



Identificazione, sperimentazione e validazione di alcuni indicatori di qualità delle attività sanitarie e socio-sanitarie del territorio

Roma 14, 15 settembre 2006

Marco Albini

ASSR AGENZIA per i SERVIZI SANITARI REGIONALI

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA
U Tor Vergata

IL SISTEMA INFORMATIVO PSICHIATRICO IN LOMBARDIA

Breve storia :

Il Sistema Informativo Psichiatrico della Regione Lombardia è nato nel 1982, sviluppato su base cartacea, negli anni '90 si è informatizzato grazie ad un software costruito sulla base di un database relazionale.

In questi anni è diventato un modello di riferimento anche per la Commissione del Ministero della Salute incaricata di disegnare l'architettura del nuovo sistema informativo della salute mentale. Il disegno del nuovo sistema informativo nazionale, stabilito in base all'Accordo Stato Regioni del 2001, riflette la struttura del sistema lombardo, che è il sistema informativo regionale da più tempo in attività.

I PUNTI DI FORZA ...

- **Il modello del S.I.:** il registro dei casi , nella versione del registro di servizio, si è rivelato un modello sostenibile e ricco di potenzialità.
- **La doppia valenza del S.I. sia per il monitoraggio dei servizi che per la valorizzazione delle prestazioni** che provvede sia al monitoraggio-valutazione dei servizi che alla valorizzazione delle prestazioni erogate
- **La notevole diffusione del S.I.:** a tutt'oggi arrivano in Regione i dati relativi a tutte le Unità Operative di Psichiatria pubbliche e a Strutture Residenziali e Semiresidenziali private. Annualmente vengono raccolti i dati relativi a più di 100.000 pazienti in contatto con questi servizi.

3

... PUNTI DI FORZA

- **La completezza dei dati raccolti:**
 - dati relativi ai contatti territoriali e semiresidenziali o ai ricoveri
 - caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti (diagnosi secondo ICD 10 e anno del primo contatto con le strutture).

Conseguenza: relativa facilità di realizzazione di approfondite analisi di carattere epidemiologico e valutativo, impossibili con altri data base regionali (ad esempio con il data base della specialistica ambulatoriale)

- **La validità del software** distribuito agli erogatori (Psiche, Valorizza).
 - comune a tutti gli erogatori sia pubblici che privati
 - sempre più stabile e affidabile nel corso degli anni,
 - permette un utilizzo dei dati, a livello di erogatore, molto più ricco di quello permesso da altri sistemi informativi regionali.

Conseguenza: i Dipartimenti di Salute Mentale e gli Erogatori Privati sono in grado di monitorare in modo esauriente e articolato la loro attività grazie alle funzioni del software.

- **La tempestività dei flussi informativi** , che rispettano le scadenze mensili stabilite a livello regionale.

- **La disseminazione periodica di relazioni regionali**

CRITICITA':

Maggiore attenzione posta dagli utilizzatori del S.I. (erogatori pubblici e privati, Aziende Sanitarie Locali, Direzione Generale Sanità) **alle funzioni di valorizzazione delle prestazioni** rispetto a quelle di monitoraggio e valutazione.

Questo ha portato ad un utilizzo molto parziale del S.I. con alcune conseguenze:

- **Limitato utilizzo in chiave valutativa** delle informazioni raccolte a livello di DSM a fronte delle potenzialità del S.I.
- **Incompletezza nella raccolta di informazioni** non direttamente legate al processo di valorizzazione:
 - Mancanza nel 2004 di molte codifiche relative alle diagnosi e allo stato civile
 - A fronte della totale completezza di quelli necessari per la valorizzazione (ad esempio codici fiscali dei ricoveri in regime residenziale).
 - Distribuzione diseguale di questi problemi, concentrati in alcuni erogatori.
- **Strumenti di controllo da parte della D.G. Sanità rivolti principalmente ai processi di valorizzazione delle prestazioni.**

Limite alla completezza del sistema informativo

Vediamo ora un'**esemplificazione** delle potenzialità che il S.I. psichiatrico lombardo mette a disposizione.

Le analisi svolte sono state eseguite su un sottoinsieme dei pazienti psichiatrici affetti da "**Schizofrenia**".

Saranno presentati in ordine due tipologie di indicatori:

- Indicatori di **tipo "A"**, ottenuti all'interno del S.I. psichiatrico utilizzando esclusivamente i dati da esso resi disponibili.
- Indicatori di **tipo "C"** e potenzialmente "B", ottenuti dall'unione con altre fonti informative e nel caso specifico i database della "**Farmaceutica**" in cui sono registrate le somministrazioni di farmaci erogate in Lombardia.

