le revisioni successive.

Resta il fatto che il modulo non è mai stato utilizzato. Quanto affermato in questo elaborato riguarda ciò che il sistema consentirebbe di documentare in condizioni di compilazione adeguata, e richiede la verifica che soltanto la sperimentazione sul campo può fornire.

Il lavoro muoveva dall'osservazione, condotta durante il tirocinio, che i dati trasmessi dai centri risultavano in una parte dei casi difficilmente analizzabili. L'analisi ha mostrato che la difficoltà non dipende da una raccolta insufficiente, ma dal fatto che ciò che viene raccolto non sempre assume una forma utilizzabile. È una condizione correggibile, e la fase preliminare in cui il modulo si trova costituisce il momento in cui correggerla è meno oneroso. Perché il sistema produca conoscenza, tuttavia, non basta che i campi siano ben costruiti: occorre che chi li compila riconosca in quell'atto una componente del proprio lavoro professionale, e non un adempimento che vi si aggiunge.

BIBLIOGRAFIA

1. European Union Drugs Agency. Riduzione del danno: la situazione attuale in Europa (Relazione europea sulla droga 2026) [Internet]. Lisbona: EUDA; 9 giugno 2026 [consultato il 28 agosto 2026]. Disponibile su: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2026/harm-reduction_it
2. Fundación Salud y Comunidad [Internet]. Barcelona: Fundación Salud y Comunidad [consultato il 16 settembre 2026]. Disponibile su: https://www.fsyc.org/
3. Harm Reduction International. What is harm reduction? [Internet]. London: Harm Reduction International [consultato il 28 agosto 2026]. Disponibile su: https://hri.global/what-is-harm-reduction/
4. Council of the European Union. Council conclusions on the EU drugs strategic framework [Internet]. Brussels: Council of the European Union; 6 marzo 2026. Documento 7066/26 [consultato il 28 agosto 2026]. Disponibile su: https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-7066-2026-INIT/en/pdf
5. Cook C, Bridge J, Stimson GV. The diffusion of harm reduction in Europe and beyond. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. EMCDDA Monographs 10. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010. p. 37 – 56.
6. Rhodes T, Hedrich D. Harm reduction and the mainstream. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. EMCDDA Monographs 10. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010. p. 19 – 33.
7. España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, n. 102, 29 aprile 1986.
8. Wiessing L, Ferri M, Běláčková V, Carrieri P, Friedman SR, Folch C, et al. Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: a consensus study. Harm Reduct J. 2017;14(1):19.
9. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q. 2005;83(4):691 – 729. Ristampa di: Milbank Mem Fund Q. 1966;44(3 Suppl):166 – 206.

10. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet. 2003;362(9391):1225 – 30.
11. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci. 2009;4:50.
12. Fundación Salud y Comunidad. Manual de aplicación IDEAS – RDD [documento interno di lavoro non pubblicato]. Barcelona: Fundación Salud y Comunidad; 2024 – 2025.
13. Fundación Salud y Comunidad. IDEAS NMC RDD [documento interno di lavoro non pubblicato]. Barcelona: Fundación Salud y Comunidad; 2024 – 2025.
14. Fundación Salud y Comunidad. Pestaña de atención, revisione del 18 novembre 2025 [documento interno di lavoro non pubblicato]. Barcelona: Fundación Salud y Comunidad; 2025.
15. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva: WHO; 2012.
16. European Centre for Disease Prevention and Control, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs – 2023 update. Stockholm/Lisbon: ECDC/EMCDDA; 2023.
17. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Problemas de salud y recursos utilizados en reducción de daños asociados al consumo de drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024.
18. Agència de Salut Pública de Catalunya. Protocols de reducció de danys. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2012.
19. United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. HIV prevention, treatment, care and support for people who use stimulant drugs: technical guide. Vienna: UNODC; 2019.

20. World Health Organization. Community management of opioid overdose. Geneva: WHO; 2014.
21. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug-related infectious diseases: health and social responses. Lisbon: EMCDDA; 2021.
22. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 – 2024. Madrid; 2018.
23. Agència de Salut Pública de Catalunya. Pla de Drogues i Addiccions Comportamentals 2019 – 2023: de la prevenció universal a la reducció de danys. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2019.
24. Pardo Garrido A. De la calidad del dato al conocimiento útil: la base de las decisiones fundamentadas [podcast]. Gestión del Conocimiento FSC, episodio n. 1. Ivoox; 27 aprile 2026. Disponibile su: https://www.ivoox.com/de-calidad-del-dato-al-conocimiento-util-audios-mp3_rf_172611906_1.html
25. Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al. Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review and meta – analysis. Addiction. 2018;113(3):545–63.
26. Davis SM, Daily S, Kristjansson AL, Kelley GA, Zullig K, Baus A, et al. Needle exchange programs for the prevention of hepatitis C virus infection in people who inject drugs: a systematic review with meta – analysis. Harm Reduct J. 2017;14:25.
27. Fernandes RM, Cary M, Duarte G, Jesus G, Alarcão J, Torre C, et al. Effectiveness of needle and syringe programmes in people who inject drugs – an overview of systematic reviews. BMC Public Health. 2017;17(1):309.
28. Tonin FS, Alves da Costa F, Fernandez – Llimos F. Impact of harm minimization interventions on reducing blood – borne infection transmission and some injecting behaviors among people who inject drugs: an overview and evidence gap mapping. Addict Sci Clin Pract. 2024;19(1):9.
29. Page KR, Weir BW, Zook K, Rosecrans A, Harris R, Grieb SM, et al. Integrated care van delivery of evidence – based services for people who inject drugs: a cluster – randomized trial. Addiction. 2024;119(7):1276 – 88.

30. Ghalavand H, Shirshahi S, Rahimi A, Zarrinabadi Z, Amani F. Common data quality elements for health information systems: a systematic review. BMC Med Inform Decis Mak. 2024;24:243.
31. Levengood TW, Yoon GH, Davoust MJ, Ogden SN, Marshall BDL, Cahill SR, et al. Supervised injection facilities as harm reduction: a systematic review. Am J Prev Med. 2021;61(5):738 – 49.
32. Des Jarlais DC, Feelemyer JP, Modi SN, Abdul – Quader A, Hagan H. High coverage needle/syringe programs for people who inject drugs in low and middle income countries: a systematic review. BMC Public Health. 2013;13:53.
33. van Santen DK, Lodi S, Dietze P, van den Boom W, Hayashi K, Dong H, et al. Comprehensive needle and syringe program and opioid agonist therapy reduce HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs in different settings: a pooled analysis of emulated trials. Addiction. 2023;118(6):1116 – 26.
34. MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J, et al. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta – analysis. BMJ. 2012;345:e5945.
35. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, Indave BI, Degenhardt L, Wiessing L, et al. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta – analysis of cohort studies. BMJ. 2017;357:j1550.
36. Miller NM, Waterhouse – Bradley B, Campbell C, Shorter GW. How do naloxone – based interventions work to reduce overdose deaths: a realist review. Harm Reduct J. 2022;19(1):18.
37. Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC. A systematic review and meta – analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. J Infect Dis. 2011;204(1):74 – 83.
38. Colledge – Frisby S, Ottaviano S, Webb P, Grebely J, Wheeler A, Cunningham EB, et al. Global coverage of interventions to prevent and manage drug – related harms among people who inject drugs: a systematic review. Lancet Glob Health. 2023;11(5):e673 – 83.

