

Valutare i percorsi nella salute mentale

Maria Pia Fantini

12 febbraio 2015



Perché misurare



Misurare mette le organizzazioni e le persone di fronte a una più netta percezione e comprensione di ciò che è problematico nelle loro performance, attiva il cambiamento ed elimina la miopia che rende spesso mal gestito ciò che non è misurato.

La trappola della misurazione



Il **primo passo** consiste nel misurare tutto ciò che si presta a essere agevolmente misurato. Questo va bene finché si riesce.

Il **secondo passo** porta a trascurare ciò che non si riesce a misurare facilmente oppure ad assegnarvi un valore quantitativo arbitrario. Questo è artificiale e fuorviante.

Il **terzo passo** porta a presumere che ciò che non può essere facilmente misurato non è veramente importante. Questa è cecità.

Il **quarto passo** porta a dire che ciò che non è agevolmente misurabile non esiste. Questo è suicidio.

Daniel Yankelovic.

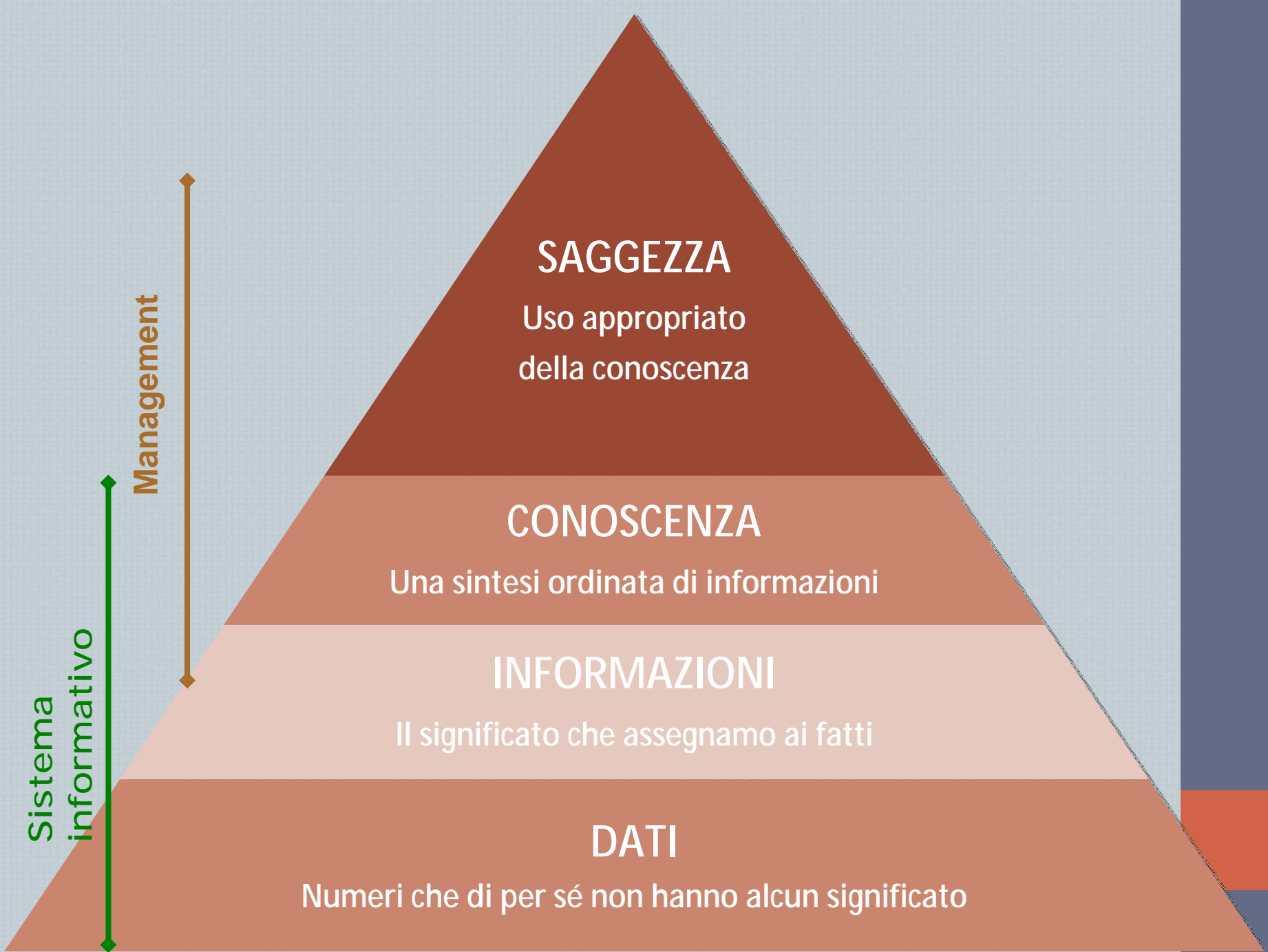
Corporate Priorities: A continuing study of the new demands on business" (1972)

Focus sui sistemi di misurazione

A che punto siamo?



Modificato da: La valutazione delle performance per il governo strategico nelle aziende sanitarie, Federico Lega. EGEA, Biblioteca dell'economia d'azienda 2013)



Horwitz SR et al., Bone and Joint Surg, 2000

Problemi e limiti della misurazione

- Numerosità (!!) degli indicatori
- Richiesta di precisione millesimale
- Scarsa tempestività
- Insufficiente prioritarizzazione
- Indicatori "So what ?"
- Chiarezza del risultato atteso (assoluto vs bench)
- Gaming
- Eccessiva complicazione nel rilevare i dati significativi
- Prevalenza del processo sul risultato finale

Indicatori - definizione

Gli indicatori sono variabili misurabili che servono a descrivere sinteticamente un fenomeno significativo per i servizi sanitari e la popolazione che ne usufruisce (qualità delle cure) e che possono essere utilizzati per misurare il cambiamento

- Esempi:

- Conteggi (numero di posti letto residenziali)
- Proporzioni (% di dimessi con un rricovero entro 30 giorni)
- Tassi (tasso di suicidi, di mortalità in un anno, ecc.)

Indicatori – a cosa servono?

- Documentare la qualità delle cure erogate in termini di processo ed esito e sostenere attività di audit clinico
- Valutare comparativamente la performance dei servizi sanitari
- Sostenere i processi di accountability e accreditamento
- Supportare la gestione dei servizi sanitari e indirizzare le politiche

Anatomia degli Indicatori

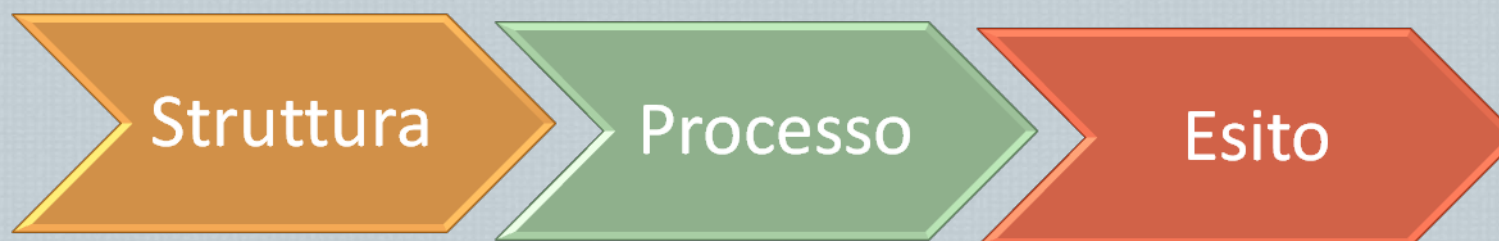
SMART

- Specifici
- Misurabili
- Accessibili
- Rilevanti
- Tempo-definiti

La metrica degli indicatori



Secondo definizioni classiche, come quella di Donabedian (1980), la misura dell'esito fa parte di un sistema di valutazione di qualità che include anche indicatori di struttura e di processo.



Valutazione comparativa di esito

La misura e la **valutazione comparativa** degli esiti degli interventi sanitari sono considerate strategie fondamentali per promuovere la qualità e l'equità dell'assistenza sanitaria.

Con il termine **esito** si intende il "risultato finale di un processo" che, nel caso degli interventi sanitari, è il miglioramento dello stato di salute della persona o della popolazione.



OUTCOMES: 6 "Ds"

Death

Disease

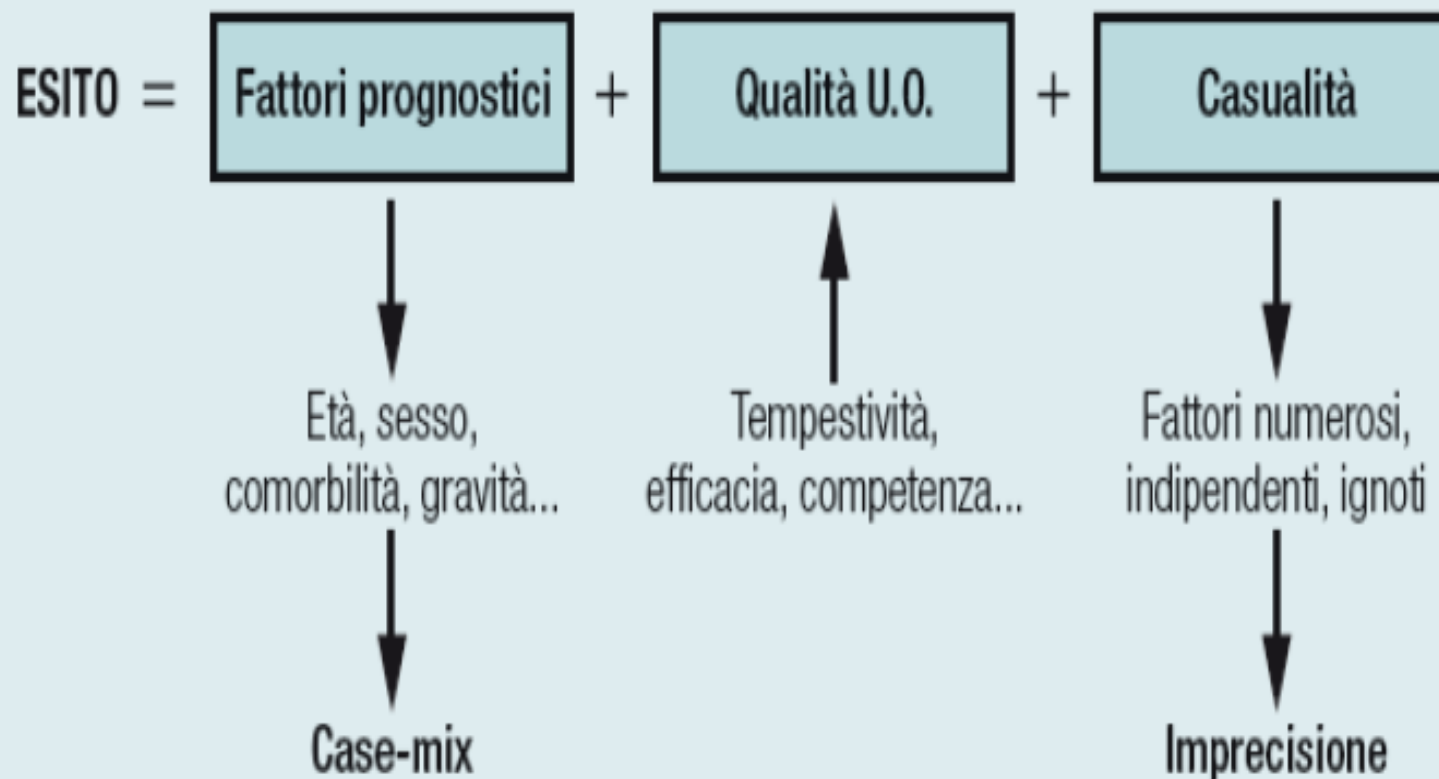
Disability

Discomfort

Disatisfaction

DOLLARS

Modello concettuale della relazione tra qualità delle cure ed esito di salute, nella quale intervengono altri fattori come il caso e il *case-mix* dei pazienti



Measuring the Quality of Surgical Care: Structure, Process, or Outcomes?