INDICATORI TIPO “A” BASATI SUL S.I. PSICHIATRICO IN LOMBARDIA: IL CASO DELLA SCHIZOFRENIA

Il software PSICHE rende possibile ad ogni singolo centro e alla Regione la realizzazione routinaria delle seguenti funzioni:

- calcolo di **prevalenza** ed **incidenza**
- **descrizione** dell'**utenza** e delle **attività erogate** nelle diverse tipologie di strutture
- **analisi** separate per ciascuno dei **principali disturbi psichiatrici** (disturbi schizofrenici, disturbi affettivi, disturbi nevrotici, disturbi di personalità) valutando i pazienti e le attività loro erogate

7

Categorie di indicatori per la schizofrenia:

- Indicatori di accessibilità
 - Pazienti al primo contatto per categoria di struttura
- Indicatori di continuità dell'assistenza erogata
 - Indice COC (Continuity Of Care)
- Appropriatelyzza e qualità della terapia antipsicotica
 - Percentuale di farmaci atipici somministrati come primo farmaco
- Indicatori di esiti intermedi
 - Analisi delle ricadute (ri-ricoveri) dopo la presa in carico

8

Percentuale di pazienti schizofrenici suddivisi per tipo di struttura di primo contatto (864 casi incidenti nel 2003).

CPS / AMB	452	52,3%
SPDC	182	21,1%
SEMI-RESID	3	0,3%
RESIDENZIALE	11	1,3%
ALTRO	216	25,0%
	864	100,0%

ALTRO: MMG, Strutture private

Indicatori di
accessibilità

9

Pazienti in contatto con i **CPS** con diagnosi "Schizofrenia"

ETA'	1999	2000	2001	2002	2003	2004
15/24	906	846	868	798	805	793
25/34	3931	3989	3971	3887	3849	3733
35/44	4949	5296	5542	5784	6096	6152
45/54	4448	4804	4981	5053	5294	5420
55/64	3486	3705	3987	4074	4305	4402
65+	2640	3089	3290	3487	3777	3961
	20360	21729	22639	23083	24126	24461
	100,0	106,7	111,2	113,4	118,5	120,1

Pazienti in contatto con i **SPDC** con diagnosi "Schizofrenia"

ETA'	1999	2000	2001	2002	2003	2004
15/24	310	287	304	268	302	252
25/34	1011	1046	1061	1067	1033	909
35/44	1155	1168	1227	1269	1241	1223
45/54	845	929	924	1001	947	920
55/64	485	533	559	565	594	624
65+	290	341	335	368	395	363
	4096	4304	4410	4538	4512	4291
	100,0	105,1	107,7	110,8	110,2	104,8

Indicatori di
accessibilità

10

Numero di contatti per paziente con diagnosi di "Schizofrenia"

N°CONTATTI	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1\2	2721	2937	2906	3077	3277	3253
3\5	2832	3002	3162	3307	3525	3566
6\10	3602	3746	4012	3980	4107	4152
11\20	4848	4815	4906	4899	5083	5227
21\50	4267	5012	5209	5299	5508	5632
51\100	1357	1461	1557	1584	1662	1617
>100	744	767	895	944	968	1016
	20371	21740	22647	23090	24130	24463

Indicatori di
accessibilità

11

$$0 < COC = \frac{\sum_{i=1}^k n_i^2 - N}{N(N-1)} < 1$$

Dove n_i è il numero di visite effettuate nel provider i e N il totale delle visite effettuate in un definito periodo

Prospetto riassuntivo dell'indice di COC per i pazienti "schizofrenici" incidenti utilizzando l'Azienda Ospedaliera di riferimento, come livello aggregativo.

	N° PAZ	PERCENT
solo 1 contatto	211	21,0%
COC=1	779	77,6%
COC<1	14	1,4%
	1004	100,0%

Indicatori di
continuità
dell'assistenza

12

INDICATORI TIPO “C” BASATI SUL LEGAME TRA “PSICHE” E “FARMACEUTICA”

13

SOMMINISTRAZIONE FARMACI ATIPICI COME PRIMO FARMACO

ATC_ID	NUMERO	PERCENT
N05AH03	2253	14,63177036
N05AD01	1983	12,87829588
N05AX08	1750	11,36511235
N04AA02	1223	7,942589947
N05AH02	1045	6,786595662
N06AB04	758	4,922717236
N03AG01	591	3,8381608
N06AB06	486	3,156254059
N06AB05	478	3,10429926
N05AX09	474	3,07832186
N05AH04	422	2,740615664
N04AB02	415	2,695155215
N05AN01	386	2,506819067
N05AA01	357	2,31848292