ALLEGATI

ALLEGATO A – Matrice di analisi completa

MACRO - DIMENSIONE	DESCRIZIONE	DEFINIZIONI OPERATIVE	LG 1 OMS	LG 2 EMCDDA	LG 3 ESPAÑA	LG 4 CATALUNYA	EVIDENZE SCIENTIFICHE	IDEAS	RIFERIMENTO IDEAS	PERTINENZA	CHIAREZZA	APPLICABILITA'	RACCOMANDAZIONI
		FORNITURA DI MATERIALE STERILE PER LA PREVENZIONE E IL CONSUMO											
Programmi di scambio aghi e siringhe (NSP)	Fornitura gratuita di aghi, siringhe e altro materiale sterile (incluse siringhe a basso volume morto) tramite servizi fissi o mobili per ridurre l'uso di attrezzature contaminate e facilitare l'accesso ad altri servizi sanitari.	1. Distribuzione di aghi sterili	F	F	P	F	A1 (S), A2 (P), A3 (P), A4 (S), A6 (P), A8 (P), A9 (P), A10 (P)		Pestaña de atención Rev 18.11.25 - Reducción de daños de sustancias adictivas. **Otro material de inyección: agujas (puntas)** - página 22.				Per chi è interessato/a a interrompere l'uso di droghe per via endovenosa, valutare l'utilizzo di aghi a basso volume morto, così da monitorarne l'adozione nei programmi NSP.
		2. Distribuzione di siringhe sterili	F	F	P	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - Reducción de daños de sustancias adictivas. **Jeringuilla/aguja/entrega a la persona usuaria Cantidad** - página 22.				
		3. Distribuzione di siringhe a basso volume morto (LDSS)	F	F	A	A							Per chi è interessato/a a interrompere l'uso di droghe per via endovenosa, valutare l'utilizzo di aghi a basso volume morto, così da monitorarne l'adozione nei programmi NSP.
		4. Distribuzione di siringhe con identificatori (codici/colore)	A	F	A	A							Solo una linea guida su quattro (intersezionale) raccomanda l'acquisto di siringhe con identificatori (codici/colore) per ridurre il riutilizzo e migliorare la tracciabilità. Tuttavia, l'assenza di evidenze dirette e il costo elevato rendono questa opzione poco praticabile su larga scala, soprattutto in contesti a risorse limitate. L'assenza di studi comparativi rende difficile valutare l'impatto reale di questi identificatori (codici/colore) facilitano il monitoraggio della distribuzione e riducono la condivisione. IDEAS potrebbe valutare un campione più ampio per registrare nel tempo i programmi che già li adottano.
		FORNITURA DI MATERIALE STERILE PER LA PREPARAZIONE E IL CONSUMO											
		5. Distribuzione di contenitori di preparazione (cookers /ukercups)	F	F	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - Reducción de daños de sustancias adictivas. **Otro material de inyección: Cazoleta de metal/recipiente/cuchara** - página 22.				
		6. Distribuzione di acqua sterile	F	F	A	A							Due linee guida su quattro (intersezionale e nel gruppo) raccomandano l'acqua sterile nel kit di iniezione. IDEAS dovrebbe quindi considerare una voce specifica "Agua esterilizada" nella sezione Otros materiales de inyección. Il costo può variare a seconda del tipo di fornitura (ad esempio, fiale monodose o flaconi multidose) e del contesto (ad esempio, costo per litro in aree remote). Tuttavia, l'acqua non sterile è un noto fattore di rischio per infezioni batteriche, quindi il suo acquisto è giustificato.
		7. Distribuzione di acidificanti (es: acido citrico/ascorbico)	F	F	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - Reducción de daños de sustancias adictivas. **Otros materiales de inyección: Cítrico (ácido cítrico)** - página 22.				IDEAS dovrebbe monitorare l'item in modo più esaustivo, ad esempio "Acidificantes (Cítrico/Ascórbico). Cantidad", per includere esplicitamente entrambi i tipi di acidificanti utilizzati nei programmi NSP ed evitare ambiguità per gli operatori che distribuiscono.
		8. Distribuzione di bicarbonato	F	A	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - Reducción de daños de sustancias adictivas. **Otros materiales de inyección: Bicarbonato** - página 22.				IDEAS dovrebbe aggiungere il campo quantitativo "Cantidad" all'avvio bicarbonato, rendendola coerente con tutti gli altri materiali registrati nella stessa sezione. L'assenza di questo campo compromette la sua chiarezza e la sua possibilità di monitoraggio.
		9. Distribuzione di filtri	F	F	A	A							Dubbi sulla linea guida su quattro (intersezionale) raccomandano la distribuzione di filtri. IDEAS potrebbe quindi aggiungere un'voce "Filtros Cantidad" nella sezione Otros materiales de inyección. I filtri sono essenziali per ridurre l'incidenza di patologie solide e il loro monitoraggio è importante.
		10. Distribuzione di tupi emostatici	F	A	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - Reducción de daños de sustancias adictivas. **Otros materiales de inyección: Gomas (pinzas). Cantidad** - página 22.				IDEAS dovrebbe chiarire la denominazione dell'item, privilegiando un termine tecnico univoco come "torniquetes/laccetti emostatici," ed eliminando la metà tra parentesi. Il nome commerciale "Smarts" per garantire comparazioni uniformi tra operatori che utilizzano termini diversi.
		11. Distribuzione di disinfettanti (alcohol swabs e dry swabs)	A	F	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - Reducción de daños de sustancias adictivas. **Otros materiales de inyección: Toallitas con alcohol/toallitas secas. Cantidad - Pipa. Cantidad. Papel de aluminio Cantidad** - página 22.				Sebbene la distribuzione di disinfettanti sia economicamente vantaggiosa, la sua efficacia nella prevenzione delle infezioni è limitata. Studi hanno dimostrato che l'alcol non è superiore all'acqua e al sapone per la pulizia della pelle prima delle iniezioni, e che può persino ritardare la guarigione delle ferite. Pertanto, la sua inclusione nelle linee guida è discutibile. Se mantenuta, dovrebbe essere accompagnata da una chiara spiegazione dei suoi limiti e da raccomandazioni basate sulle migliori evidenze disponibili.
		12. Distribuzione di materiale per inalazione/fumo (es: tubi, cartaflaglio di alluminio)	F	F	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - Reducción de daños de sustancias adictivas. **Otros materiales de inyección: Tubo. Cantidad. Pipa. Cantidad. Papel de aluminio Cantidad** - página 22.				IDEAS dovrebbe aggiungere il campo "Cantidad" all'avvio "Papel de aluminio", rendendola coerente con gli altri materiali della stessa sezione, e rimuovere il termine colloquiale "Pipa" o mantenerlo solo come nota esplicativa tra parentesi.
		GESTIONE E REGISTRAZIONE DELLA RESTITUZIONE E DELLO SMALTIMENTO SICURO DEL MATERIALE USATO											
		13. Registrazione delle siringhe restituite	F	P	P	P			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - Reducción de daños de sustancias adictivas. **Jeringuilla/aguja/entrega a la persona usuaria Cantidad** - página 22.				Tre linee guida su quattro raccomandano questa attività, quindi è giustificato che IDEAS dovrebbe introdurre una voce dedicata alla raccolta di siringhe usate, distinta dalla restituzione. Registrare la quantità economizzi è essenziale per misurare l'impatto del NSP sulla sicurezza pubblica.
		14. Registrazione della raccolta di siringhe usate	F	A	P	F							Tre linee guida su quattro raccomandano la raccolta di siringhe usate, quindi è giustificato che IDEAS abbia una voce dedicata. Considerando il peso ridotto delle siringhe, la distribuzione di contenitori per smaltimento sicuro è un intervento preventivo che favorisce la restituzione e ridurre l'abbandono di siringhe, obiettivi centrali del programma NSP.
		15. Distribuzione di contenitori per smaltimento sicuro	F	F	A	F							
		REGISTRAZIONE DEI REFERRAL VERSO SERVIZI SANITARI E SOCIALI											
		16. Registrazione di invii a servizi per dipendenze	F	A	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - Red de Trabajo Social. **Derivación** página 13. **Servicios Sinutil áreas** - página 13.				IDEAS registra l'invio ai centri di disintossicazione, ma non distingue il tipo di servizio ricevente. L'assenza della variabile derivazione indica chi un invio è avvenuto, mentre la sezione servizi categorizzazione consente di monitorare l'accesso a specifici tipi di trattamento. Tuttavia, manca una connessione esplicita tra queste due sezioni, rendendo difficile valutare l'efficacia delle derivazioni. Si consiglia di aggiungere un campo che colleghi ogni invio (Item 16, 17 e 18) al servizio destinatario.
		17. Registrazione di invii a servizi HIV	F	A	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - Red de Trabajo Social. **Derivación** página 13. **Servicios Sinutil áreas** - página 13.				Al tempo stesso, sarebbe importante che le attività di educazione sessuale vengano registrate in modo più dettagliato, ad esempio distinguendo tra sessioni individuali e di gruppo, o tra diversi argomenti trattati. Questo permetterebbe di valutare l'efficacia di specifici interventi educativi e di identificare eventuali lacune nell'offerta.
		18. Registrazione di invii ad altri servizi sanitari/sociali	F	P	P	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - Red de Trabajo Social. **Derivación** página 16. + ID/DES.NAC.RDO. **3.15. Servicios Sinutil áreas** - página 13.				Per migliorare la qualità del dato, IDEAS dovrebbe costituire i campi aperti relativi ai destinatari, poiché la scelta del servizio è spesso limitata dalla disponibilità locale. Per registrare il centro di destinazione con una categorizzazione strutturata del tipo di servizio ricevente. Ciò garantirebbe comparazioni più uniformi e permetterebbe l'aggiunzione dei dati. Questi cambiamenti renderebbero il servizio più efficiente e proficuo.