J Am Coll Surg

Vol. 198, No. 4, April 2004

John D Birkmeyer, MD, FACS, Justin B Dimick, MD, Nancy JO Birkmeyer, PhD

Table 1. Using Structure, Process, and Outcomes to Measure Surgical Quality, with Examples, Advantages, and Disadvantages of Each

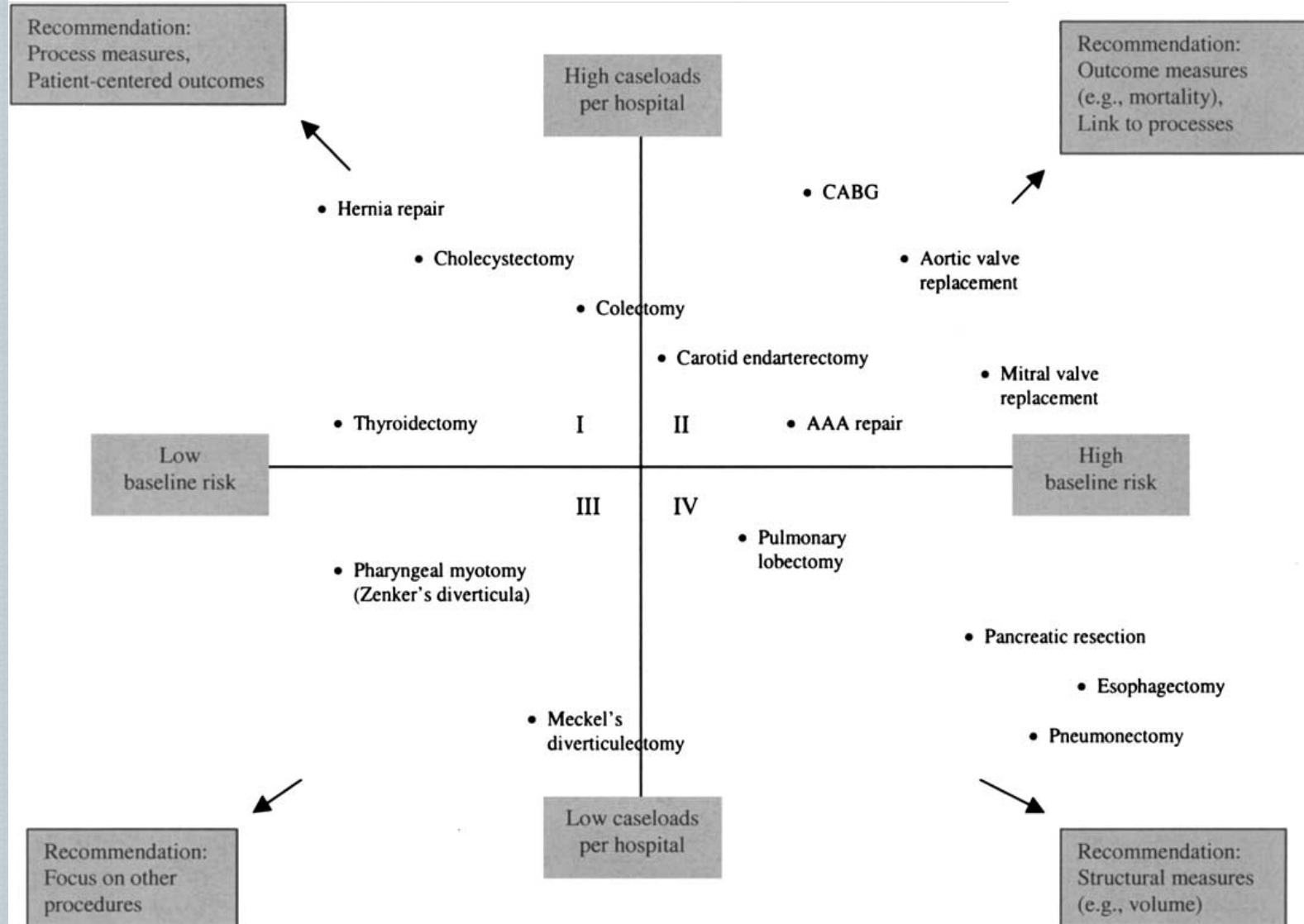
	Structure	Process	Outcomes
Examples	<p>Procedure volume</p> <p>Fellowship-trained surgeons</p> <p>“Closed” intensive care units</p>	<p>Perioperative β-blockers in high-risk surgical patients</p> <p>Use of internal mammary graft during coronary artery bypass graft</p>	<p>Morbidity and mortality rates</p> <p>Functional health status</p> <p>Patient satisfaction</p> <p>Cost</p>
Primary advantage(s)	<p>Expedient, inexpensive proxies of surgical outcomes</p>	<p>Reflect care that patients actually receive—may seem “fairer” to providers</p> <p>Actionable from provider perspective, clear link to quality improvement activities</p>	<p>Buy-in from surgeons—the “bottom line” of what they do</p> <p>Outcomes measurement alone may improve outcomes</p>
Disadvantages	<p>Most variables not actionable from provider perspective</p> <p>Imperfect proxies for outcomes—reflect average results for large groups of providers, not individuals</p>	<p>Little information about which processes are important for specific procedures</p>	<p>Numbers too small to measure with adequate precision procedure-specific outcomes for most hospitals and procedures</p> <p>Outcomes measures that are not procedure-specific less useful for purposes of quality improvement</p>

Measuring the Quality of Surgical Care: Structure, Process, or Outcomes?

John D Birkmeyer, MD, FACS, Justin B Dimick, MD, Nancy JO Birkmeyer, PhD

J Am Coll Surg

Vol. 198, No. 4, April 2004



Beyond health outcomes: the advantages of measuring process

I.K. Crombie PhD HonMFPHM¹ and H.T.O. Davies PhD, HonMFPHM²

¹Reader, Department of Epidemiology & Public Health, University of Dundee, Ninewells Hospital & Medical School, Dundee DD1 9SY, UK

²Lecturer, Department of Management, University of St Andrews, St Katharine's West, The Scores, St Andrews KY16 9AL, UK

Abstract

The use of process measures in the assessment of the quality of care has been neglected of late. The outcomes movement has gathered momentum and process measurement appears to have been left trailing in the wake. Yet process measures can be sensitive indicators of the quality of care and have many advantages over outcomes. They are readily measured and can easily be interpreted; comparisons are not essential (as they are with outcomes monitoring) but even if used they are little bothered by the case-mix arguments which bedevil outcomes assessment. Further, the direct measurement of process can directly indicate deficiencies of care which need to be remedied. Finally, there are some aspects of care which are *only* amenable to study using measures of process. These benefits come at a price: first there must be good evidence that links the processes of care to desirable outcomes. This paper explores the advantages of measuring processes of care in quality assessment and advocates a balanced approach to the process vs. outcome debate.

QUALITY IMPROVEMENT RESEARCH

Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls

A E Powell, H T O Davies, R G Thomson

Qual Saf Health Care 2003;12:122–128

Measuring the quality of health care has become a major concern for funders and providers of health services in recent decades. One of the ways in which quality of care is currently assessed is by taking routinely collected data and analysing them quantitatively. The use of routine data has many advantages but there are also some important pitfalls. Collating numerical data in this way means that comparisons can be made—whether over time, with benchmarks, or with other healthcare providers (at individual or institutional levels of aggregation). Inevitably, such comparisons reveal variations. The natural inclination is then to assume that such variations imply rankings: that the measures reflect quality and that variations in the measures reflect variations in quality. This paper identifies reasons why these assumptions need to be applied with care, and illustrates the pitfalls with examples from recent empirical work. It is intended to guide not only those who wish to interpret comparative quality data, but also those who wish to develop systems for such analyses themselves.

Box 1 Reasons for use of routine data for quality assessment purposes

- The data are readily available in many healthcare settings (although accuracy and completeness may vary).
- They can be used retrospectively whereas experimental designs by definition have to be set up prospectively; thus data for large time periods can be gathered more quickly than in a new study.
- Because the data are in many cases already being collected for other purposes, the costs of setting up data collection and retrieval systems are likely to be much lower.
- The data are a rich source of information about large numbers of patients with different conditions across diverse geographical and healthcare settings.
- Ethical and consent issues applying to routine data are less problematic than those which apply to data gathering primarily for research purposes.

Using routine comparative data to assess healthcare quality

Qual Saf Health Care 2003;**12**:122–128

ISSUES IN INTERPRETING ROUTINE DATA TO ASSESS QUALITY OF CARE

Whether attempting to gain understanding from published comparisons of performance or designing new schemes to analyse routine data to allow such comparisons, we need to understand how the ways in which data are collected may impact on the interpretations that are possible. A clear understanding of the potential pitfalls arising may allow some of these to be anticipated and avoided during system design, or can temper the conclusions drawn from established schemes.

Four main issues affect the interpretation of comparative routine data:

- Measurement properties
- Controlling for case mix and other relevant factors
- Coping with chance variability
- Data quality