35,5% ATIPICI, PRIMO FARMACO

Appropriatezza
della terapia

14

Analisi delle ricadute (ri-ricoveri) nella SCHIZOFRENIA

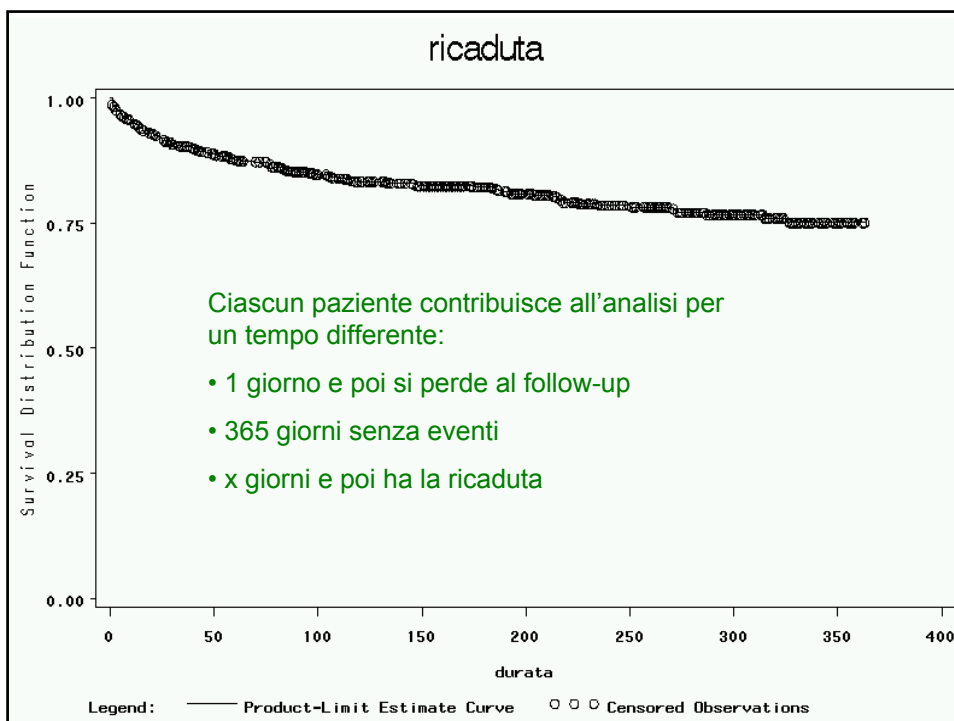
Per analizzare all'interno della categoria di indicatori "Esiti intermedi" il fenomeno della riammissione in SPDC dei pazienti schizofrenici dopo che è avvenuta la presa in carico da parte del sistema di assistenza psichiatrico, si è scelto il metodo della "Survival Analysis".

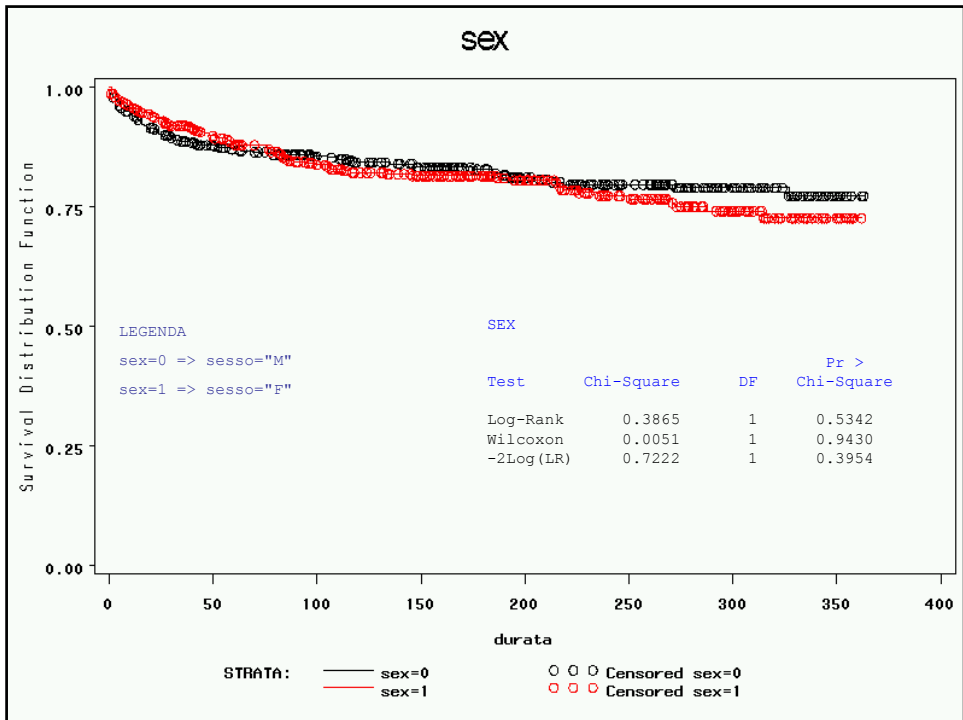
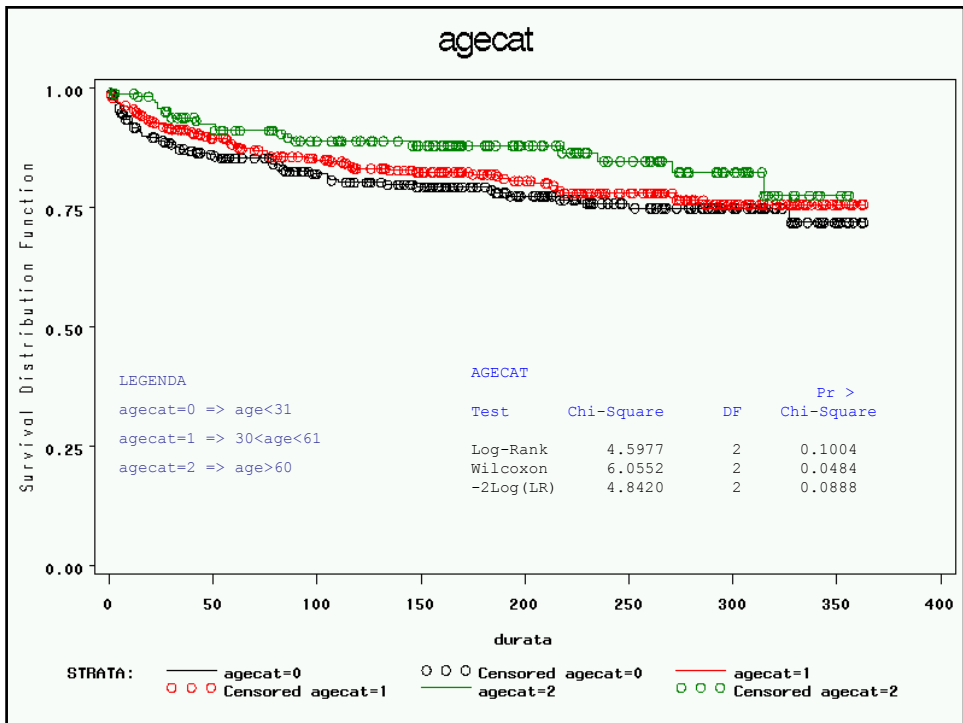
Esso permette di studiare fenomeni in cui sia determinato chiaramente l'inizio della osservazione (presa in carico) e il momento dell'evento di interesse (di solito il decesso, in questo caso la ricaduta)