MACRO - DIMENSIONE	DESCRIZIONE	DEFINIZIONI OPERATIVE	LG 1 OMS	LG 2 EMCDDA	LG 3 ESPAÑA	LG 4 CATALUNYA	EVIDENZE SCIENTIFICHE	IDEAS	RIFERIMENTO IDEAS	PERTINENZA	CHIAREZZA	APPLICABILITA'	RACCOMANDAZIONI
Terapia sostitutiva con oppioidi (OST)	Trattamenti basati su evidenze per ridurre l'uso di droghe e le iniezioni, includendo OST con metadone o buprenorfina e altri interventi per la dipendenza.	**PARTECIPAZIONE E CONTINUITA' OST**					**A1 (S), A3 (P), A4 (P), A5 (P), A8 (P), A9 (P), A10 (P)**						
		1. Registrazione della partecipazione a terapia sostitutiva con oppioidi (OST)	F	F	P	P			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - Reducción de daños de sustancias adictivas. **Programa de mantenimiento de metadona y otros opioides** - pagina 22. + IDEAS NMC RDD, 1.1.7 MEDICACIÓN PARA LA DEPENDENCIA, Tipo de medicación - pagina 22.				IDEAS dovrebbe semplificare le opzioni della voce "Situación" nella sezione Medicación para la Dependencia, riducendo il margine interpretativo per l'operatore, e aggiungere istruzioni di compilazione più esplicite per i contesti a bassa soglia dove l'operatore non è necessariamente il medico prescrittore.
		2. Registrazione della durata o continuità del trattamento OST nel tempo	F	F	A	P			IDEAS NMC RDD, **3.2.1 Modalidad de Atención, Programas asignados** - pagina 5. **1.17 MEDICACIÓN PARA LA DEPENDENCIA**, Pautas principales de utilización - pagina 22.				IDEAS dovrebbe aggiungere un campo strutturato per data di inizio e durata del trattamento, superando la semplice distinzione continuativo/episodico. Nella sezione Programas asignados le date sono presenti, ma la compilazione è lasciata al singolo operatore, con conseguente scarsa uniformità. Poiché questo indicatore è collocato a un livello di qualità intermedio, ma è essenziale per monitorare la ritenzione nei programmi OST, si raccomanda di riclassificarlo come requisito minimo di qualità (pregunta 1.1.1).
		3. Registrazione della continuità del trattamento tra contesti (es. carcere ↔ comunità)	A	F	A	P							Serve una voce che indichi se l'utente entra o esce da altri setting (carcere, comunità, ospedale), così da tracciare la continuità del trattamento nelle transizioni, cruciale per le popolazioni più vulnerabili.
		FARMACO E DOSAGGIO											
		4. Registrazione del farmaco utilizzato per OST (metadone, buprenorfina, altri)	F	F	P	P			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - Reducción de daños de sustancias adictivas. **Sustancia/s consumida/s y dosis. Opiáceos (Codeína, Buprenorfina, Metadona...).** Especificar dosis - pagina 22. + IDEAS NMC RDD, **1.7.1 Historial de las dependencias y problemáticas** - pagina 19. + IDEAS NMC RDD, Tabla medicación, **Denominación Común Internacional (DCI) del Medicamento, y marca si se desea** - pagina 55.				DEAS dovrebbe consolidare la registrazione del farmaco OST in un unico campo strutturato con opzioni predefinite (metadone, buprenorfina, buprenorfina/naloxone, altri), eliminando la dispersione dell'informazione in tre sezioni diverse che aumenta il rischio di duplicazioni e omissioni.
		5. Registrazione del dosaggio della terapia OST	F	F	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - Reducción de daños de sustancias adictivas. **Programa de mantenimiento de metadona y otros opioides. Dosis administrada y Dosis entregada para llevar** - pagina 22. + IDEAS NMC RDD, Tabla medicación, **Dosis (mg/ml)** - pagina 55.				
		MODALITA' DI EROGAZIONE											
		6. Registrazione della somministrazione della terapia in sede	F	F	P	P			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - Reducción de daños de sustancias adictivas. **Programa de mantenimiento de metadona y otros opioides. Se administra en el centro** - pagina 22. + Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Administración de medicamentos** - pagina 31.				
		7. Registrazione della consegna di dosi da assumere al di fuori del servizio	F	F	P	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Administración de medicamentos** - pagina 31. + Pestaña de atención Rev 18.11.25 - Reducción de daños de sustancias adictivas. Programa de mantenimiento de metadona y otros opioides. **No se administra en el centro. Dosis entregada para llevar** - pagina 22.				IDEAS dovrebbe consolidare la registrazione della consegna delle dosi in un unico punto dello strumento, eliminando la duplicazione tra la sezione Administración de medicamentos e il Programa de Mantenimiento per ridurre il rischio di compilazioni incoerenti.
		INTERVENTI COMPLEMENTARI SPECIFICI OST											
		8. Registrazione di interventi psicosociali (es. CBT, counselling breve)	F	F	P	P			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Area Psicológica, Contenido de la sesión** - pagina 3. **Motivo de la atención** - pagina 24/25.				In IDEAS, nella sezione Técnicas y Modelo de intervención vengono distinti diversi modelli di intervento. L'unica accortezza da evidenziare è che l'item delle linee guida fa riferimento agli interventi psicosociali, mentre IDEAS li colloca all'interno dell'area psicologica. Inoltre, la tecnica specifica utilizzata viene riportata direttamente dal professionista, senza una categorizzazione strutturata.
		9. Registrazione della presenza di interventi di contingency management	A	F	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Area Psicológica, Contenido de la sesión "Manejo de contingencias"** - pagina 3.				
		10. Registrazione dell'uso di trattamenti alternativi (es. naltrexone, HAT)	A	F	A	P			IDEAS NMC RDD, **1.7.1 Historial de las dependencias y problemáticas, otros opioides prescritos** - pagina 19.				IDEAS dovrebbe includere voci che esplicitino tra parentesi alcuni trattamenti alternativi (ad es. naltrexone, HAT), così da fornire esempi chiari e orientare la compilazione. L'opzione "Otros" può essere utilizzata, ma andrebbe accompagnata da esempi aggiuntivi per garantire maggiore uniformità. Questo miglioramento renderebbe più efficace il monitoraggio della diversificazione terapeutica.

MACRO - DIMENSIONE	DESCRIZIONE	DEFINIZIONI OPERATIVE	LG 1 OMS	LG 2 EMCDDA	LG 3 ESPAÑA	LG 4 CATALUNYA	EVIDENZE SCIENTIFICHE	IDEAS	RIFERIMENTO IDEAS	PERTINENZA	CHIAREZZA	APPLICABILITA'	RACCOMANDAZIONI
Test e counselling HIV	Offerta di test HIV, anche rapidi e comunitari, con counselling e collegamento garantito ai servizi di cura per chi risulta positivo.	**ESECUZIONE DEL TEST**					A2 (S), A3 (S), A4 (P), A6 (S), A9 (P)						
		1. Registrazione dell'esecuzione del test HIV	F	F	F	F			IDES NMC RDD, **2.5 Infecciones relevantes** - pagina 25.				IDEAS dovrebbe distinguere più chiaramente tra la registrazione retrospettiva della storia di testing dell'utente e la registrazione del test eseguito durante il contatto attuale, ad esempio separando i due item o aggiungendo istruzioni di compilazione esplicite.
		2. Registrazione del tipo di test HIV utilizzato (es. test rapido)	F	P	A	F			IDES NMC RDD, **2.5 Infecciones relevantes** - pagina 25.				IDEAS dovrebbe prevedere un campo che specifichi il tipo di test (rapido, ELISA, salivare), perché l'attuale sistema non distingue le diverse metodologie. Questa informazione è utile per monitorare l'adozione dei test rapidi nei servizi a bassa soglia.
		3. Registrazione della conferma di test HIV positivo secondo procedure standard	F	P	A	F			IDES NMC RDD, **2.5 Infecciones relevantes** - pagina 25.				Si propone di aggiungere una sezione che distingua chiaramente un test HIV preliminarmente reattivo dalla successiva conferma diagnostica. L'item dovrebbe includere un campo per registrare l'avvenuta conferma del risultato positivo, con data e modalità/sede di conferma, così da migliorare il monitoraggio del percorso diagnostico HIV nei servizi di Riduzione del Danno.
		MODALITA' E SETTING											
		4. Registrazione del setting di erogazione del test (servizio fisso vs outreach/comunitario)	F	F	F	P			IDES NMC RDD, **2.5 Infecciones relevantes, "Se realiza prueba en el centro o servicio"** - pagina 25.				L'attuale item è troppo generico. Serve una categorizzazione del setting (servizio fisso, outreach, comunitario), perché il contesto di erogazione è un determinante chiave dell'accessibilità al testing.
		5. Registrazione delle modalità di erogazione del test in contesti multipli (farmacia, carcere, outreach, sanitario)	A	F	F	P							IDEAS dovrebbe specificare il contesto di erogazione (farmacia, carcere, outreach, sanitario, altro) per analizzare la distribuzione del testing e identificare eventuali aree di bassa copertura.
		COUNSELING											
		6. Registrazione dell'erogazione di counselling pre-test HIV	F	P	P	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - **Area Educativa. Motivo de la Atención** - pagina 6.				Si propone di introdurre una voce specifica per il counselling pre-test HIV, distinta dalle attività informative generiche, così da garantirne una registrazione sistematica e standardizzata. L'intervento dovrebbe essere compilato in modo esplicito e strutturato nel sistema dati, riducendo la discrezionalità dell'operatore e migliorando la tracciabilità del percorso di testing nei servizi di Riduzione del Danno.
		7. Registrazione dell'erogazione di counselling post-test HIV	F	P	P	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - **Area Educativa. Motivo de la Atención** - pagina 6.				Si propone di introdurre una voce specifica per il counselling post-test HIV, distinta dalle attività informative generiche, per garantirne una registrazione chiara e standardizzata. La documentazione dell'intervento dovrebbe essere prevista in modo esplicito nel sistema dati, riducendo la discrezionalità del professionista e migliorando il monitoraggio del percorso assistenziale legato al testing HIV.
		LINKAGE TO CARE											
		8. Registrazione dell'invio a servizi HIV per utenti con test positivo	F	F	P	F			IDES NMC RDD, **2.5 Infecciones relevantes, "¿Ha iniciado tratamiento?"** - pagina 25.				Si raccomanda che, in caso di test HIV positivo, il sistema preveda un campo dedicato per indicare se la persona è stata inviata a servizi sanitari di riferimento. Tale annotazione dovrebbe essere registrata in modo strutturato, così da garantire la tracciabilità dell'invio e migliorare il monitoraggio del collegamento ai servizi di cura all'interno dei programmi di Riduzione del Danno.
		9. Registrazione dell'accesso effettivo a servizi HIV/ART dopo test positivo	F	P	P	P			IDES NMC RDD, **2.5 Infecciones relevantes, "¿Ha iniciado tratamiento?" + "Sí, hace más/menos de 12 meses"** - pagina 25.				
		OFFERTA DEL TEST											
		10. Registrazione dell'offerta di HIV testing su iniziativa dell'operatore (PITC)	F	A	P	F							Serve un campo che distingua test proposto dall'operatore da test richiesto dall'utente, utile per valutare la proattività del servizio nel raggiungere chi non chiederebbe spontaneamente il test.
		11. Registrazione del re-testing periodico nei soggetti a rischio	A	F	A	A			IDEAS NMC RDD, **2.5 Infecciones relevantes, "¿Se ha hecho alguna vez la prueba? Sí, hace más/menos de 12 meses?"** - pagina 25.				Si potrebbe rendere più chiaro l'item sulla frequenza del test per utilizzarlo come indicatore di re-testing periodico, senza introdurre nuovi campi.
		12. registrazione dell'accesso a PEP/PrEP	A	F	A	A			IDES NMC RDD, **2.1 6 Métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual (IST) y/o de prevención de embarazo** - pagina 28.				IDEAS dovrebbe introdurre un item specifico che registri l'accesso a PrEP/PEP come intervento facilitato dal servizio, distinto dalla registrazione della frequenza d'uso come comportamento preventivo dell'utente.
		13. Registrazione dell'offerta di screening integrato (HIV, HCV, HBV, sifilide, TB) come protocollo sistematico al primo contatto o all'avvio del trattamento	A	A	A	F			IDEAS NMC RDD, **2.5 Infecciones relevantes** - pagina 25.				IDEAS dovrebbe aggiungere istruzioni esplicite che indichino questa sezione come protocollo sistematico da compilare al primo contatto o all'avvio del trattamento, riducendo la discrezionalità dell'operatore e garantendo l'applicazione uniforme dello screening integrato.