Using routine comparative data to assess healthcare quality

Qual Saf Health Care 2003;12:122–128

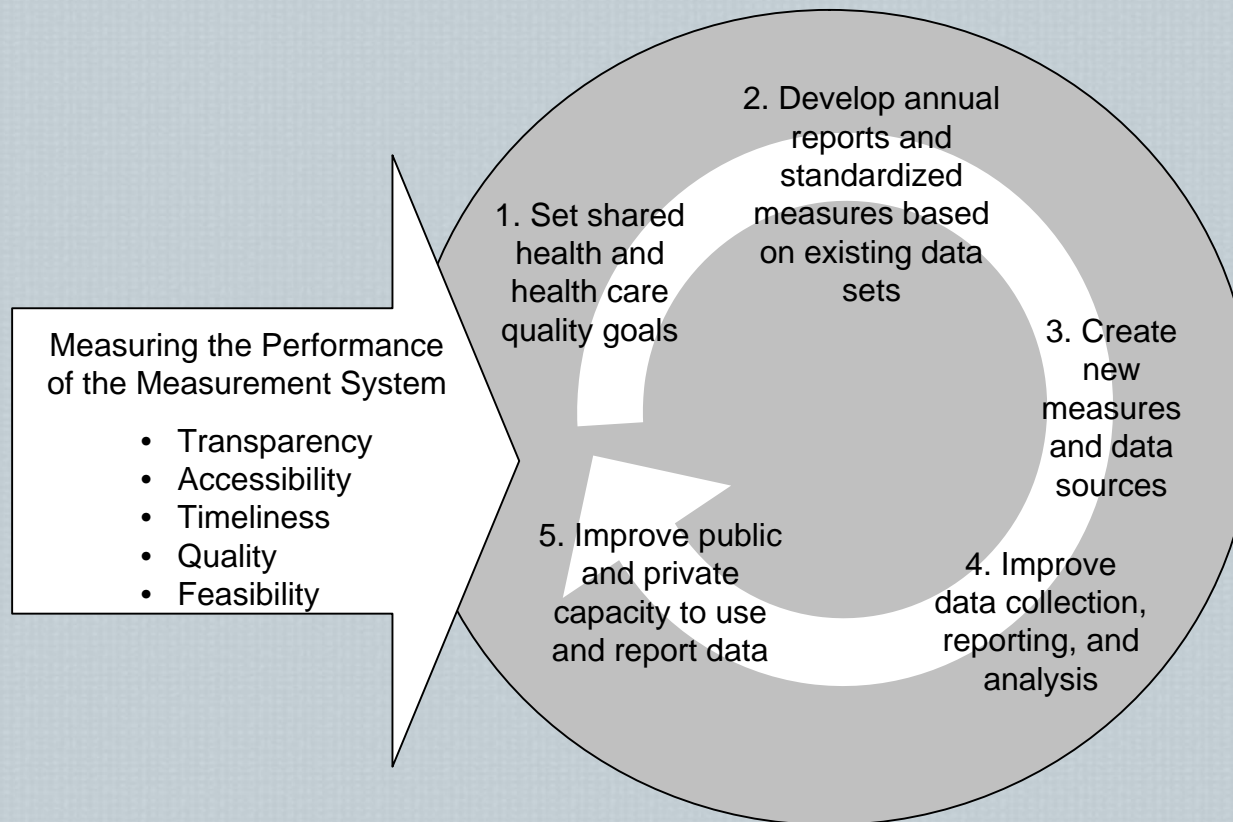
Caratteristiche degli indicatori

Mainz (10)	Wollersheim (11)
Basati su definizioni condivise e descritte in maniera esaustiva	Legati a <i>standard</i> elevati di qualità
Altamente specifici e sensibili al cambiamento	Costruiti in modo trasparente e accurato
Validi e riproducibili	Rilevanti rispetto ad aspetti importanti della qualità della cura (ad esempio sicurezza, efficacia, efficienza)
In grado di discriminare	In grado di misurare la qualità in modo valido e riproducibile con scarsa variabilità intra ed extraosservatori
Rilevanti per la pratica clinica	Selezionati con considerazione alla cura ottimale derivata dalle linee guida
Utili a confronti	Rilevanti per clinici, amministratori e pazienti
Basati sulle evidenze	Praticabili

Mainz J. (2003) Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International Journal for Quality in Health Care 15(6):523-30.

Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Braspenning J, Ouwens M, Schouten J, et al. (2007) Clinical indicators: development and applications. Netherlands Journal of Medicine; 65(1):15-2

A Stepwise Approach to Measuring Health and Health Care Quality



Kathryn McDonald, Center for Health Policy & Center for Primary Care and Outcomes Research – Stanford University

AHRQ Quality Indicators (QI)

- Hospital data and publically available tools
 - Prevention Quality Indicators (PQI)
 - Inpatient Quality Indicators (IQI)
 - Patient Safety Indicators (PSI)
 - Pediatric Quality Indicators (PDI)
- Other data sources and tools
 - Care Coordination Measures Atlas
 - Emergency Department Prevention Quality Indicators

AHRQ: U.S. Agency for Healthcare Research and Quality

For further information: www.qualityindicators.ahrq.gov

Indicator Development Steps

BACKGROUND RESEARCH

Literature review

To determine previous work on indicator validity

EXTERNAL INPUT

User experience

To learn about any validation work that may not be published

Coding consultation

To ensure clinical concept and data coding practice correspond

SUPPLEMENTARY RESEARCH

Empirical analyses

To explore alternative definitions

To assess rates, hospital variation, relation among indicators

To develop methods to account for differences in underlying risk

Clinical panel reviews

To refine indicator definition and risk groupings

To establish face/consensual validity if needed

AHRQ: U.S. Agency for Healthcare Research and Quality For further information:

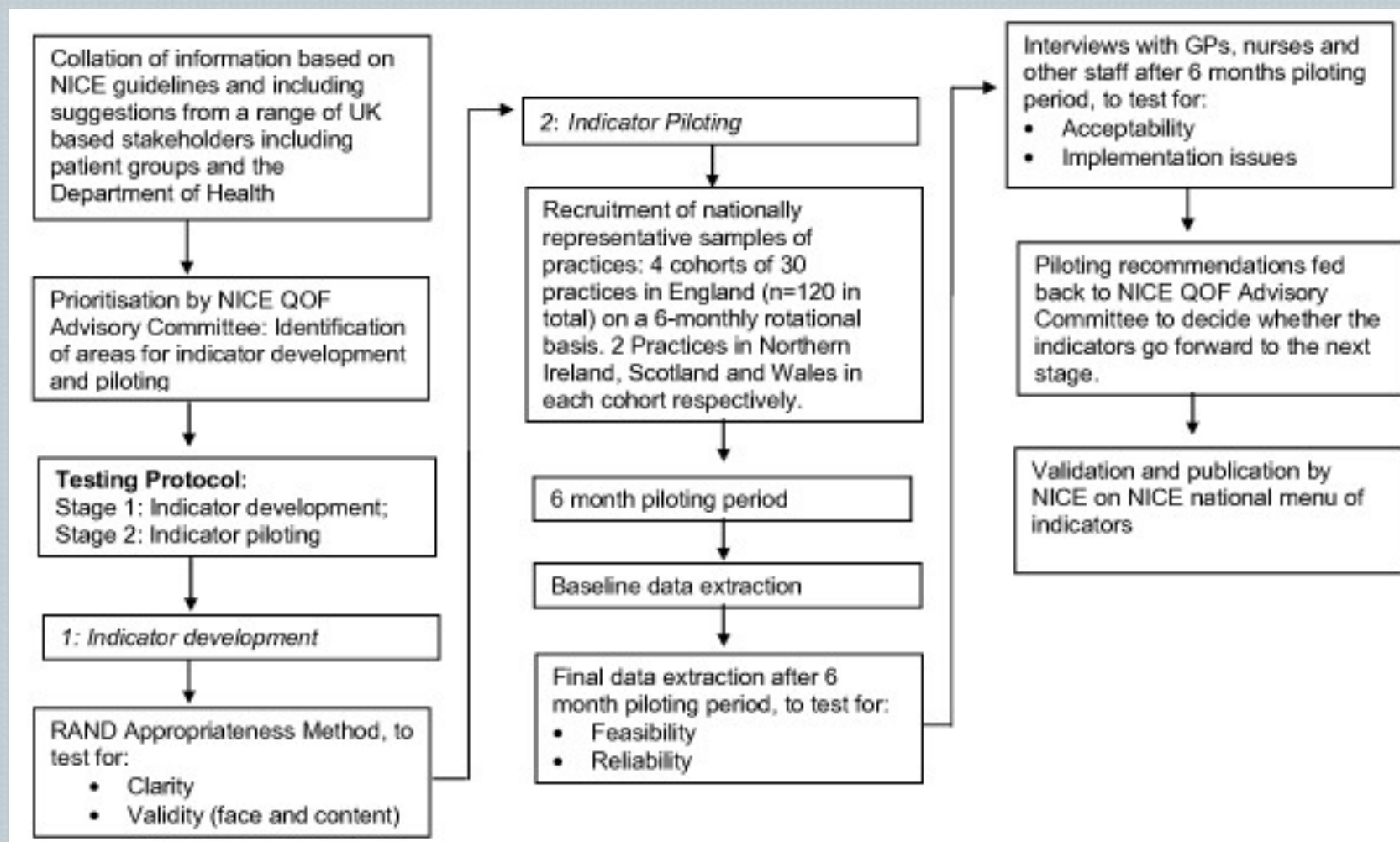
www.qualityindicators.ahrq.gov

Current Uses of AHRQ QIs

- Quality Improvement
 - Comparative Reporting
 - Pay for Performance
 - Research
-
- Some measures work across purposes
 - Some do not, depends on design
-
- Some compare populations (“area level”)
 - Others compare hospitals (“provider level”)

Indicator testing protocol for developing and piloting quality indicators for the UK quality and outcomes framework

Campbell et al. BMC Family Practice, 2011



La misurazione/valutazione e la Salute Mentale - 1

Fino ad oggi è stato difficile comparare tra loro i servizi di Salute Mentale per:

- mancanza di informazioni sulla qualità erogata
- scarsità di solide evidenze su cosa sia una cura appropriata
- assenza di misure comuni e standardizzate per valutare la qualità dei trattamenti

Kilbourne AM, Keyser D, Pincus HA (2010) Challenges and opportunities in measuring the quality of mental health care. *Canadian Journal of Psychiatry*. 55: 549-557

La misurazione/valutazione e la Salute Mentale - 2

...in questo contesto assume particolare rilevanza il ruolo dell'informazione

- Come afferma il programma della Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) sui bisogni informativi dei servizi di Salute Mentale americani **"in Salute Mentale la qualità dell'informazione determinerà la qualità della cura"**.
- L'OMS ha indicato tra le azioni prioritarie lo sviluppo di sistemi di monitoraggio e la produzione di dati comparativi sullo stato e sul progresso delle salute mentale degli stati membri (Conferenza Ministeriale Europea sulla Salute Mentale, Helsinki 2005)

Valutare i percorsi in sanità

I percorsi della salute mentale e il percorso oncologico. Un progetto della Commissione parlamentare d'inchiesta del Senato sull'efficienza e l'efficacia del SSN

a cura di

**Sabina Nuti, Maria Pia Fantini
e Anna Maria Murante**

Nel suo passato mandato la Commissione Parlamentare d'inchiesta del Senato della Repubblica sull'efficienza e l'efficacia del Servizio Sanitario Nazionale ha inteso proporre ai soggetti erogatori e regolatori del SSN un approccio innovativo alla valutazione dei risultati in sanità, focalizzato più sulla prospettiva del percorso assistenziale e della continuità delle cure che sugli output di ciascuna componente dell'offerta sanitaria. Con tale obiettivo la Commissione ha incaricato il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna, sotto la responsabilità scientifica di Sabina Nuti e contando sulla collaborazione dell'Università di Bologna, di identificare un set di indicatori di percorso assistenziale e di continuità delle cure per la salute mentale e l'oncologia. La misurazione delle performance ha riguardato sette regioni italiane (Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Molise, Toscana e Umbria) che hanno calcolato e messo in condivisione su una piattaforma web i propri dati, per confrontare i risultati di qualità e appropriatezza dei due percorsi. I dati si riferiscono al biennio 2009-2010.

L'offerta assistenziale - 1

Legge 180 del 1978
Ingresso della psichiatria nel S.S.N.

Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della Salute Mentale 1998-2000"
Istituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale

Decreto Ministeriale 15 ottobre 2010
Istituzione del Sistema Informativo Nazionale

L'offerta assistenziale - 2

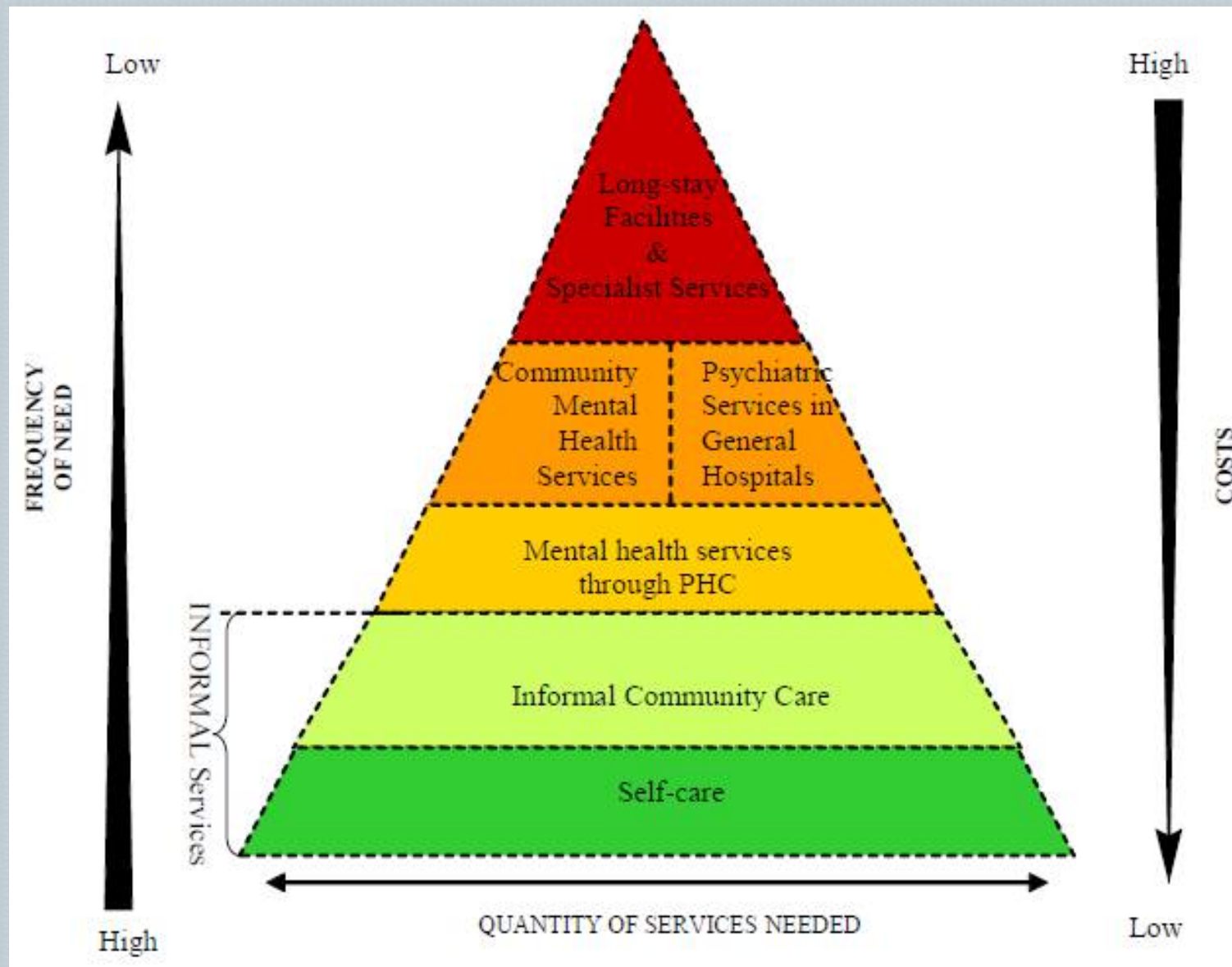
- A partire dalle leggi 180 e 833 del 1978 è stato sancito l'ingresso della psichiatria nel servizio sanitario nazionale. La legge 180 ha sancito la chiusura degli ospedali psichiatrici e l'istituzione dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) come unità specialistiche per il trattamento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti, con non più di 15 posti letto dedicati.
- Attualmente il numero di posti letto negli SPDC è 0,78 per 10.000 abitanti. Considerando anche le strutture private convenzionate con il servizio sanitario nazionale, la dotazione di posti letto psichiatrici per acuti è 1,72/10.000 abitanti

L'offerta assistenziale - 3

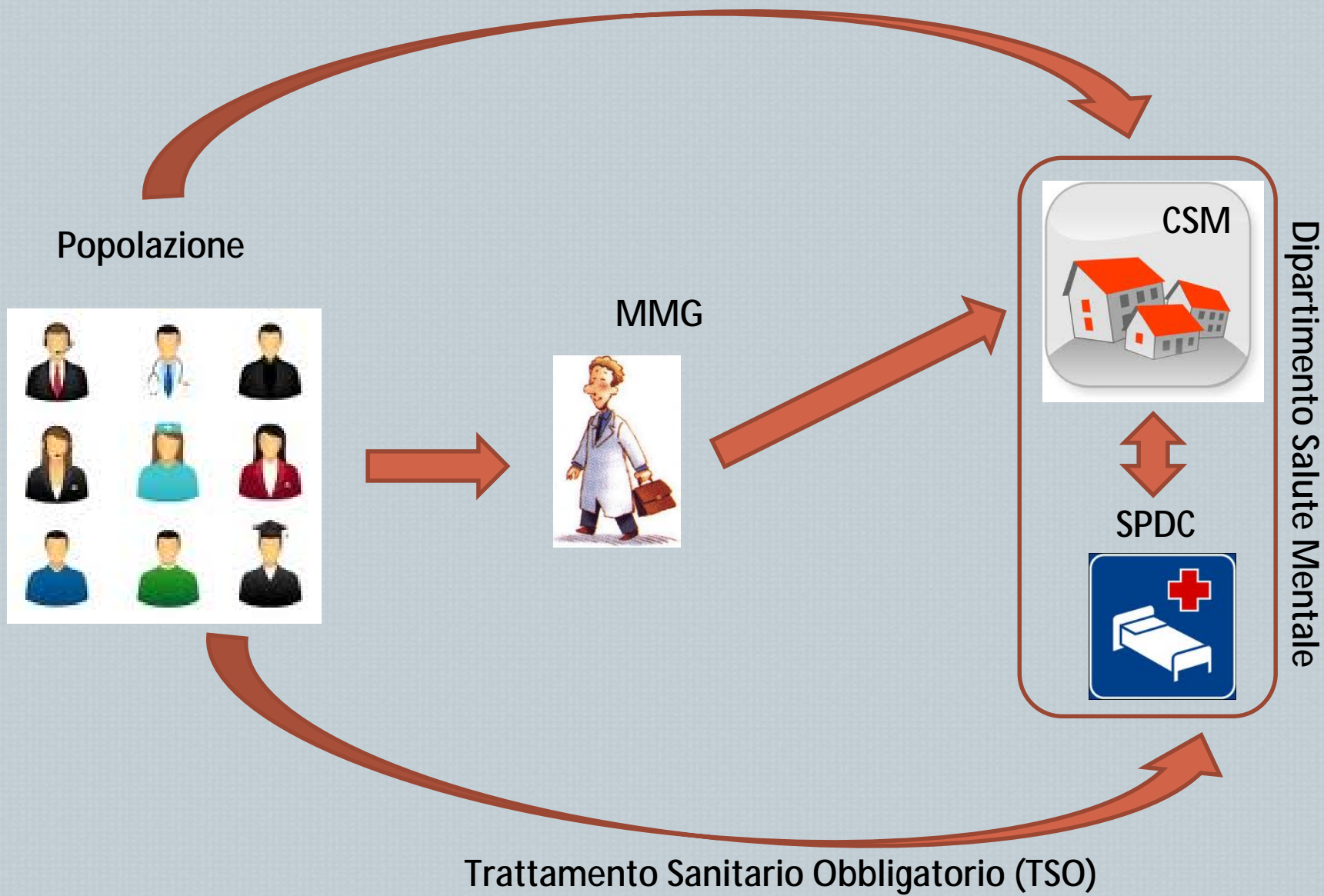
- Il Progetto obiettivo nazionale sulla tutela della salute mentale 1998-2000 ha avviato un'importante riorganizzazione sistematica dei servizi deputati all'assistenza psichiatrica.
- Il progetto ha previsto l'istituzione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), quale organo di coordinamento per garantire l'unitarietà e l'integrazione dei servizi psichiatrici in uno stesso territorio (Centri di Salute Mentale, SPDC, day hospital, centri diurni e strutture residenziali), e i collegamenti con altri servizi confinanti come la medicina di base, la medicina scolastica, la guardia medica, il consultorio, i servizi sociali e i servizi di neuropsichiatria infantile e i servizi per le dipendenze patologiche.

L'offerta assistenziale - 4

A partire dai LEA (Livelli essenziali di Assistenza) è auspicabile sviluppare un modello assistenziale in cui i servizi siano centrati sulla persona che deve essere coinvolta in tutte le fasi del processo diagnostico, terapeutico e riabilitativo, e a cui deve essere garantito coordinamento e integrazione tra servizi, continuità relazionale e supporto con anche il coinvolgimento della famiglia, ove necessario.



PERCORSI



INDICATORI SALUTE MENTALE

DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE DI MODENA, BOLOGNA E RAVENNA

Periodo di analisi:
anno 2010

Fonti:

SDO (Schede di dimissione ospedaliera)	2010;
SISM (Sistema Informativo Salute Mentale)	2010;
AFT (Assistenza Farmaceutica Territoriale)	2009-2010;
FED (Farmaci ad erogazione diretta)	2009-2010

INDICATORI SALUTE MENTALE

Selezione della casistica:

Fonte SDO:

Ricoveri di pazienti con diagnosi principale psichiatrica, dimessi, in regime ordinario, nel periodo 01/01/2010-31/12/2010 dalle strutture pubbliche e private accreditate

Fonte SISM:

Pazienti trattati dai Centri di Salute Mentale nel periodo 01/01/2010-31/12/2010

Criteri di esclusione:

Pazienti con età inferiore a 18 anni;

Pazienti non residenti nella regione Emilia-Romagna

INDICATORI SALUTE MENTALE

Categorie diagnostiche considerate

Schizofrenia e disturbi psicotici

(ICD9 CM: 295.xx, 297.xx, 298.xx, 299.1x, 299.9x);

Disturbi dell'umore

(ICD9 CM: 296.0x 296.1x, 296.4x, 296.5x, 296.6x, 296.23, 296.24, 296.33, 296.34)

Depressione lieve-moderata

(ICD9 CM: 311 e residui 296)

Disturbi d'ansia e dell'adattamento

(ICD9 CM: 300.xx)

Disturbi di personalità

(ICD9 CM: 301.xx)

Demenze

(ICD9 CM: 290.xx, 293.xx, 294.xx)

Disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze

(ICD9 CM: 291.xx, 292.xx, 303.xx, 304.xx, 305.xx)