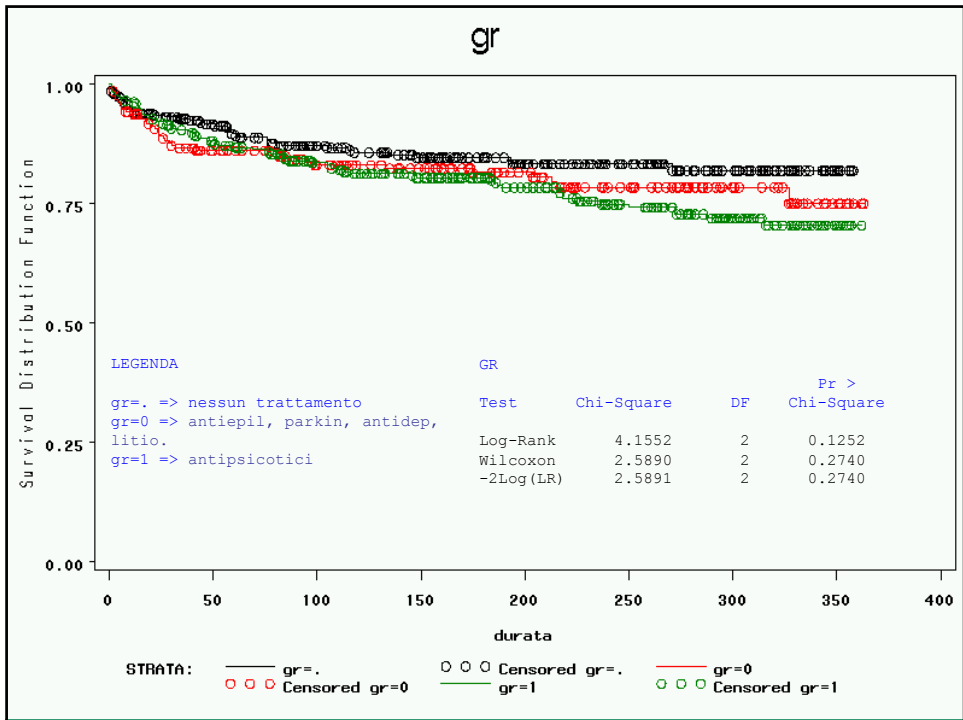
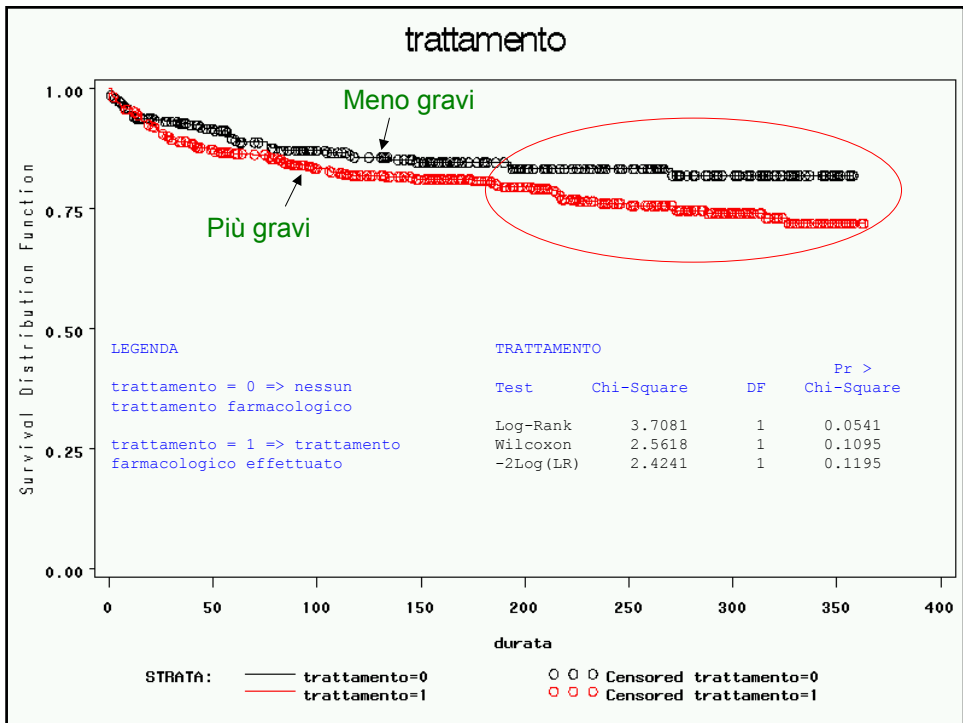
L'analisi è stata condotta su 864 pazienti che hanno avuto il primo contatto (presa in carico) nel 2003.