MACRO - DIMENSIONE	DESCRIZIONE	DEFINIZIONI OPERATIVE	LG 1 OMS	LG 2 EMCDDA	LG 3 ESPAÑA	LG 4 CATALUNYA	EVIDENZE SCIENTIFICHE	IDEAS	RIFERIMENTO IDEAS	PERTINENZA	CHIAREZZA	APPLICABILITA'	RACCOMANDAZIONI
Terapia antiretrovirale (ART)	Accesso alla terapia antiretrovirale per tutte le persone che vivono con HIV, con supporto all'aderenza e integrazione con i trattamenti per la dipendenza.	**ACCESSO E PRESA IN CARICO**											
		1. Registrazione della presa in carico di utenti in terapia antiretrovirale (ART)	F	P	A	A			IDEAS NMC RDD, **2.4. enfermedades relevantes + 2.5. infecciones relevantes**, pagine 24/25.				Serve un item che registri la presa in carico formale dell'utente in ART, distinto dall'inizio del trattamento. Questo permetterebbe di distinguere chi arriva già in ART da chi viene avviato dal servizio.
		2. Registrazione dell'accesso degli utenti a ART	F	F	A	A			IDEAS NMC RDD, **2.5. infecciones relevantes**, pagina 25.				Il campo "¿Ha iniciado tratamiento?" dovrebbe specificare se il trattamento è ART, introducendo una categorizzazione del tipo di terapia. L'attuale formulazione non permette di distinguere ART da altri trattamenti.
		3. Registrazione dell'invio o collegamento a servizi ART per utenti HIV positivi	F	F	A	A							Serve un item dedicato che registri l'invio a servizi ART per utenti HIV positivi, in continuità con il gap già rilevato per gli invii a servizi HIV. Le due esigenze possono essere integrate in un unico item strutturato.
		STATO E CONTINUITA' DEL TRATTAMENTO											
		4. Registrazione dello stato del trattamento ART (in corso / non in corso / pre-ART)	F	P	A	A			IDEAS NMC RDD, **2.4. enfermedades relevantes + 2.5. infecciones relevantes**, pagine 24/25.				IDEAS dovrebbe definire chiaramente lo stato del trattamento (in corso, non in corso, pre-ART, interrotto), invece di usare campi generici.
		5. Registrazione della continuità del trattamento ART nel tempo	F	P	A	A			IDEAS NMC RDD, **2.5. infecciones relevantes**, pagina 25.				Serve un campo per data di inizio e durata del trattamento ART, analogamente a quanto raccomandato per l'OST. Attualmente IDEAS consente solo di registrare quando il trattamento inizia. La ritenzione è un indicatore di esito fondamentale.
		ADERENZA E SUPPORTO ALL'ADERENZA											
		6. Registrazione dell'aderenza al trattamento ART	F	P	A	A							Si propone di ricollocare l'item sull'aderenza al trattamento dal livello di qualità superiore al livello minimo, così da renderlo disponibile anche nel modulo IDEAS per la Riduzione del Danno. Questa modifica permetterebbe di monitorare in modo sistematico la continuità terapeutica, un indicatore rilevante anche nei servizi a bassa soglia, e di aumentare la comparabilità e la completezza dei dati tra i diversi livelli del sistema IDEAS.
		7. Registrazione della presenza di interventi di supporto all'aderenza (es. peer, DOT, multicomponent)	A	F	A	A							Gap non critico. Si può valutare una voce opzionale che registri interventi di supporto (peer support, DOT, interventi multicomponente), utile per i servizi che già li applicano.
		INTEGRAZIONE CON TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE											
		8. Registrazione dell'integrazione tra ART e trattamento per dipendenze (es. OST)	F	P	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - **Area Sanitaria. Motivo de la Atención** - pagina 24.				Si propone di introdurre campi specifici per documentare l'integrazione tra ART e trattamento per dipendenze, distinguendo la semplice registrazione degli interventi farmacologici dalla presa in carico terapeutica integrata. Attualmente Ideas consente di registrare questi farmaci ma non di considerarne l'integrazione. Il sistema dovrebbe rilevare il coordinamento tra trattamenti e la concomitanza di ART e OST, così da migliorare il monitoraggio dell'integrazione assistenziale nei servizi di Riduzione del Danno.
Prevenzione e cura delle IST	Screening e trattamento delle IST, con servizi accessibili e integrati per PWID, insieme a programmi di distribuzione di preservativi e promozione del sesso sicuro.	**ACCESSO E OFFERTA TESTING IST**											
		1. Registrazione dell'accesso degli utenti a screening per IST	F	F	P	F			IDEAS NMC RDD, **2.5. infecciones relevantes**, pagina 25.				IDEAS dovrebbe distinguere più chiaramente tra la registrazione retrospettiva dell'anamnesi di screening dell'utente e il test eseguito durante il contatto attuale, analogamente a quanto già raccomandato per HIV.
		2. Registrazione dell'offerta routinaria del testing IST	A	F	A	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - **Area Sanitaria. Motivo de la Atención** - pagina 24.				IDEAS dovrebbe registrare se il testing IST è offerto proattivamente dall'operatore come parte di un protocollo routinario, distinguendolo dal test richiesto dall'utente. Questo permetterebbe di valutare la sistematicità dell'offerta nei servizi.
		3. Registrazione della periodicità / re-testing nei soggetti a rischio	A	F	A	A			IDEAS NMC RDD, **2.5. infecciones relevantes**, pagina 25.				Gap non critico. Si può migliorare la leggibilità dell'item sulla frequenza del test per renderlo utilizzabile come indicatore di re-testing periodico, senza introdurre nuovi campi. Questa raccomandazione è coerente con quanto già elaborato per HIV e può essere affrontata con una modifica strutturale trasversale alla sezione Infecciones Relevantes.
		4. Registrazione del testing community-based	A	F	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - **Area Sanitaria. Formato de la Atención** - pagina 23.				Si raccomanda di integrare l'item con una voce specifica dedicata al testing community-based, al fine di distinguere esplicitamente questa modalità di testing dalle altre attività svolte nei diversi setting operativi. Sebbene IDEAS consenta di registrare il luogo o il formato in cui viene effettuato l'intervento inclusi contesti territoriali, unità mobili e setting esterni al servizio, il sistema non permette attualmente di identificare in modo univoco se il testing sia stato realizzato secondo un approccio community-based.
		5. Registrazione del setting di testing IST	A	F	A	P			IDEAS NMC RDD, **2.5. infecciones relevantes**, pagina 25. + Pestaña de atención Rev 18.11.25 - **Area Sanitaria. Formato de la Atención** - pagina 23.				Serve una categorizzazione più articolata del setting di testing (fisso, outreach, comunitario), in continuità con quanto già raccomandato per l'HIV. Una singola modifica strutturale può coprire entrambe le macro-aree.
		DIAGNOSI IST											
		6. Registrazione dell'esito minimo del test IST (positivo/negativo)	F	P	A	F			IDEAS NMC RDD, **2.5. infecciones relevantes**, pagina 25.				
		7. Registrazione dell'invio formale a servizi di diagnosi o trattamento IST	F	F	A	F							Gap rilevante. IDEAS dovrebbe introdurre un item che registri l'invio a servizi IST, in linea con i gap già emersi per HIV e ART. Emergeun pattern trasversale: IDEAS non categorizza sistematicamente gli invii; sarebbe utile una sezione unica dedicata, con tipologia del servizio di destinazione.
		TRATTAMENTO IST											
		8. Registrazione dell'accesso degli utenti a trattamenti per IST	F	F	A	P			IDEAS NMC RDD, **2.5. infecciones relevantes**, pagina 25.				Il campo "¿Ha iniciado tratamiento?" dovrebbe specificare tipo di trattamento e modalità di accesso, analogamente a quanto raccomandato per ART e OST. L'attuale formulazione è troppo generica per monitorare l'accesso ai trattamenti IST.
		EDUCAZIONE E PREVENZIONE COMPORTAMENTALE											
		9. Registrazione di interventi di informazione/educazione su pratiche sessuali sicure	F	A	A	P			IDEAS NMC RDD, **2.16. Métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)**, pagina 28. + Pestaña de atención Rev 18.11.25 - Area Sanitaria. **Motivo de la Atención** - pagina 23.				Serve un item che registri interventi educativi strutturati sulle pratiche sessuali sicure, distinto dalla semplice rilevazione dei comportamenti a rischio. La sezione Taller non permette di identificare il contenuto dell'intervento.
		PARTNER NOTIFICATION											
		10. Registrazione della notifica ai partner (partner notification)	A	F	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - **Area de Trabajo Social** - pagina 10.				Si propone di introdurre un item specifico per la partner notification, distinto dalla generica registrazione del coinvolgimento familiare o relazionale. Sebbene IDEAS permetta di documentare la presenza di partner o altre figure significative, il sistema non consente di registrare in modo esplicito l'avvenuta notifica ai partner né le attività correlate, come informazione sull'esposizione, counselling o invio al testing.