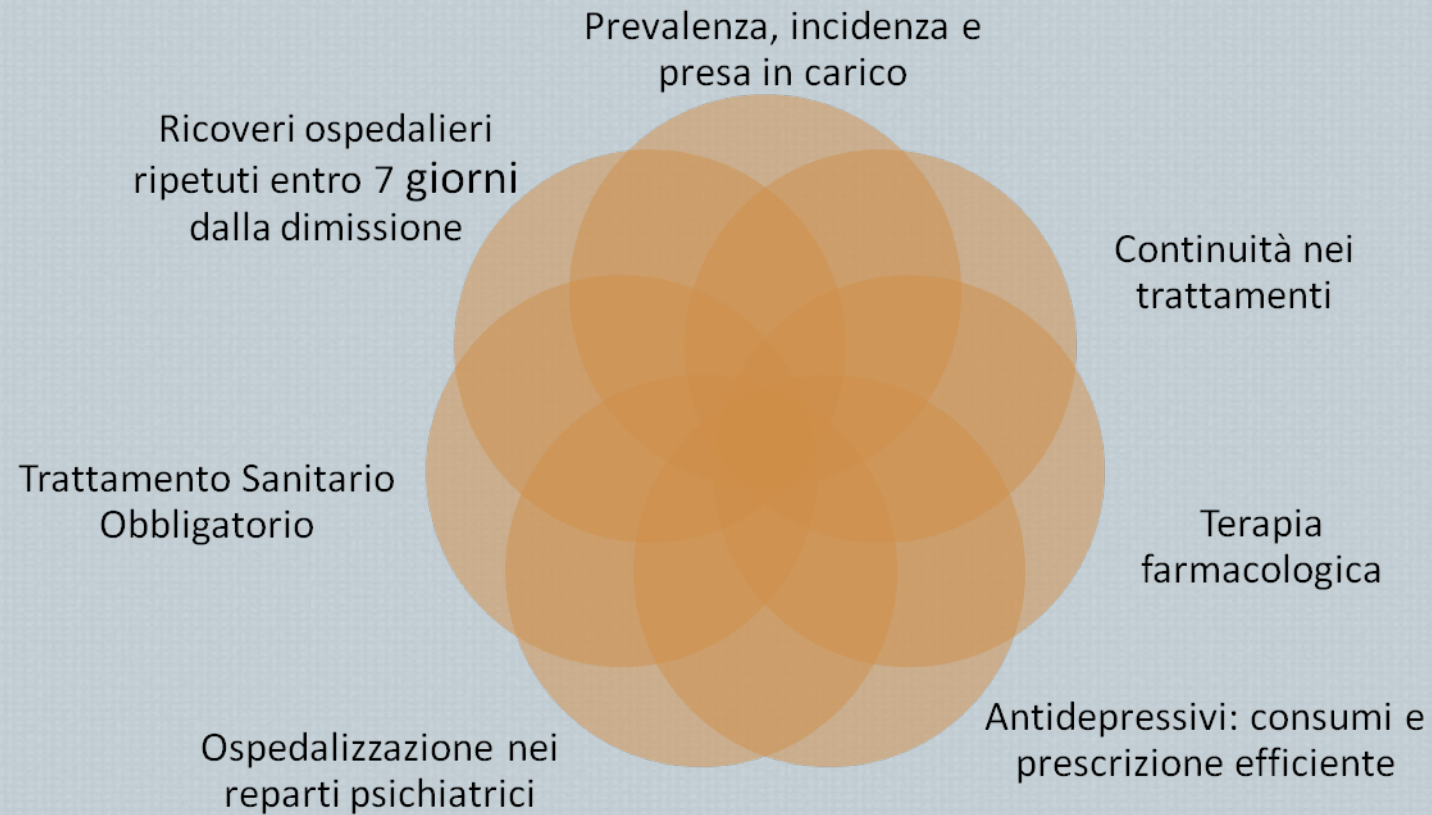
Altre diagnosi

(ICD9 CM: 302.xx, 306.xx-310.xx, 312.xx, 316-319)

Esclusi:

ICD9 CM: 299.0x, 299.8x, 313-315 disturbi dell'infanzia e adolescenza

Dimensioni indagate



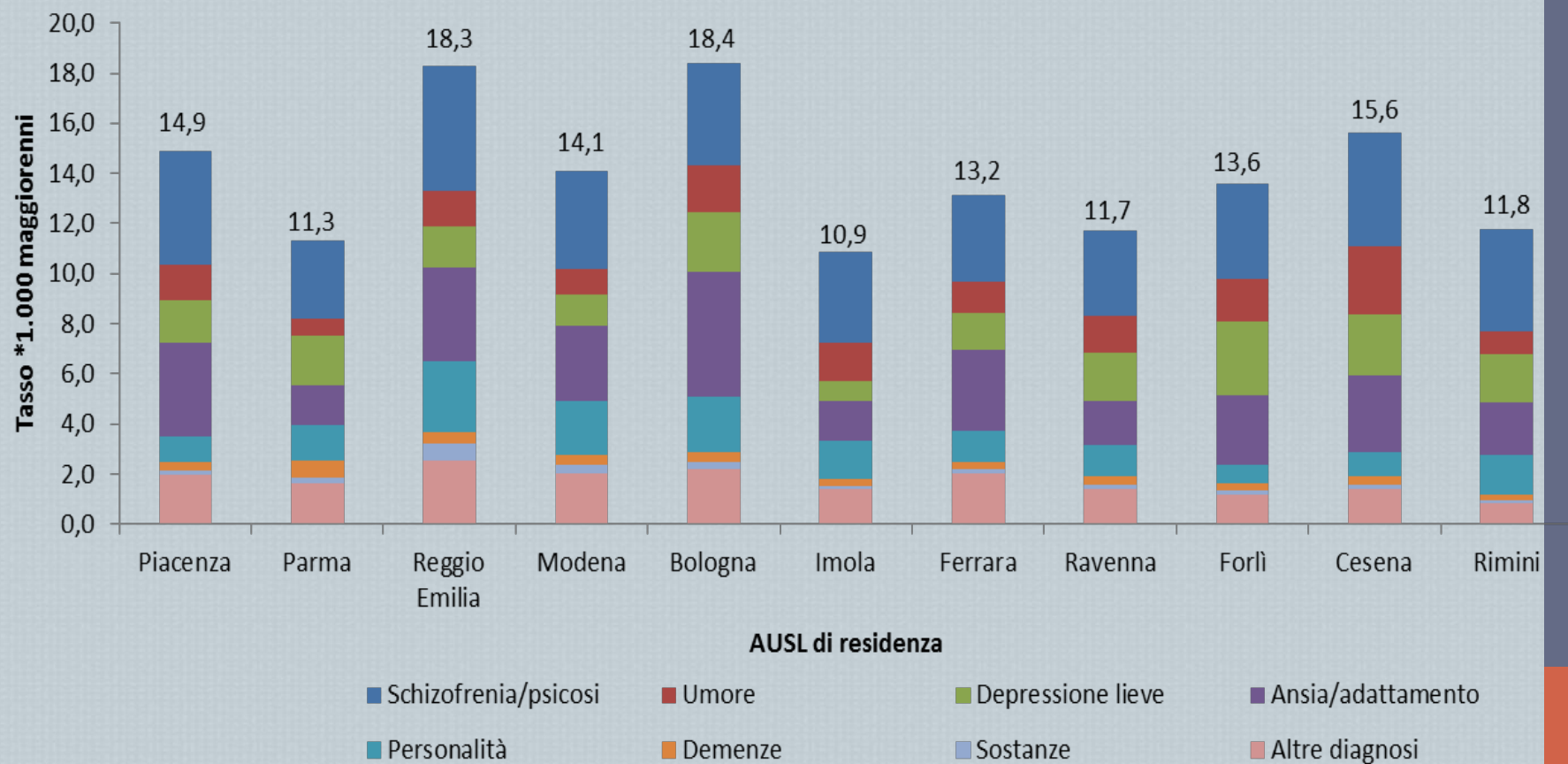
Risultati- 1

Prevalenza, incidenza e presa in carico

Ausl di residenza	Tasso di utenti attivi trattati		Tasso di incidenza		Tasso di presa in carico	
	Tasso*1.000 (I.C. 95%)	Cfr con media regionale (I.C. 95%)	Tasso*1.000 (I.C. 95%)	Cfr con media regionale (I.C. 95%)	Tasso*1.000 (I.C. 95%)	Cfr con media regionale (I.C. 95%)
Piacenza	19,47 (18,93-20,02)	1,086 (1,055-1,118)	6,80 (6,48-7,13)	1,092 (1,039-1,147)	14,89 (14,42-15,37)	1,014 (0,980-1,048)
Parma	15,18 (14,79-15,58)	0,847 (0,824-0,870)	5,74 (5,50-5,99)	0,921 (0,881-0,963)	11,32 (10,98-11,66)	0,770 (0,747-0,795)
Reggio Emilia	19,45 (19,05-19,87)	1,085 (1,061-1,110)	7,60 (7,34-7,86)	1,220 (1,176-1,265)	18,31 (17,91-18,71)	1,246 (1,218-1,276)
Modena	17,03 (16,70-17,37)	0,950 (0,930-0,970)	6,12 (5,92-6,32)	0,982 (0,948-1,018)	14,07 (13,77-14,38)	0,958 (0,936-0,980)
Bologna	21,10 (20,77-21,43)	1,177 (1,157-1,197)	6,51 (6,33-6,70)	1,046 (1,014-1,079)	18,38 (18,08-18,69)	1,252 (1,228-1,275)
Imola	14,49 (13,8-15,22)	0,809 (0,770-0,849)	4,33 (3,96-4,74)	0,696 (0,636-0,762)	10,86 (10,26-11,49)	0,739 (0,698-0,783)
Ferrara	19,08 (18,6-19,56)	1,064 (1,037-1,092)	8,17 (7,86-8,49)	1,312 (1,259-1,366)	13,15 (12,76-13,56)	0,895 (0,868-0,924)
Ravenna	16,68 (16,25-17,12)	0,930 (0,906-0,956)	6,87 (6,59-7,16)	1,103 (1,057-1,151)	11,72 (11,36-12,1)	0,798 (0,773-0,824)
Forlì	17,84 (17,20-18,50)	0,995 (0,959-1,033)	6,32 (5,94-6,72)	1,015 (0,953-1,081)	13,58 (13,02-14,16)	0,924 (0,886-0,965)
Cesena	18,16 (17,54-18,80)	1,013 (0,978-1,050)	4,37 (4,07-4,69)	0,701 (0,652-0,754)	15,61 (15,04-16,21)	1,063 (1,023-1,105)
Rimini	12,77 (12,36-13,20)	0,712 (0,689-0,737)	2,57 (2,39-2,77)	0,413 (0,383-0,445)	11,76 (11,36-12,17)	0,801 (0,773-0,829)
RER	17,93 (17,79-18,06)	Riferimento	6,23 (6,15-6,31)	Riferimento	14,69 (14,57-14,81)	Riferimento