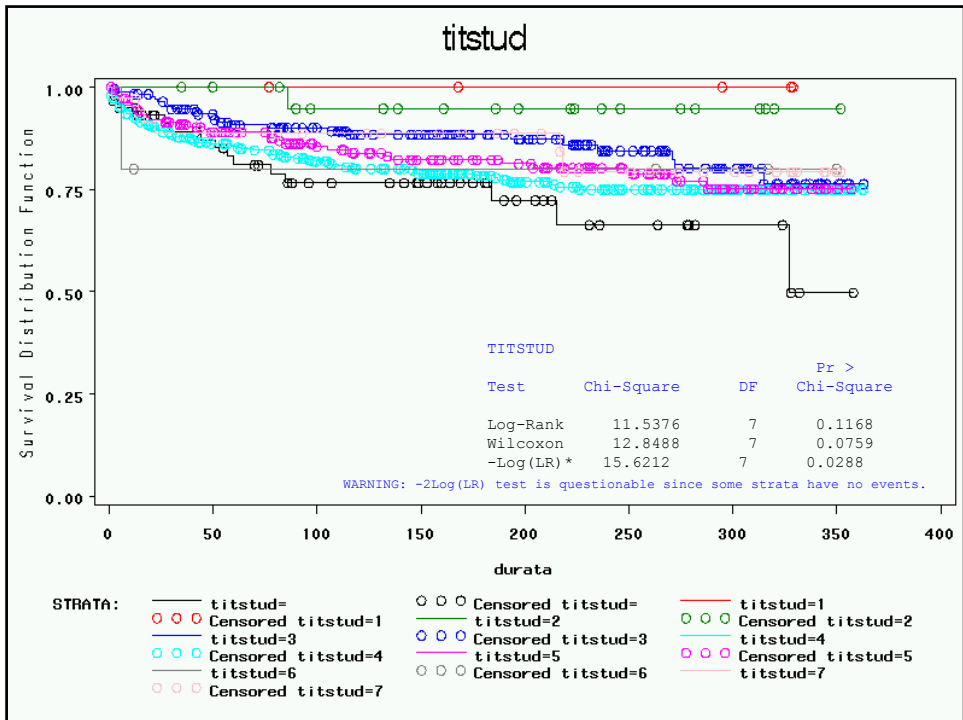
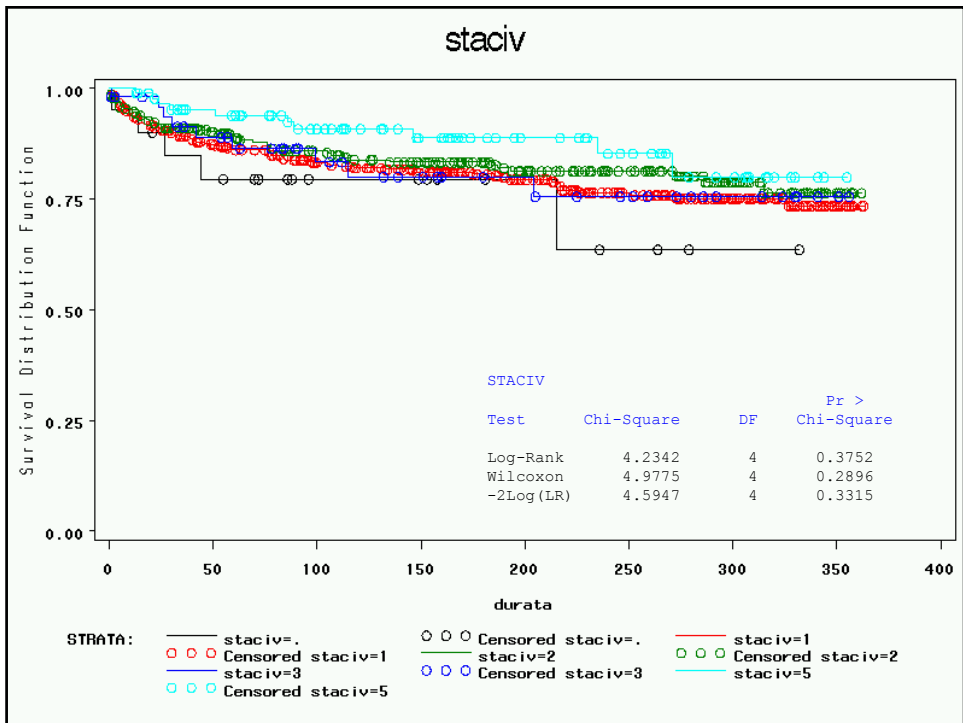
Esiti intermedi