MACRO - DIMENSIONE	DESCRIZIONE	DEFINIZIONI OPERATIVE	LG 1 OMS	LG 2 EMCDDA	LG 3 ESPAÑA	LG 4 CATALUNYA	EVIDENZE SCIENTIFICHE	IDEAS	RIFERIMENTO IDEAS	PERTINENZA	CHIAREZZA	APPLICABILITA'	RACCOMANDAZIONI
Programmi di distribuzione preservativi	Distribuzione gratuita di preservativi maschili e femminili e lubrificanti per aumentare l'uso del condom e ridurre la trasmissione sessuale di HIV e IST tra PWID e i loro partner.	**DISTRIBUZIONE DI MATERIALI**					**A9 (P)**						
		1. Registrazione della distribuzione di preservativi maschili agli utenti	F	A	A	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Cobertura necesidades básicas. Salud Sexual** - pagina 17.				IDEAS dovrebbe aggiungere un campo quantitativo "Cantidad" alla voce "Preservativos masculinos", rendendola coerente con gli altri materiali registrati in IDEAS che già prevedono questo campo. L'assenza del campo rende impossibile monitorare il volume di distribuzione in modo sistematico.
		2. Registrazione della distribuzione di preservativi femminili agli utenti	F	A	A	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Cobertura necesidades básicas. Salud Sexual** - pagina 17.				IDEAS dovrebbe aggiungere un campo quantitativo "Cantidad" alla voce "Preservativos femininos", rendendola coerente con gli altri materiali registrati in IDEAS che già prevedono questo campo. L'assenza del campo rende impossibile monitorare il volume di distribuzione in modo sistematico.
		3. Registrazione della distribuzione di lubrificanti agli utenti	F	A	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Cobertura necesidades básicas. Salud Sexual** - pagina 17.				IDEAS dovrebbe aggiungere un campo quantitativo "Cantidad" alla voce "Lubrificantes", rendendola coerente con gli altri materiali registrati in IDEAS che già prevedono questo campo. L'assenza del campo rende impossibile monitorare il volume di distribuzione in modo sistematico.
		DISTRIBUZIONE MIRATA											
		4. Registrazione della distribuzione mirata a gruppi specifici (sex workers, MSM, partner di PWID)	F	A	A	P			IDEAS NMC RDD, **4.4.4 Violencia Interseccional** - pagina 53.				Si propone di introdurre un campo specifico per la distribuzione mirata di materiali preventivi verso gruppi target, distinguendo la semplice identificazione delle caratteristiche dell'utenza dalla pianificazione o realizzazione dell'intervento. Sebbene IDEAS raccolga informazioni utili a individuare alcuni gruppi specifici (es. lavoro sessuale o caratteristiche socio-relazionali), il sistema non consente di documentare in modo esplicito il collegamento tra appartenenza al gruppo target e distribuzione effettuata.
		SETTING											
		5. Registrazione del setting di distribuzione	A	F	A	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25 - **Area Sanitaria. Formato de la Atención** - pagina 23.				Si raccomanda di introdurre un campo specificamente dedicato alla registrazione del setting di distribuzione, distinguendolo dal generico formato o luogo dell'attenzione. Sebbene IDEAS consenta di documentare il contesto in cui si svolge l'intervento, il sistema non permette attualmente di registrare in modo esplicito se la distribuzione di materiali o strumenti di Riduzione del Danno sia effettivamente avvenuta in tali contesti.
Informazione, educazione e comunicazione (IEC)	Interventi informativi mirati su rischi legati all'uso di droghe e al sesso, accesso ai servizi, diritti e prevenzione dell'overdose, tramite materiali, counselling e attività peer-led.	**INFORMAZIONE SU RISCHI E RIDUZIONE DEL DANNO**					**A7 (P), A8 (S), A9 (P), A10 (S)**						
		1. Registrazione di interventi informativi su HIV associati all'uso di droghe e sulle strategie di riduzione del rischio	F	A	A	P			Pestaña de atención Rev 18.11.2.5, **Área Educativa, Área de Trabajo Social, Área Sanitaria. Motivo de la atención** - pagina 6, 11, 24, 25.				IDEAS dovrebbe introdurre una categorizzazione tematica del campo "Informativa" e "Educativa Tutoría" nel Motivo de la atención, aggiungendo la possibilità di specificare il contenuto dell'intervento erogato tra opzioni predefinite quali: HIV/RdD, rischio sessuale, rischi non-HIV, accesso ai servizi sanitari/sociali/legali, diritti degli utenti. L'attuale voce generica non permette di distinguere e monitorare i diversi tipi di intervento informativo erogati dal servizio. Questa modifica strutturale unica risolverebbe simultaneamente i gap identificati per tutte e cinque le definizioni operative, con priorità per i contenuti su rischi non-HIV (supportato da 3 linee guida) e accesso ai servizi (supportato da 2 linee guida), e rilevanza minore per rischio sessuale e diritti legali (supportati da 1 linea guida ciascuno).
		2. Registrazione di interventi informativi su rischio sessuale e pratiche di sesso sicuro	F	A	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.2.5, **Área Educativa, Área de Trabajo Social, Área Sanitaria. Motivo de la atención** - pagina 6, 11, 24, 25.				
		3. Registrazione di interventi informativi su rischi non – HIV (infezioni, comportamenti pericolosi, ecc.)	F	P	A	P			Pestaña de atención Rev 18.11.2.5, **Área Educativa, Área de Trabajo Social, Área Sanitaria. Motivo de la atención** - pagina 6, 11, 24, 25.				
		INFORMAZIONE SU ACCESSO AI SERVIZI E DIRITTI											
		4. Registrazione di attività informative su come accedere a servizi sanitari, sociali, legali	F	A	A	P			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Educativa, Área de Trabajo Social, Área Sanitaria. Motivo de la atención** - pagina 6, 11, 24, 25.				
		5. Registrazione di interventi informativi su diritti legali, protezione, supporto	F	A	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.2.5, **Área Educativa, Área de Trabajo Social, Área Sanitaria. Motivo de la atención** - pagina 6, 11, 24, 25.				
		MATERIALI INFORMATIVI											
		6. Registrazione dell'erogazione di sessioni formative di gruppo (es. workshop, laboratori) su temi di riduzione del danno	A	A	A	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Psicológica, Área Educativa, Área de Trabajo Social, Área Sanitaria. Motivo de la atención** - pagina 2, 6, 11, 24, 25.				IDEAS registra le sessioni formative di gruppo tramite Taller ed Educativa Tutoría, ma non consente di indicare il tema trattato. Sarebbe utile introdurre categorie tematiche predefinite nel campo Taller, in linea con quelle già previste per Informativa, così da specificare il contenuto delle sessioni (RdD, sesso sicuro, overdose, ecc.). L'adeguamento è semplice, perché richiede solo l'aggiunta di opzioni tematiche a una struttura già esistente.
		PEER EDUCATION											
		7. Registrazione di interventi condotti da pari (peer educators)	F	A	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Educativa. Motivo de la atención, marcar si la intervención se ha realizado entre iguales (pares)** - pagina 6.				

MACRO - DIMENSIONE	DESCRIZIONE	DEFINIZIONI OPERATIVE	LG 1 OMS	LG 2 EMCDDA	LG 3 ESPAÑA	LG 4 CATALUNYA	EVIDENZE SCIENTIFICHE	IDEAS	RIFERIMENTO IDEAS	PERTINENZA	CHIAREZZA	APPLICABILITA'	RACCOMANDAZIONI
Prevenzione e cura epatiti virali (HBV/HCV)	Interventi per prevenire, diagnosticare e trattare HBV e HCV tra PWID, includendo vaccinazione contro l'epatite B, uso di siringhe a basso volume morto, screening mirato e gestione integrata delle coinfezioni con HIV.	**SCREENING E DIAGNOSI**					**A2 (P), A3 (P), A6 (P), A8 (P), A9 (S), A10 (S)**						
		1. Registrazione dell'accesso degli utenti a screening per epatiti virali	F	F	P	F			IDEAS NMC RDD, **2.5. infecciones relevantes**, pagina 25.				IDEAS dovrebbe separare meglio la registrazione della storia di screening pregressa dal test effettuato nel contatto attuale, in linea con le raccomandazioni già previste per HIV e IST. Si conferma inoltre la necessità di riformulare in tutta la sezione Infecciones Relevantes la domanda "¿Se ha hecho alguna vez la prueba?" per migliorarne la precisione.
		2. Registrazione dell'esito minimo del test (positivo/negativo)	F	F	P	F			IDEAS NMC RDD, **2.5. infecciones relevantes**, pagina 25.				
		3. Registrazione dell'invio a servizi specialistici per HBV/HCV	A	F	P	F			IDES NMC RDD, **2.5 Infecciones relevantes, "¿Ha iniciado tratamiento?"** - pagina 25.				Gap rilevante. Coerente con il pattern già osservato per HIV/ART/IST. IDEAS dovrebbe introdurre un item specifico per gli invii a servizi sanitari specialistici di riferimento.
		TRATTAMENTO HBV/HCV											
		4. Registrazione dell'accesso effettivo al trattamento dopo diagnosi	A	F	P	P			IDEAS NMC RDD, **2.4. enfermedades relevantes** - pagina 24.				Gap rilevante. IDEAS dovrebbe distinguere chiaramente tra diagnosi e accesso confermato al trattamento, poiché il campo attuale "¿Ha iniciado tratamiento?" non permette di tracciare il linkage.
		5. Registrazione dell'aderenza al trattamento per HBV/HCV	A	F	A	A							In coerenza con quanto raccomandato per ART, si propone di ricollocare l'item sull'aderenza al trattamento dal livello di qualità superiore al livello minimo, così di renderlo disponibile anche nel modulo IDEAS per la Riduzione del Danno.
		6. Registrazione del completamento del trattamento (es. DAA)	A	F	A	A			IDEAS NMC RDD, **2.5. infecciones relevantes**, pagina 25.				Si raccomanda di integrare il sistema con campi dedicati alla temporalità del trattamento per HBV/HCV, includendo la data di inizio, la prosecuzione nel tempo e l'eventuale conclusione del percorso terapeutico, analogamente a quanto raccomandato per ART e OST. Attualmente IDEAS consente esclusivamente di registrare l'avvio del trattamento, senza permettere di documentarne continuità, interruzioni o completamento. L'introduzione di indicatori temporali strutturati, inclusa una fecha de finalización, migliorerebbe la tracciabilità del percorso terapeutico e consentirebbe un monitoraggio più accurato della continuità assistenziale e degli esiti del trattamento nei programmi di Riduzione del Danno.
		7. Registrazione della continuità del trattamento nel tempo	A	F	A	A			IDEAS NMC RDD, **2.5. infecciones relevantes**, pagina 25.				
		VACCINAZIONE HBV											
		8. Registrazione del completamento del ciclo vaccinale HBV	F	F	A	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Sanitaria. Motivo de la atención** - pagina 24/25.				
		9. Registrazione dell'offerta di vaccinazione HBV	A	F	A	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Sanitaria. Vacunas** - pagina 28.				
		10. Registrazione della valutazione dello stato vaccinale HBV al primo contatto come step sistematico del protocollo di accoglienza	A	A	A	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Psicologica, Área Educativa, Área de Trabajo Social, Área Sanitaria. Motivo de la atención** - pagina 2, 6, 11, 24, 25.				Gap limitato. IDEAS potrebbe rendere esplicito che la valutazione vaccinale rientra nel protocollo di accoglienza, collegando più chiaramente la sezione "Vacunas" al momento dell'ingresso.
		EDUCAZIONE E PEER SUPPORT											
		11. Registrazione di interventi condotti da pari per prevenzione epatiti	F	P	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Educativa. Motivo de la atención, marcar si la intervención se ha realizado entre iguales (pares)** - pagina 6.				Sebbene IDEAS consenta di documentare in modo strutturato la realizzazione di interventi entre iguales (pares) e di associarli a categorie quali attività informative, educative o di gruppo, il sistema non permette attualmente di distinguere gli interventi dedicati alla prevenzione delle epatiti da altre attività peer-based.
		12. Registrazione di attività informative su trasmissione, prevenzione e gestione HBV/HCV	F	A	A	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Sanitaria. Motivo de la atención** - pagina 24/25.				Gap moderato. IDEAS dovrebbe prevedere una categorizzazione tematica dell'informativa, per distinguere i contenuti degli interventi. Raccomandazione trasversale già emersa nella macro-area IEC.