Risultati- 2

Tasso di presa in carico stratificato per categoria diagnostica



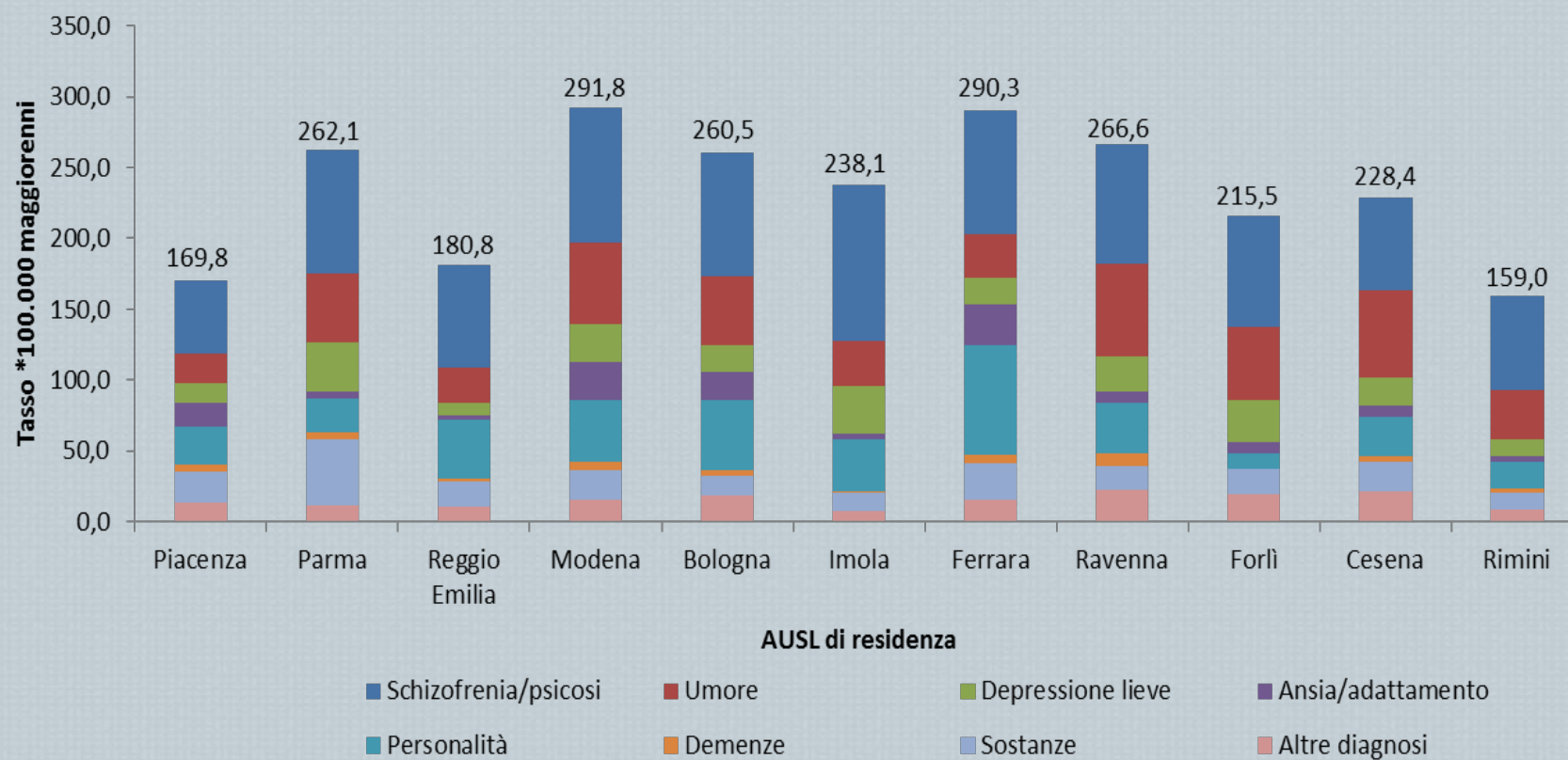
Risultati- 3

Tasso di ospedalizzazione nei reparti ospedalieri psichiatrici

Ausl di residenza	Tasso di ospedalizzazione		Tasso di ospedalizzazione per TSO	
	Tasso*100.000 (I.C. 95%)	Cfr con media regionale (I.C. 95%)	Tasso*100.000 (I.C. 95%)	Cfr con media regionale (I.C. 95%)
Piacenza	169,8 (154,3-186,9)	0,702 (0,637-0,775)	36,2 (29,5-44,6)	1,293 (1,041-1,605)
Parma	262,1 (246,2-279)	1,084 (1,015-1,158)	24,2 (19,7-29,7)	0,862 (0,695-1,069)
Reggio Emilia	180,8 (168,6-193,9)	0,748 (0,695-0,804)	47,5 (41,4-54,4)	1,693 (1,458-1,966)
Modena	291,8 (278,3-306)	1,207 (1,146-1,271)	29,4 (25,3-34,2)	1,050 (0,893-1,234)
Bologna	260,5 (249-272,4)	1,077 (1,025-1,132)	21,0 (17,9-24,6)	0,748 (0,631-0,886)
Imola	238,1 (211,0-268,7)	0,985 (0,871-1,113)	5,5 (2,5-11,9)	0,194 (0,087-0,434)
Ferrara	290,3 (272,1-309,8)	1,201 (1,122-1,285)	36,1 (30,0-43,4)	1,287 (1,060-1,563)
Ravenna	266,6 (249,6-284,7)	1,102 (1,029-1,181)	29,8 (24,5-36,3)	1,063 (0,865-1,306)
Forlì	215,5 (193,8-239,5)	0,891 (0,800-0,993)	17,6 (12,2-25,5)	0,629 (0,432-0,916)
Cesena	228,4 (207,0-252,0)	0,945 (0,854-1,045)	17,9 (12,6-25,4)	0,638 (0,446-0,912)
Rimini	159,0 (144,7-174,6)	0,658 (0,597-0,724)	21,2 (16,4-27,4)	0,756 (0,581-0,985)
RER	241,8 (236,8-246,8)	Riferimento	28,0 (26,4-29,8)	Riferimento

Risultati- 4

Tasso di ricovero per patologie psichiatriche stratificato per categoria diagnostica



Risultati- 5

Re-ricovero a 30 e a 7 giorni dalla data di dimissione

Ausl di erogazione	Rericovero a 30 giorni		Rericovero a 7 giorni	
	Percentuale (I.C. 95%)	Cfr con media regionale (I.C. 95%)	Percentuale (I.C. 95%)	Cfr con media regionale (I.C. 95%)
Piacenza	12,6 (9,6-16,5)	1,070 (0,807-1,419)	3,4 (1,9-5,8)	0,650 (0,369-1,146)
Parma	7,6 (5,9-9,7)	0,643 (0,497-0,834)	3,1 (2,1-4,6)	0,591 (0,390-0,897)
Reggio Emilia	12,9 (9,4-17,6)	1,096 (0,791-1,518)	6,7 (4,2-10,4)	1,285 (0,802-2,061)
Modena	14,2 (12,2-16,4)	1,204 (1,022-1,418)	7,9 (6,4-9,7)	1,525 (1,208-1,925)
Bologna	10,3 (8,5-12,3)	0,870 (0,714-1,060)	3,8 (2,7-5,1)	0,726 (0,519-1,014)
Imola	7,2 (4,1-12,4)	0,609 (0,343-1,080)	3,9 (1,8-8,3)	0,756 (0,342-1,669)
Ferrara	16,4 (13,9-19,3)	1,390 (1,163-1,661)	8,5 (6,7-10,7)	1,635 (1,258-2,125)
Ravenna	11,4 (9,2-14,2)	0,968 (0,770-1,216)	4,3 (3,0-6,2)	0,826 (0,562-1,214)
Forlì	11,0 (7,8-15,3)	0,934 (0,662-1,318)	5,1 (3,1-8,5)	0,992 (0,589-1,672)
Cesena	11,8 (8,7-15,7)	0,998 (0,737-1,351)	3,9 (2,3-6,6)	0,757 (0,440-1,305)
Rimini	9,7 (6,9-13,5)	0,823 (0,585-1,158)	2,5 (1,3-4,9)	0,484 (0,242-0,967)
RER	11,8 (11,0-12,7)	Riferimento	5,2 (4,6-5,8)	Riferimento

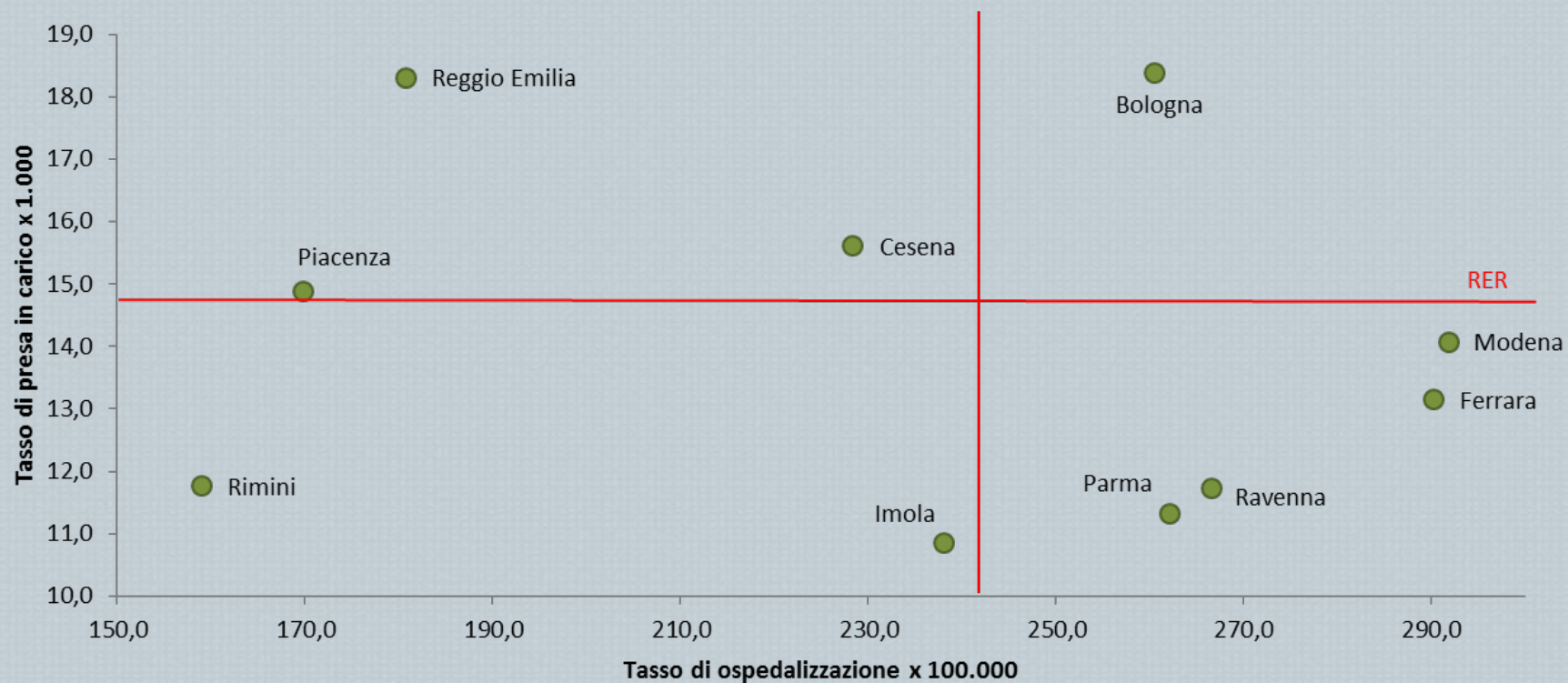
Risultati- 6

Pazienti dimessi con disturbo bipolare trattati con stabilizzanti dell'umore nei 3 mesi successivi alla dimissione

Ausl di erogazione	Percentuale (I.C. 95%)	Cfr con media regionale (I.C. 95%)
Piacenza	39,4 (24,7-56,3)	0,600 (0,392-0,918)
Parma	61,1 (51,8-69,5)	0,930 (0,797-1,085)
Reggio Emilia	45,5 (29,8-62,0)	0,692 (0,475-1,009)
Modena	58,1 (50,2-65,5)	0,884 (0,768-1,019)
Bologna	72,9 (66,2-78,7)	1,111 (1,008-1,224)
Imola	44,8 (28,4-62,5)	0,683 (0,455-1,025)
Ferrara	51,1 (37,2-64,7)	0,778 (0,586-1,033)
Ravenna	67,4 (60,3-73,8)	1,027 (0,919-1,147)
Forlì	82,4 (69,7-90,4)	1,254 (1,096-1,436)
Cesena	76,5 (67,2-83,8)	1,166 (1,035-1,313)
Rimini	82,7 (70,3-90,6)	1,260 (1,103-1,438)
RER	65,7 (62,6-68,6)	Riferimento