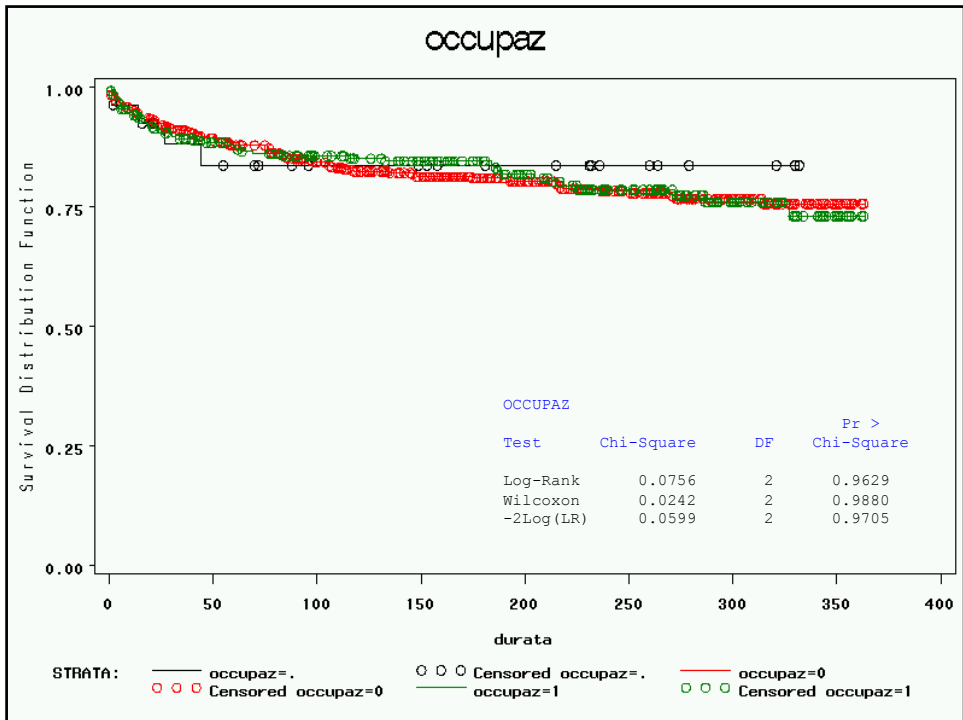
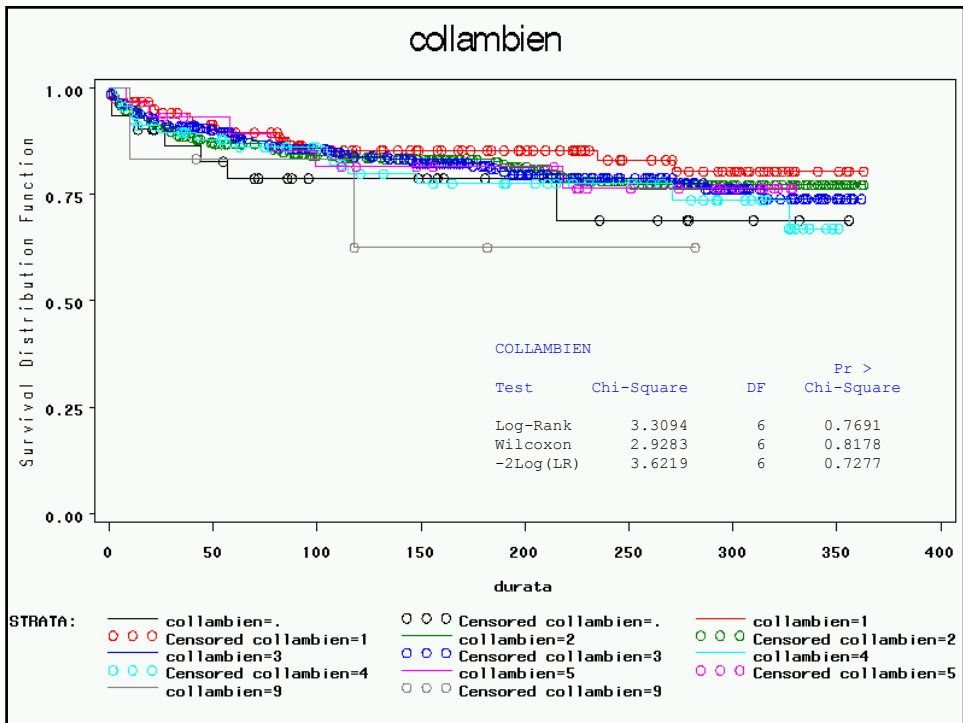
15