MACRO - DIMENSIONE	DESCRIZIONE	DEFINIZIONI OPERATIVE	LG 1 OMS	LG 2 EMCDDA	LG 3 ESPAÑA	LG 4 CATALUNYA	EVIDENZE SCIENTIFICHE	IDEAS	RIFERIMENTO IDEAS	PERTINENZA	CHIAREZZA	APPLICABILITA'	RACCOMANDAZIONI
Prevenzione e trattamento tubercolosi (TB)	Screening regolare, prevenzione e trattamento della TB per PWID, con integrazione tra servizi TB e servizi per l'uso di droghe, inclusa la terapia preventiva con isoniazide per le persone con HIV.	**SCREENING E DIAGNOSI TB**											
		1. Registrazione dell'accesso degli utenti a screening per tubercolosi	F	F	A	F			IDEAS NMC RDD, **2.5. infecciones relevantes**, pagina 25.				IDEAS dovrebbe separare chiaramente la registrazione della storia di screening pregressa dal test effettuato nel contatto attuale, come già raccomandato per HIV, IST ed epatiti. Si conferma inoltre la necessità di una riformulazione unica della domanda "¿Se ha hecho alguna vez la prueba?" in tutta la sezione Infecciones Relevantes.
		2. Registrazione dell'esito minimo del test TB (positivo/negativo)	F	P	A	F			IDEAS NMC RDD, **2.5. infecciones relevantes**, pagina 25.				IDEAS dovrebbe adattare le opzioni di risposta del campo Resultado de la última prueba al contesto TB, eliminando voci non applicabili (es. "Positiva – carga viral indetectable", "Inmune – vacunación/pasado") che possono generare confusione. Una soluzione strutturale sarebbe prevedere opzioni differenziate per ciascuna infezione nella matrice Infecciones Relevantes.
		3. Registrazione dell'invio formale a servizi di diagnosi o trattamento TB	F	F	A	F			IDES NMC RDD, **2.5 Infecciones relevantes, "¿Ha iniciado tratamiento?"** - pagina 25.				Si raccomanda che, in caso di sospetta o confermata tubercolosi, il sistema preveda un campo dedicato per indicare se la persona è stata inviata a servizi sanitari specialistici di riferimento per diagnosi o trattamento TB.
		4. Registrazione della periodicità dello screening per tubercolosi (es. screening annuale, screening ad ogni accesso per gruppi ad alto rischio)	A	F	A	P			IDEAS NMC RDD, **2.5. infecciones relevantes**, pagina 25.				IDEAS dovrebbe registrare se lo screening TB è offerto con periodicità definita per gruppi ad alto rischio, non solo la data dell'ultimo test. Attualmente permette solo di registrare più di una volta il test effettuato. Una modifica strutturale comune alla sezione Infecciones Relevantes risolverebbe il gap anche per HIV e IST.
		TRATTAMENTO TB ATTIVA											
		5. Registrazione dell'accesso degli utenti a trattamento per TB attiva	F	F	A	F			IDEAS NMC RDD, **2.5. infecciones relevantes**, pagina 25.				Gap rilevante. Il campo "¿Ha iniciado tratamiento?" dovrebbe specificare se si tratta di trattamento per TB attiva, distinguendolo dalla terapia preventiva. L'attuale voce è troppo generica.
		6. Registrazione dell'accesso effettivo al trattamento TB dopo invio (presa in carico presso servizi specialistici)	A	F	A	F			IDES NMC RDD, **2.5 Infecciones relevantes, "¿Ha iniciado tratamiento?"** - pagina 25.				Serve un item che distingua invio effettuato vs presa in carico confermata, come già raccomandato per HIV/ART ed epatiti. Rafforza la necessità di una soluzione strutturale unica sugli invii.
		7. Registrazione dell'aderenza al trattamento per tubercolosi	A	F	A	F							In coerenza con quanto raccomandato per ART e per HBV/HCV, si propone di ricollocare l'item sull'aderenza al trattamento dal livello di qualità superiore al livello minimo, così da renderlo disponibile anche nel modulo IDEAS per la Riduzione del Danno.
		8. Registrazione dell'erogazione di interventi di supporto all'aderenza al trattamento TB (es. DOT, case management, supporto individualizzato)	A	F	A	F							Serve un item che registri interventi di supporto all'aderenza (DOT, case management, supporto individualizzato). Il DOT è particolarmente rilevante per prevenire resistenze e garantire il completamento del trattamento.
		PREVENZIONE TB (ITP)											
		9. Registrazione dell'accesso degli utenti a isoniazide preventiva (IPT)	F	F	A	A							IDEAS dovrebbe introdurre una voce specifica per la terapia preventiva con isoniazide, distinta dal trattamento per TB attiva. La IPT è una strategia preventiva chiave per gruppi ad alto rischio.
		EDUCAZIONE TB											
		10. Registrazione di attività informative su rischio TB, prevenzione e sintomi	F	P	A	P			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Psicologica, Área Educativa, Área de Trabajo Social, Área Sanitaria. Motivo de la atención** - pagina 2, 6, 11, 24, 25.				Gap rilevante. Serve una categorizzazione tematica dell'informativa, come già raccomandato per IEC ed epatiti. La ricorrenza del gap in più macro-aree lo rende uno dei problemi strutturali principali dello strumento.
		11. Registrazione di interventi informativi su dove e come ottenere screening TB	F	P	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Sanitaria. Motivo de la atención** - pagina 24/25.				IDEAS dovrebbe distinguere tra informazione generica e orientamento specifico allo screening TB. Anche qui, una categorizzazione tematica del campo "Informativa" risolverebbe il gap insieme agli altri analoghi.

MACRO - DIMENSIONE	DESCRIZIONE	DEFINIZIONI OPERATIVE	LG 1 OMS	LG 2 EMCDDA	LG 3 ESPAÑA	LG 4 CATALUNYA	EVIDENZE SCIENTIFICHE	IDEAS	RIFERIMENTO IDEAS	PERTINENZA	CHIAREZZA	APPLICABILITA'	RACCOMANDAZIONI
Prevenzione e gestione overdose	Interventi per prevenire overdose e gestire intossicazioni acute (es. naloxone).	**INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE**					**A1 (P), A5 (P), A7 (P), A9 (P), A10 (P)**						
		1. Registrazione di attività informative sulla prevenzione dell'overdose	F	F	F	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Sanitaria. Motivo de la atención** - pagina 24/25.				Serve una categorizzazione tematica dell'informativa, per indicare quando il contenuto riguarda la prevenzione dell'overdose. La ricorrenza del gap in più macro-aree rende questa riforma una priorità strutturale.
		2. Registrazione di interventi informativi su cosa fare in caso di overdose	F	F	P	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Sanitaria. Motivo de la atención** - pagina 24/25.				Va distinta l'informazione preventiva da quella su gestione dell'overdose in corso. Richiede la stessa riforma strutturale del punto 1.
		FORMAZIONE PRATICA											
		3. Registrazione della formazione su rianimazione di base per utenti, familiari o pari	F	F	P	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Psicologica, Área Educativa, Área de Trabajo Social, Área Sanitaria. Motivo de la atención** - pagina 2, 6, 11, 24, 25.				Si raccomanda di introdurre item specifici dedicati alla registrazione delle attività formative a contenuto tematico, in particolare per la formazione su rianimazione di base e sull'uso del naloxone, distinguendole dalle generiche attività educative o dai workshop. Sebbene IDEAS consenta attualmente di registrare interventi attraverso categorie generiche quali "Educativa/tutoria" e "Taller", la registrazione è rimane affidata alla discrezionalità del professionista e non permette di identificare in modo univoco il contenuto specifico della formazione erogata. L'introduzione di campi dedicati migliorerebbe la tracciabilità di interventi formativi chiave nei programmi di Riduzione del Danno, con particolare riferimento a due interventi salvavita fondamentali come la rianimazione di base e la prevenzione delle overdose.
		4. Registrazione della formazione sull'uso del naloxone per overdose da oppiacei	F	F	F	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Psicologica, Área Educativa, Área de Trabajo Social, Área Sanitaria. Motivo de la atención** - pagina 2, 6, 11, 24, 25.				
		PEER INTERVENTIONS											
		5. Registrazione di interventi condotti da pari sulla prevenzione e gestione dell'overdose	F	F	P	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Educativa. Motivo de la atención, marcar si la intervención se ha realizado entre iguales (pares)** - pagina 6.				Sebbene IDEAS consenta di documentare in modo strutturato la realizzazione di interventi entre iguales (pares) e di associarli a categorie quali attività informative, educative o di gruppo, il sistema non permette attualmente di distinguere gli interventi dedicati alla prevenzione e gestione delle overdose da altre attività peer-based.
		6. Registrazione del percorso dell'utente formato come agente di salute in overdose: certificazione, validità e rinnovo, e registrazione degli interventi effettivi con naloxone	A	A	A	F							Si può valutare una voce opzionale che registri certificazione e interventi effettuati dagli utenti formati, utile nei servizi che già adottano questo modello innovativo.
		DISTRIBUZIONE NALOXONE											
		7. Registrazione della distribuzione di naloxone agli utenti o ai pari	F	F	F	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Método de intervención** - pagina 23.				Serve un item che registri la distribuzione preventiva di naloxone, distinta dall'uso clinico. Questa distinzione è fondamentale e la sua assenza è particolarmente critica considerando che la distribuzione preventiva di naloxone è supportata da 4 linee guida su 4. L'item potrebbe essere collocato nella sezione dei materiali distribuiti, analogamente agli altri materiali di RdD già registrati in IDEAS, con un campo quantitativo per monitorare il volume di distribuzione.
		COUNSELLING SPECIFICO OVERDOSE											
		8. Registrazione di sessioni di counselling focalizzate su overdose	F	F	P	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Educativa. Motivo de la atención** - pagina 6.				Si propone di introdurre un campo specifico per le sessioni di counselling sull'overdose, così da distinguerle dalle attività educative, informative o di accompagnamento. Sebbene IDEAS permetta di registrare il counselling tramite voci generiche (es. "Educativa/tutoria", "Informativa", "Intervención en crisis"), il contenuto dell'intervento resta affidato alla discrezionalità del professionista e non consente di identificare in modo univoco il counselling orientato alla prevenzione e gestione dell'overdose. Un item dedicato migliorerebbe la tracciabilità e la standardizzazione di un intervento centrale nei programmi di Riduzione del Danno.