Risultati- 7

Relazione tra Tasso di presa in carico e Tasso di ospedalizzazione



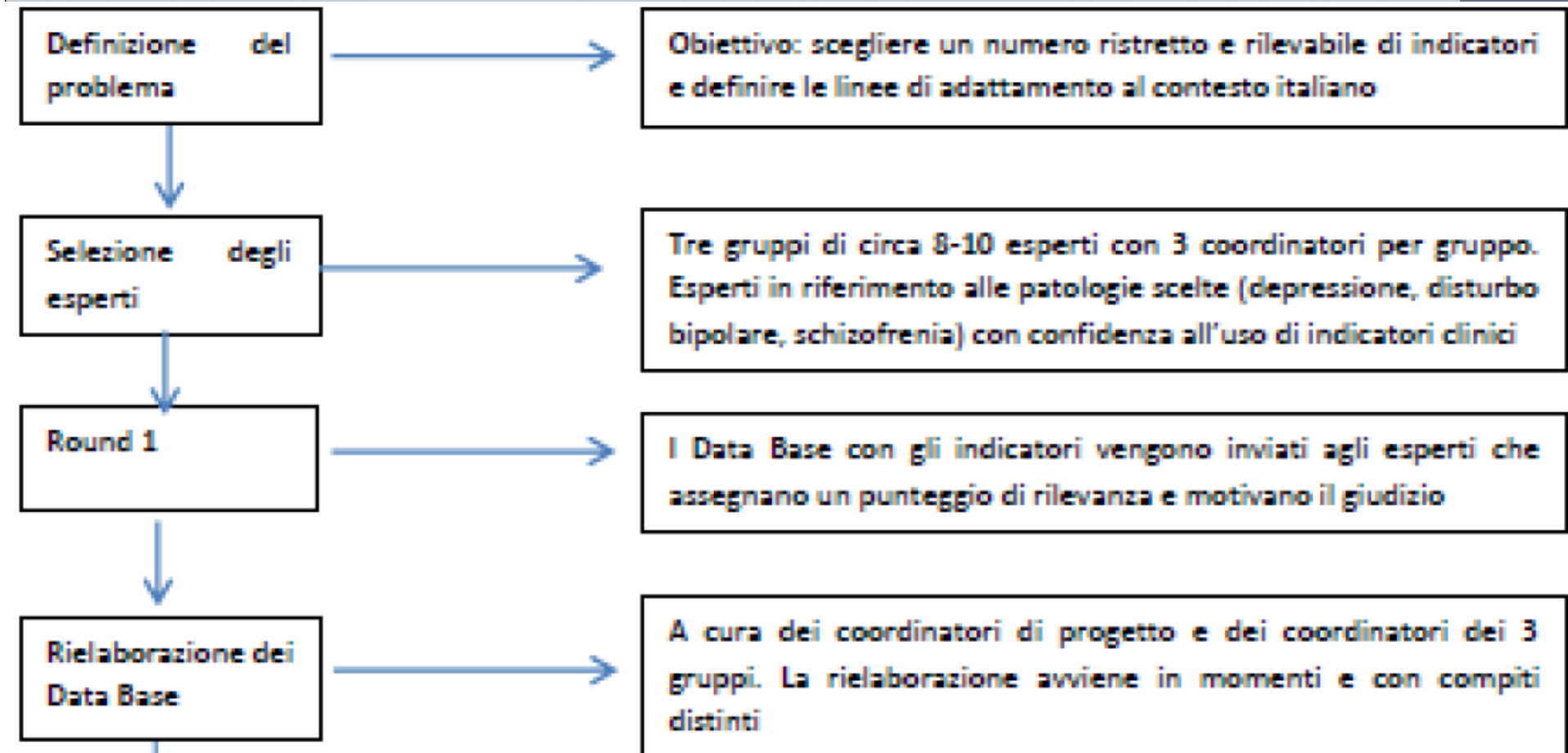
	Descrizione indicatore	Ordine di grandezza	Performance DSM A 2010 (IC 95%)	Confronto con media RER (IC 95%)	Valutazione
Prevalenza, incidenza e presa in carico	Tasso utenti maggiorenni attivi presso il CSM nell'anno di stima	x 1.000	17,03 (16,7-17,37)	0,950 (0,930-0,970)	
	Tasso di incidenza presso il CSM	x 1.000	6,1 (5,9-6,3)	0,982 (0,948-1,018)	
	Prevalenza trattata per patologie psichiatriche	x 1.000	14,1 (13,8-14,4)	0,958 (0,936-0,980)	
Continuità trattamento	% abbandono del trattamento nei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche in carico al CSM	%	14,2 (13,3-15,1)	1,235 (1,154-1,322)	
	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni	%	14,2 (12,2-16,4)	1,204 (1,022-1,418)	
	Contatto entro 15 gg con il DSM degli utenti maggiorenni non noti al territorio alla dimissione del ricovero	%	39,2 (33,4-45,4)	1,761 (1,444-2,147)	
Terapia farmacologica	% di abbandoni per SSRI (Antidepressivi) nei depressi maggiorenni	%	16,6 (11,9-22,6)	0,924 (0,661-1,290)	
	% di pazienti aderenti alla terapia con antidepressivi	%	27,7 (27,4-28,1)	1,011 (0,996-1,025)	
	% di utenti con disturbo bipolare trattati con stabilizzanti dell'umore nei 3 mesi successivi alla dimissione	%	58,1 (50,2-65,5)	0,884 (0,768-1,019)	
Antidepressivi: consumo e prescrizioni	Consumo di antidepressivi (N06A) nella popolazione maggiorenne	x 1.000 die	53,6 (53,5-53,7)	1,002 (1,001-1,003)	
	Consumo di SSRI (N06AB) nella popolazione maggiorenne	x 1.000 die	41,4 (41,3-41,5)	1,012 (1,011-1,013)	
	% di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	%	77,3 (77,2-77,4)	1,012 (1,010-1,014)	
	% di altri antidepressivi a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	%	49,3 (49,2-49,4)	0,925 (0,923-0,926)	
Ospedalizzazione	Tasso di ricovero per patologie psichiatriche su popolazione maggiorenne	x 100.000	291,8 (278,3-306)	1,207 (1,146-1,271)	
	Indice di performance degenza media per patologie psichiatriche	Giornate di degenza	-1,81	-	
TSO	Tasso di ricovero per TSO su popolazione maggiorenne	x 100.000	29,4 (25,3-34,2)	1,050 (0,893-1,234)	
	TSO su utenti attivi maggiorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale	x 1.000	11,6 (9,7-13,5)	0,969 (0,803-1,169)	
Ritorni a 7 giorni	% ricoveri ripetuti entro 7 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni	%	7,9 (6,4-9,7)	1,525 (1,208-1,925)	

LA QUALITA' DELLA CURA NEI DISTURBI MENTALI GRAVI IN LOMBARDIA

a cura di

Antonio LORA e Emiliano MONZANI

Metodo Delphi



Metodo Delphi

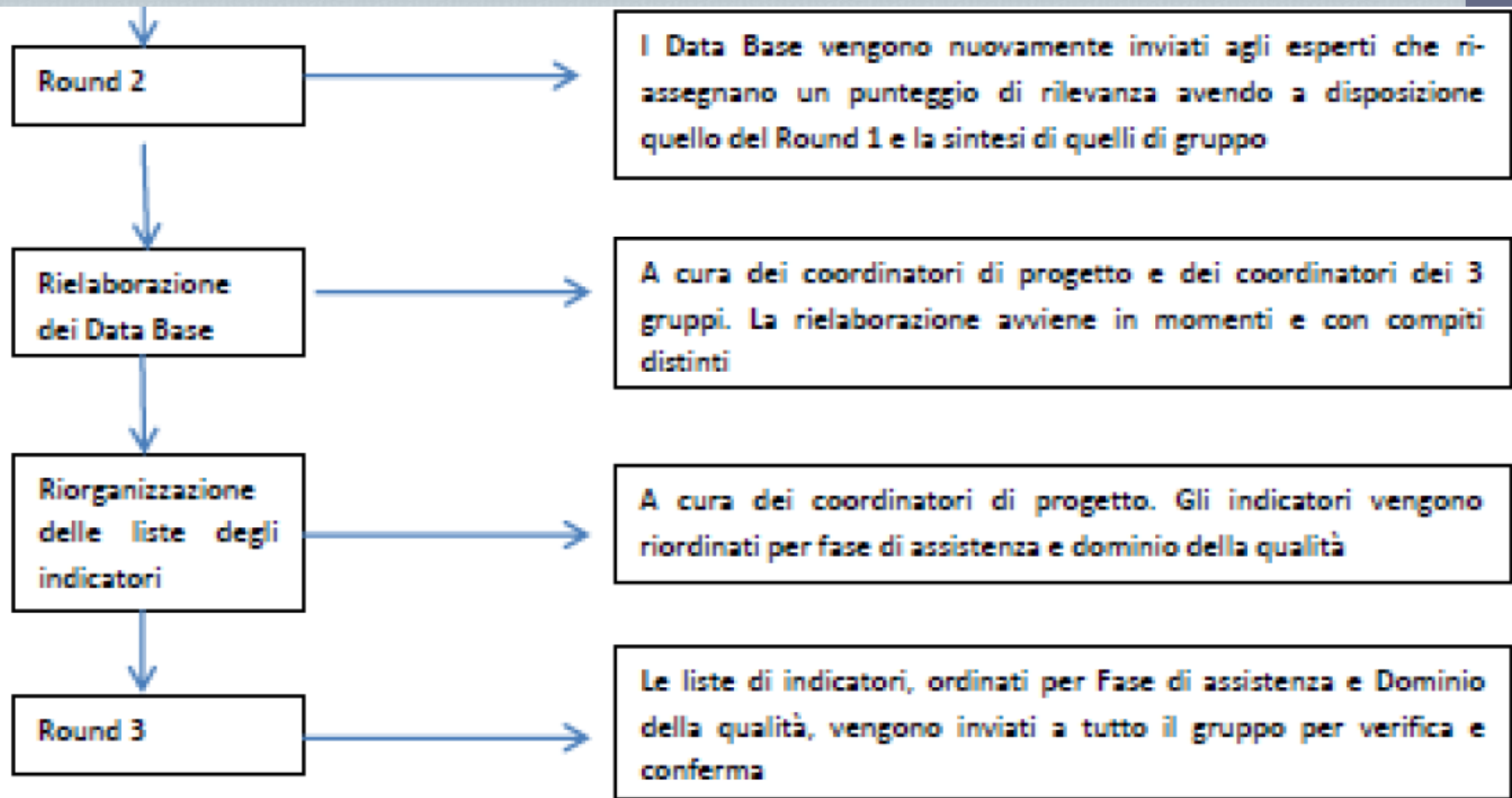
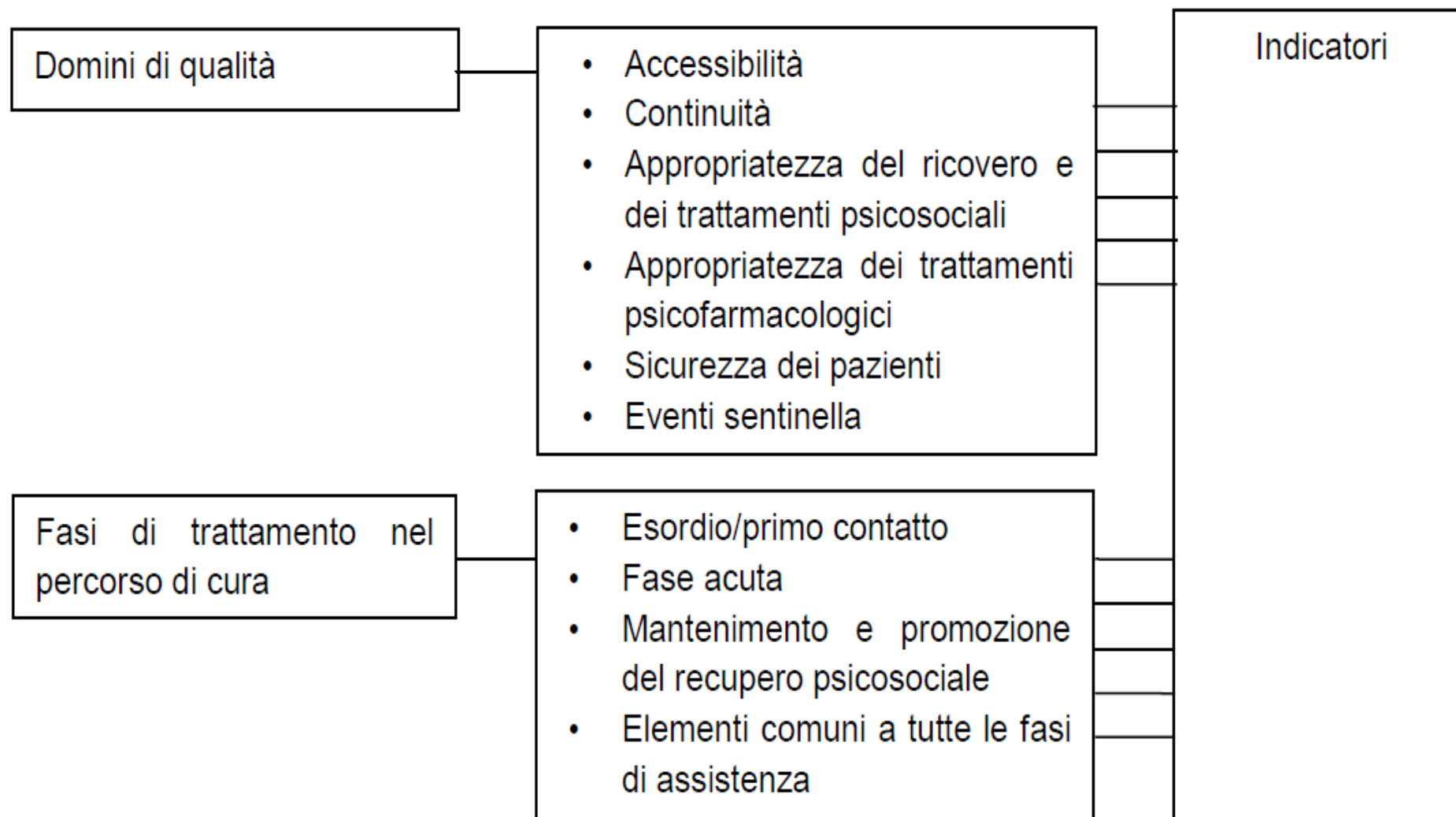