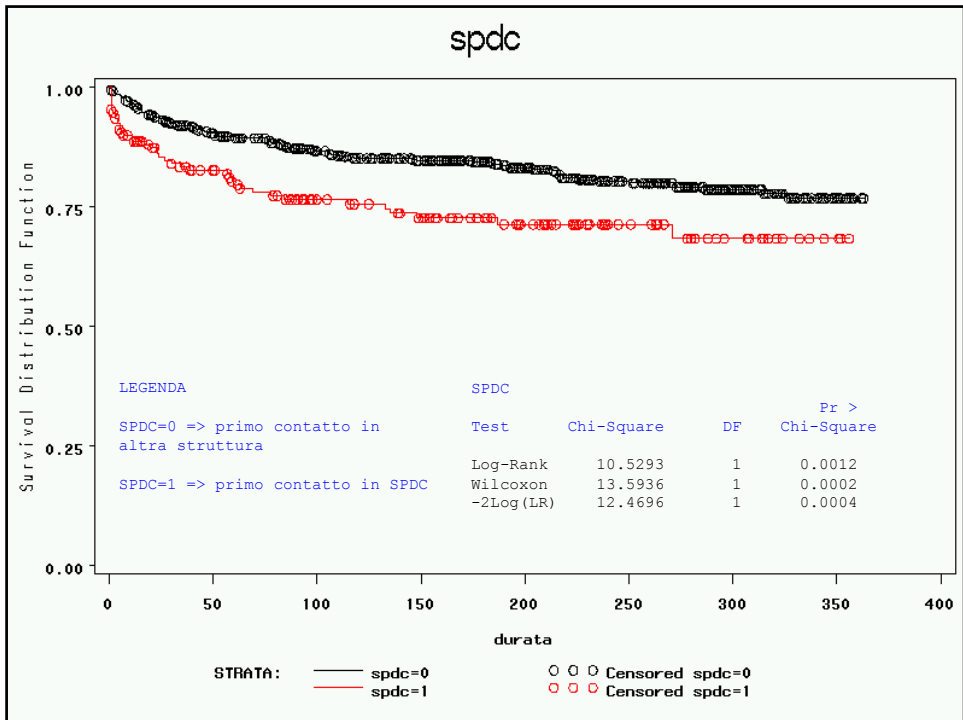
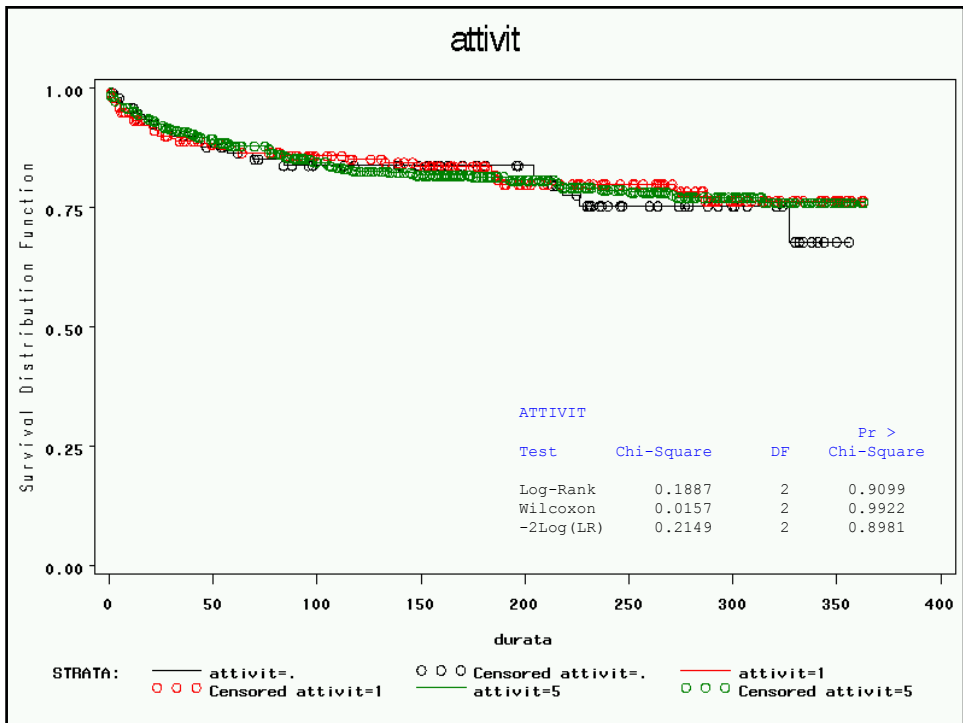