MACRO - DIMENSIONE	DESCRIZIONE	DEFINIZIONI OPERATIVE	LG 1 OMS	LG 2 EMCDDA	LG 3 ESPAÑA	LG 4 CATALUNYA	EVIDENZE SCIENTIFICHE	IDEAS	RIFERIMENTO IDEAS	PERTINENZA	CHIAREZZA	APPLICABILITA'	RACCOMANDAZIONI
Sale per il consumo sicuro	Spazi supervisionati dove le persone possono consumare droghe in condizioni igieniche e sicure, riducendo i comportamenti a rischio e facilitando l'accesso a servizi sanitari e sociali.	**ACCESSO ALLA STRUTTURA**					**A1 (P), A10 (P)**						
		1. Registrazione dell'accesso degli utenti alla sala consumo	F	F	F	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Reducción de daños de sustancias adictivas. Sala de consumo supervisado** - pagina 22.				IDEAS dovrebbe introdurre un campo per data/ora e un ID univoco di sessione nella sezione Sala de Consumo Supervisado, così da distinguere accessi multipli dello stesso utente e monitorare in modo sistematico il numero totale di sessioni nel tempo.
		2. Registrazione della firma del consenso informato come condizione di accesso alla sala consumo	A	A	A	F							Gap non critico. Sarebbe comunque coerente registrare il consenso informato anche per l'accesso alla sala consumo, almeno come campo sì/no, in continuità con quanto già previsto per i test rapidi.
		MATERIALI E SUPPORTO ALLA SICUREZZA DEL CONSUMO											
		3. Registrazione della ricezione da parte dell'utente di materiale sterile per il consumo di sostanze (es. materiale per iniezione sicura) all'interno della struttura.	A	F	F	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Reducción de daños de sustancias adictivas. Sala de consumo supervisado** - pagina 22.				
		INFORMAZIONE E COUNSELLING SPECIFICI											
		4. Registrazione della ricezione da parte dell'utente di informazioni o counselling su riduzione del rischio di infezione (in particolare HIV e HCV).	A	F	P	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Psicologica, Área Educativa, Área de Trabajo Social, Área Sanitaria. Motivo de la atención** - pagina 2, 6, 11, 24, 25.				Sebbene IDEAS permetta di registrare queste attività nella pestaña de atención delle quattro aree (psicologica, educativa, lavoro sociale e sanitaria), la classificazione resta affidata alla soggettività del professionista, senza criteri operativi per identificarne il contenuto specifico. L'introduzione di un item dedicato migliorerebbe la tracciabilità degli interventi di prevenzione del rischio infettivo nei servizi di Riduzione del Danno.
		GESTIONE OVERDOSE IN STRUTTURA											
		5. Registrazione dell'intervento sanitario ricevuto dall'utente in caso di overdose durante la permanenza nella sala consumo.	A	F	F	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Reducción de daños de sustancias adictivas. Atención a sobredosis/Reacciones agudas** - pagina 22.				
		LINKAGE A SERVIZI											
		6. Registrazione dell'invio dell'utente a servizi per il trattamento delle dipendenze	A	F	F	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área de Trabajo Social. Derivación** - pagina 16.				Il sistema consente di registrare gli interventi realizzati all'interno della sala del consumo supervisionato nella pestaña de atención (area Riduzione del Danno), ma non rende esplicito il collegamento operativo tra tali interventi e l'eventuale attivazione di informazioni o indicazioni verso altri servizi. La successiva registrazione della derivazione nell'area di lavoro sociale permette una correlazione indiretta dei dati, ma tale connessione non è esplicitamente strutturata come percorso assistenziale. Un collegamento più esplicito tra interventi in sala consumo e attivazione dell'invio, migliorerebbe la capacità del sistema di tracciare in modo coerente i percorsi assistenziali, aumentando la comparabilità dei dati e la qualità del monitoraggio degli invii nei programmi di Riduzione del Danno.
		7. Registrazione dell'invio dell'utente a servizi sanitari generali	A	F	F	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área de Trabajo Social. Derivación** - pagina 16.				
		8. Registrazione dell'invio dell'utente a servizi sociali	A	F	P	P			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área de Trabajo Social. Derivación** - pagina 16.				
		9. Registrazione dell'accesso o dell'invio dell'utente a test per HIV/HCV o a trattamento per infezioni correlate al consumo di droghe.	A	F	P	P			IDEAS NMC RDD, **2.5. infecciones relevantes**, pagina 25. + Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Sanitaria, Test rápidos** - pagina 28.				Serve un collegamento esplicito tra la sessione di consumo e l'offerta di testing o invio a trattamento per HIV/HCV. La sala consumo è un punto di aggancio strategico e questa opportunità deve essere tracciata come attività specifica.
		MODALITA' DI CONSUMO NON INIETTIVE											
		10. Registrazione dell'utilizzo da parte dell'utente di modalità di consumo non iniettive (es. inalazione/fumo) all'interno del servizio, quando previste.	A	F	P	F			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Reducción de daños de sustancias adictivas. Sala de consumo supervisado** - pagina 21.				