Figura 1 – Domini della qualità e fasi di trattamento.



Fonti informative

Tabella 2 - Principali dati derivabili dai Sistemi Informativi – Regione Lombardia

1. Assistenza psichiatrica (informazioni relative all'attività territoriale, semiresidenziale, residenziale ed ospedaliera delle strutture del DSM e private accreditate comprendente anche un glossario degli interventi territoriali).
2. Assistenza farmaceutica (principio attivo prescritto, tipo di formulazione, numero di compresse/fiale contenute nella confezione - con riferimento alla farmaceutica territoriale e al servizio farmaceutico delle strutture). Esclusi i trattamenti farmacologici durante la degenza.
3. Specialistica ambulatoriale (esami di laboratorio prescritti in regime ambulatoriale, visite psichiatriche e non psichiatriche eseguite in Pronto Soccorso, visite specialistiche ambulatoriali di carattere non psichiatrico).
4. Assistenza ospedaliera (ricoveri sia psichiatrici che di carattere non psichiatrico per patologia somatica –SDO).
5. Servizi per le alcooldipendenze e tossicodipendenze.
6. Anagrafe regionale assistiti (decessi).

Indicatori per i pazienti con disturbo bipolare

A. Esordio. Primo contatto

1. Età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio.
2. Tempi di attesa per la prima visita nei CPS.
3. Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico.
4. Trattamenti psicoeducativi nei pazienti con disturbo all'esordio.
5. Continuità della cura nei pazienti con disturbo all'esordio.
6. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari dei pazienti con disturbo all'esordio.
7. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai pazienti con disturbo all'esordio.

B. Fase acuta

8. Ricoveri in regime di TSO.
9. Contenzione fisica in SPDC.
10. Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni.
11. Riammissioni in SPDC entro quattro settimane dalla dimissione.
12. Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CPS entro 14 giorni dalla dimissione dal SPDC.
13. Trattamento continuativo con farmaci stabilizzatori nel periodo successivo all'episodio acuto.
14. Controllo della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici di seconda generazione.
15. Monitoraggio della litiemia in pazienti all'inizio del trattamento con litio.

C. Mantenimento e promozione del recupero psicosociale

16. Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC
17. Piano di Trattamento Individuale.
18. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente.
19. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari.
20. Terapia di mantenimento con farmaci stabilizzatori dell'umore.
21. Trattamento combinato con farmaci antidepressivi e stabilizzatori dell'umore.
22. Monitoraggio periodico della litiemia nei pazienti in terapia di mantenimento con litio.
23. Monitoraggio della funzionalità renale e tiroidea in pazienti in terapia di mantenimento con litio.
24. Monitoraggio della funzionalità epatica e dell'emocromo in pazienti in terapia di mantenimento con carbamazepina o valproato.
25. Monitoraggio periodico della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici di seconda generazione.
26. Visita psichiatrica in CPS entro 90 giorni dall'interruzione di un farmaco stabilizzante per l'umore.
27. Trattamenti psicoeducativi.
28. Pazienti in trattamento psicoterapico.

D. Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza

29. Treatment gap nel disturbo bipolare.
30. Continuità della cura.
31. Conclusione non concordata del trattamento.
32. Mortalità nei disturbi mentali gravi.
33. Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio.

Esempio di scheda indicatore per il disturbo bipolare

NUMERO	BP1
INDICATORE	Età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio.
RAZIONALE	La diagnosi e il trattamento precoce evitano inutili sofferenze ai pazienti e ai loro familiari e prevengono il deterioramento del funzionamento psicosociale.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Accessibilità.
FASE DI ASSISTENZA	Esordio. Primo contatto.
TIPO DI MISURA	Media.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	<i>Canadian Advisory Network on Mental Health (ANMH);</i> http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/index-eng.php
NOTE	<ul style="list-style-type: none">• Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 35 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.

NUMERO	BP3
INDICATORE	'Treatment gap' nel disturbo bipolare
RAZIONALE	I pazienti con disturbo mentale grave necessitano per una migliore risposta ai loro bisogni, di essere presi in carico dai servizi di salute mentale. Il <i>treatment gap</i> permette di conoscere quanti pazienti sono in contatto con i servizi di salute mentale rispetto a quelli che potenzialmente ne hanno bisogno.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Accessibilità.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Tasso per 100.000 (popolazione generale) pazienti affetti da disturbo bipolare con almeno un contatto con il DSM nell'anno.
DENOMINATORE	Tasso per 100.000 (popolazione generale) soggetti affetti da disturbo bipolare.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	<ul style="list-style-type: none"> • Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. (2004) <i>The treatment gap in mental health care. Bulletin World Health Organization</i> 82:858-866. • Lora A, Kohn R, Levav I, McBain R, Morris J, Saxena S. Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries. (2012) <i>Bulletin World Health Organization</i> 1;90(1):47-54, 54A-54B. Epub 2011 Oct 31. • WHO <i>Global Burden of Disease – 2004 update</i> (2008) http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html
NOTE	<ul style="list-style-type: none"> • Sia il numeratore che il denominatore sono tassi per 100.000 abitanti relativi alla popolazione generale. • La stima del denominatore (numero dei soggetti che vivono nel territorio e sono affetti dal disturbo) può essere derivata dalle stime dello studio <i>Global Burden of Disease – 2004 update</i> (WHO 2008) e suoi successivi aggiornamenti.

Indicatori per la depressione

- Tempi di attesa per la prima visita nei CSM
- Continuità della cura
- Pazienti che ricevono una visita in CSM entro 14 giorni dalle dimissioni in SPDC
- Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC
- Conclusione non concordata del trattamento
- Riammissioni in SPDC entro 7 e 28 giorni
- Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni

Indicatori per la depressione

- Pazienti in trattamento psicoterapico
- Pazienti in trattamento psicoterapico all'esordio
- Trattamento psicoterapico e farmacologico combinato nella depressione ricorrente
- Attività clinica durante la fase acuta di trattamento
- Terapia continuativa con farmaci antidepressivi nel periodo successivo all'episodio acuto
- Terapia di mantenimento con farmaci antidepressivi nella depressione ricorrente
- Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio

INDICATORI - LIMITI

- l'abilità con cui viene definito e quantificato che cosa si intenda per qualità della cura, oppure un esito ottimale;
- la mancata disponibilità di evidenze;
- la mancata disponibilità di dati da cui derivare misure di qualità;
- la scarsa robustezza e la validità dei dati rilevati (ad esempio l'accuratezza dei codici diagnostici e clinici);

INDICATORI - LIMITI

- la mancata disponibilità di un'infrastruttura valutativa in grado di valutare la qualità della cura e di permettere l'accesso a dati significativi;
- la difficoltà di dare un rapido feedback ai clinici e di integrare i risultati ottenuti in strategie di miglioramento di qualità;
- l'assenza da parte delle amministrazioni e dei governi di strategie che supportino come una priorità l'utilizzo di indicatori

Conclusioni - 1

Il calcolo degli indicatori basato sui flussi amministrativi correnti si presenta fattibile attraverso:

- Tracciabilità del percorso dei pazienti nei servizi per il trattamento dei disturbi mentali
- Possibilità di record linkage dei flussi amministrativi correnti

Conclusioni - 2

RISCHI CONNESSI ALL'USO DI INDICATORI

- rischio di enfatizzare eccessivamente gli aspetti coperti dagli indicatori a scapito di altri non menzionati, ma altrettanto importanti
- possibilità di gaming, a fronte di incentivi economici legati agli indicatori
- un'inappropriata attenzione ad isolati aspetti della cura che confligge con la complessità della cura centrata sul paziente

Lester HE, Hannon KL, Campbell SM. Identifying unintended consequences of quality indicators: a qualitative study. (2011) BMJ Quality and Safety 20(12):1057-61.