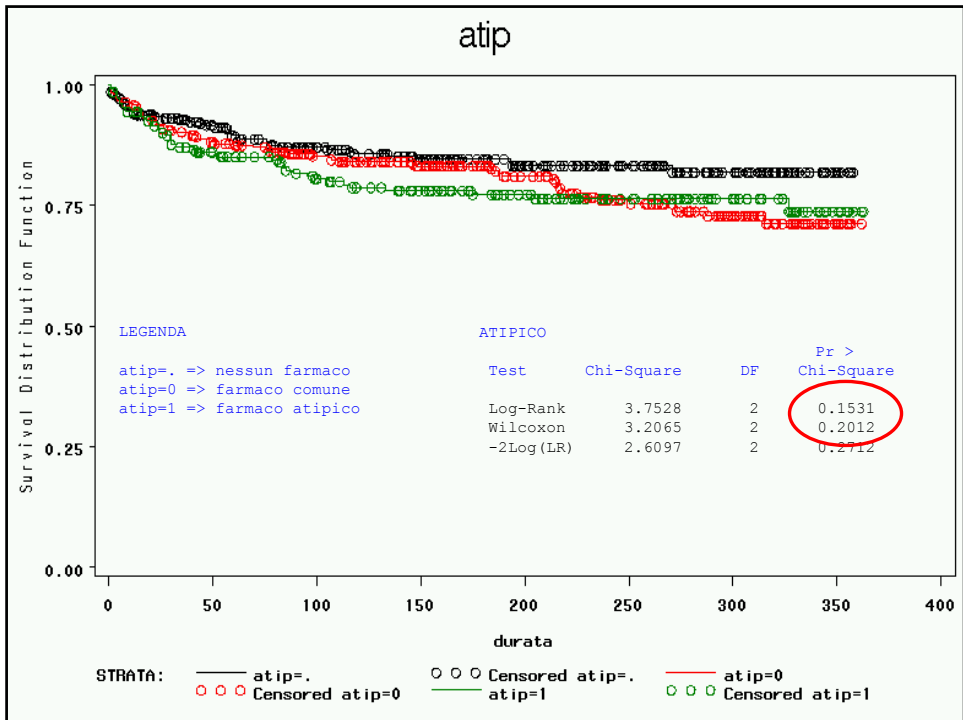
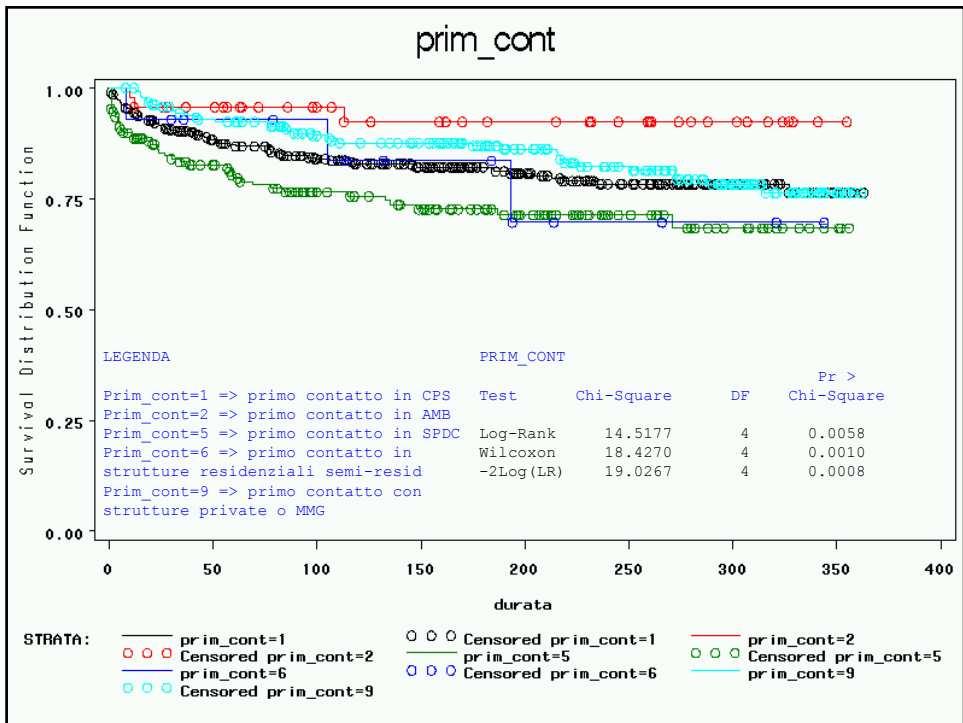












CONSIDERAZIONE

La potenzialità del sistema informativo PSICHE, è quella di permettere il confronto tra gli studi clinici e sperimentali (ad esempio sull'efficacia teorica dei farmaci) con indicatori basati sui database amministrativi, che hanno il vantaggio di considerare in modo più generale i comportamenti effettivi di cura e somministrazione dei farmaci.

CONCLUSIONI

Allo stato attuale con il sistema informativo PSICHE è già possibile calcolare:

- Indicatori di accessibilità
- Indicatori di continuità dell'assistenza erogata
- Appropriatelyzza e qualità della terapia antipsicotica
- Indicatori di esiti intermedi