MACRO - DIMENSIONE	DESCRIZIONE	DEFINIZIONI OPERATIVE	LG 1 OMS	LG 2 EMCDDA	LG 3 ESPAÑA	LG 4 CATALUNYA	EVIDENZE SCIENTIFICHE	IDEAS	RIFERIMENTO IDEAS	PERTINENZA	CHIAREZZA	APPLICABILITA'	RACCOMANDAZIONI
Outreach/servizi mobili	Interventi di prossimità realizzati attraverso unità mobili o lavoro di strada per raggiungere persone che usano droghe difficilmente accessibili ai servizi, offrendo informazione e counselling, distribuzione di materiale di riduzione del danno e facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari e sociali.	**CONTATTO E MODALITA' DI OUTREACH**											
		1. Registrazione dell'attività di outreach finalizzata a raggiungere PWID in luoghi dove trascorrono il tempo	F	F	F	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Psicologica, Área Educativa, Área de Trabajo Social, Área Sanitaria. Formato de la atención** - pagina 1, 5, 10, 23.				IDEAS dovrebbe indicare nel campo "Presencial fuera del recurso" che l'outreach è rivolto ai PWID, così da monitorare la copertura verso le popolazioni prioritarie.
		2. Registrazione dell'utilizzo di modalità alternative di distribuzione di materiale per consumo sicuro, inclusi: peer outreach, unità mobili, vending machines (se presenti nel contesto locale), distribuzione comunitaria	A	F	P	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área de Trabajo Social. Formato de la atención** - pagina 10 + **Lugar del servicio** - pagina 17.				Serve ampliare "Formato de la atención" includendo peer outreach, distribuzione comunitaria e, dove presenti, vending machines, accanto all'unità mobile.
		DISTRIBUZIONE DI MATERIALI TRAMITE OUTREACH											
		3. Registrazione della distribuzione tramite outreach di materiale sterile per iniezione (siringhe, aghi, filtri, acqua, cooker)	A	F	X	A							IDEAS dovrebbe collegare setting e materiale distribuito, così da registrare quando la distribuzione sterile avviene in outreach. Oggi le due informazioni sono separate e non integrabili.
		4. Registrazione della distribuzione di preservativi	A	F	A	A							Gap non critico. Si può comunque collegare la distribuzione di preservativi al setting outreach, in coerenza con la raccomandazione sul materiale sterile.
		5. Registrazione della distribuzione di materiale informativo (IEC) in contesti di outreach	A	F	P	A							Serve un item che registri la distribuzione di materiale IEC come attività specifica dell'outreach, in linea con la macro-area IEC e con l'obiettivo di raggiungere gruppi vulnerabili.
		6. Registrazione dell'erogazione tramite outreach di interventi come: NSP, programmi di preservativi, IEC mirata	F	P	P	A							Gap rilevante. IDEAS dovrebbe collegare setting e tipo di intervento (NSP, preservativi, IEC), così da identificare quali attività vengono erogate in outreach. Una modifica strutturale risolverebbe i gap dei punti 3, 4 e 5.
		LINKAGE E CONTINUITÀ DEI TRATTAMENTI											
		7. Registrazione dell'invio degli utenti, tramite outreach, a: OST, altri trattamenti per dipendenze, ART	F	F	P	A	A6 (S), A7 (S)						Serve una sezione dedicata agli invii, che registri anche quando l'aggancio avviene in outreach. Il gap riguarda sia la mancata registrazione degli invii sia l'assenza del collegamento al setting outreach.
		8. Registrazione del mantenimento o facilitazione della continuità di: trattamento sostitutivo oppioidi (OAT/OST) , terapia antiretrovirale (ART), tramite servizi di outreach	A	F	F	A							IDEAS dovrebbe registrare la facilitazione della continuità terapeutica in outreach, distinguendo tra nuovi agganci e mantenimento di trattamenti già in corso.
		TESTING TRAMITE OUTREACH/SERVIZI MOBILI											
		9. Registrazione della facilitazione o erogazione di test per HIV tramite outreach o setting mobili	A	F	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Psicologica, Área Educativa, Área de Trabajo Social, Área Sanitaria. Formato de la atención** - pagina 1, 5, 10, 23. + Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Sanitaria. Test rápidos** - pagina 28 -29.				Si propone di introdurre una codifica specifica per registrare il testing effettuato o facilitato tramite outreach e unità mobili, distinguendolo dal testing svolto in altri setting. Sebbene IDEAS permetta di registrare i test nell'area sanitaria e di indicare il setting tramite il "Formato de la intervención" (es. "Calle"), il collegamento strutturato tra esecuzione del test e contesto outreach non è attualmente previsto. Oggi la correlazione è possibile solo consultando sezioni diverse del sistema, riducendo la leggibilità del percorso assistenziale. L'introduzione di un item dedicato o di un collegamento esplicito tra test e setting operativo migliorerebbe tracciabilità, standardizzazione e monitoraggio del testing territoriale nei servizi di Riduzione del Danno.
		10. Registrazione della facilitazione o erogazione di test per HCV tramite outreach o setting mobili	A	F	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Psicologica, Área Educativa, Área de Trabajo Social, Área Sanitaria. Formato de la atención** - pagina 1, 5, 10, 23. + Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Sanitaria. Test rápidos** - pagina 28 -29.				
		11. Registrazione della facilitazione o erogazione di test per TB tramite outreach o setting mobili	A	F	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Psicologica, Área Educativa, Área de Trabajo Social, Área Sanitaria. Formato de la atención** - pagina 1, 5, 10, 23. + Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Sanitaria. Test rápidos** - pagina 28 -29.				
		VACCINAZIONI TRAMITE OUTREACH											
		12. Registrazione di attività di outreach finalizzate all'aumento dell'accesso e completamento delle vaccinazioni nei PWID	A	F	A	A			Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Psicologica, Área Educativa, Área de Trabajo Social, Área Sanitaria. Formato de la atención** - pagina 1, 5, 10, 23. + Pestaña de atención Rev 18.11.25, **Área Sanitaria. Vacunas** - pagina 28.				Si propone di introdurre una codifica specifica per registrare le attività vaccinali effettuate o facilitate tramite outreach e setting territoriali. Sebbene IDEAS permetta di registrare le vaccinazioni nella sezione "Vacunas" e di indicare il setting tramite il "Formato de la intervención" (es. "Calle"), il collegamento strutturato tra vaccinazione e attività di outreach non è attualmente previsto. Oggi la correlazione è possibile solo consultando sezioni diverse, riducendo la leggibilità del percorso assistenziale e delle strategie vaccinali rivolte ai PWID. L'introduzione di un item dedicato o di un collegamento esplicito migliorerebbe tracciabilità, standardizzazione e monitoraggio delle vaccinazioni territoriali nei programmi di Riduzione del Danno.

ALLEGATO B – Scheda di progettazione del percorso formativo

Titolo: Raccogliere dati nei servizi di Riduzione del Danno: introduzione all'uso del modulo IDEAS – RdD.

Ente proponente: Fundación Salud y Comunidad, area *Gestión del Conocimiento.*

Destinatari: Operatori dei servizi di Riduzione del Danno della Fondazione (area educativa, sanitaria, psicologica e di lavoro sociale). Gruppi eterogenei per profilo professionale.

Numero di partecipanti: Variabile in base al numero di operatori che lavorano nel centro. La parte teorica può essere svolta in grande gruppo, per le esercitazioni pratiche sono previste sessioni di lavoro in piccoli gruppi (5/6 persone).

Durata e articolazione: Due giornate formative, per un totale di 10 ore, replicate presso le diverse sedi in cui la Fondazione gestisce servizi di Riduzione del Danno.

Formatori: Personale dell'area *Gestión del Conocimiento*.

Bisogni formativi

Bisogno	Origine
Implementazione della raccolta dati come componente dell'attività professionale	Osservazione condotta durante il tirocinio: dati trasmessi dai centri difficilmente analizzabili per incompletezza o disomogeneità della raccolta
Conoscenza operativa del modulo IDEAS – RdD	Il modulo non è mai stato utilizzato nei servizi: formazione di primo avviamento

Obiettivi di apprendimento

Al termine del percorso i partecipanti saranno in grado di:

1. Descrivere le finalità per cui i dati vengono raccolti nei servizi di Riduzione del Danno e le conseguenze di una raccolta incompleta o disomogenea.
2. Riconoscere le componenti dell'intervento intervento e le competenze educative della propria attività.
3. Ricostruire il collegamento tra un'azione professionale, il campo che la documenta e l'informazione che ne deriva.
4. Identificare le situazioni in cui l'affidabilità del dato dipende dalla modalità di conduzione del contatto.

5. Descrivere l’architettura generale del modulo IDEAS – RdD.
6. Localizzare i campi corrispondenti alle attività erogate nel proprio servizio, comprese quelle collocate in sezioni di altre aree professionali.
7. Compilare il sistema in modo uniforme da parte di tutti gli operatori.
8. Segnalare criticità e ambiguità riscontrate nell’uso attraverso il canale previsto dalla Fondazione.

Articolazione dei moduli

Giornata	Modulo	Durata	Contenuti	Metodologia
Prima	Perché si raccolgono i dati	2 h	Finalità della raccolta; principio *garbage in, garbage out*; dati europei sulla disponibilità delle informazioni di copertura	Lezione partecipata a partire da una situazione concreta
Prima	Le componenti di intervento di Riduzione del Danno	2 h	Componenti educative e relazionali dell'intervento; asimmetria tra componente materiale e componente educativa nella registrazione	Discussione guidata sulla ricognizione di un contatto tipico
Seconda	Orientarsi all’interno di IDEAS	2 h 30	Architettura del modulo: blocchi, aree professionali, livelli di qualità, documenti che lo compongono	Esposizione breve e localizzazione guidata dei campi sul sistema
Seconda	Dall’azione al dato: esercitazione	3 h 30	Applicazione dello schema azione – dato – esito; compilazione di casi; definizione di criteri condivisi	Esercitazione in piccoli gruppi su sistema e confronto in plenaria

Materiali

Materiale	Natura
Guida sintetica alla compilazione dei campi con margini interpretativi	Prodotto dell'esercitazione, redatto a partire dai criteri condivisi definiti in aula
Schema dell'architettura del sistema con collocazione dei campi più frequenti	Predisposto prima del percorso
Esercitazioni pratiche/simulazioni	Predisposti prima del percorso, costruiti sui nodi ricorrenti individuati nell'analisi
Indicazioni sul canale di segnalazione	Predisposto prima del percorso

Valutazione

- **Dell'apprendimento.** Non sono previste prove individuali. La verifica avviene in forma collettiva attraverso il confronto in plenaria delle compilazioni prodotte dai gruppi: il grado di convergenza raggiunto costituisce l'indicatore dell'apprendimento rispetto all'obiettivo 7. Al termine del percorso viene somministrato un questionario di gradimento e autovalutazione.
- **Degli esiti.** A distanza dall'implementazione, attraverso indicatori estraibili dal sistema: quota di campi compilati sul totale dei campi applicabili; frequenza di utilizzo delle categorie tematiche nel campo relativo ai contenuti informativi ed educativi; numero e natura delle segnalazioni trasmesse.

Nota. La presente scheda sintetizza la proposta formulata al §4.4 del presente elaborato. Il percorso non è stato realizzato: la sua attuazione presuppone l'implementazione del modulo IDEAS – RdD nei servizi della Fondazione.

ALLEGATO C – Legenda degli studi citati nella matrice

Codice	Studio	Riferimento
A1	Levengood et al., 2021 – Sale per il consumo sicuro	[31]
A2	Des Jarlais et al., 2013 – Programmi di scambio siringhe	[32]
A3	van Santen et al., 2023 – NSP e terapia sostitutiva	[33]
A4	MacArthur et al., 2012 – Terapia sostitutiva e trasmissione HIV	[34]
A5	Sordo et al., 2017 – Mortalità e terapia sostitutiva	[35]
A6	Fernandes et al., 2017 – Efficacia dei programmi NSP	[27]
A7	Miller et al., 2022 – Interventi con naloxone	[36]
A8	Hagan et al., 2011 – Prevenzione dell'epatite C	[37]
A9	Wiessing et al., 2017 – Monitoraggio qualità e copertura	[8]
A10	Colledge – Frisby et al., 2023 – Copertura globale degli interventi	[38]

I codici A1 – A10 corrispondono ai riferimenti impiegati nella colonna *Evidenze scientifiche* della matrice di analisi (Allegato A). Il numero riportato nell'ultima colonna rimanda alla bibliografia.