soggetti con patologie specifiche o inseriti in specifici protocolli terapeutico assistenziali. L'integrazione con i dati del Pronto Soccorso permette ad esempio di migliorare la conoscenza sull'area dei tentati suicidi, ancora poco esplorata, al fine di progettare ed attuare efficaci strategie di controllo. Attraverso il collegamento con l'archivio delle prescrizioni farmaceutiche territoriali è possibile descrivere profili di cura farmacologici e valutare l'appropriatezza delle cure. Infine, la lettura integrata con l'archivio delle SDO permette di analizzare la ospedalizzazione per particolari gruppi di cause, con l'obiettivo di studiare l'approppriatezza e la continuità dell'assistenza.

Oltre a ciò, va tenuto presente che, essendo in corso di definizione un analogo flusso informativo a livello nazionale, sarà necessario prevedere interventi di adeguamento che ne garantiscano la compatibilità e il confronto, pur conservando le specificità regionali.

In conclusione, le attività di monitoraggio dell'assistenza psichiatrica territoriale dovranno riguardare pertanto non solo il miglioramento continuo della completezza e della qualità della codifica dei dati, ma anche interventi sulle aree di seguito elencate:

- ridefinizione del contenuto del flusso esistente, riorientando la rilevazione sui problemi del paziente più che sulle prestazioni, anche introducendo nuove variabili che consentano di acquisire informazioni sul contesto sociale, sulla presenza di patologie concomitanti a quella psichiatrica di base, sulla terapia farmacologica;
- integrazione dei dati sull'assistenza psichiatrica con i dati di mortalità, di Pronto Soccorso, delle prescrizioni farmaceutiche e delle SDO;
- armonizzazione del contenuto del flusso regionale con quello nazionale.

Si auspica che questo numero possa rappresentare uno strumento utile ad avviare con la comunità scientifica degli psichiatri una discussione approfondita su questi temi, con l'obiettivo di adeguare in tempi rapidi l'attuale sistema informativo ai nuovi fabbisogni della programmazione sanitaria regionale.

ASSISTENZA PSICHIATRICA TERRITORIALE

Riorganizzazione del flusso informativo regionale e risultati preliminari

CRRC-SER

Premessa

La Regione del Veneto nel 1998 istituiva un flusso informativo finalizzato a rilevare l'utenza e l'attività dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) delle Aziende ULSS. Con il flusso informativo dell'Assistenza Psichiatrica Territoriale (APT) si intendeva documentare, con cadenza trimestrale, il processo di cura erogato ai pazienti attraverso la rilevazione della cartella clinica territoriale, contenente dati anagrafici e clinici, e delle prestazioni erogate. Il modello di organizzazione dei dati e di gestione del flusso rispondeva all'esigenza di poter attribuire ciascuna prestazione al problema clinico individuato al momento della sua erogazione.

Nel corso di quasi un decennio il flusso APT è stato oggetto di molteplici interventi adeguativi, con riferimento sia al contenuto che alle modalità di gestione.

In tale contesto, a partire dal 2005 il CRRC-SER ha ricevuto dalla Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari l'incarico di gestire il flusso APT a livello centrale, con l'apporto di un Gruppo Tecnico-Scientifico costituito da specialisti psichiatri individuati dalla Commissione Regionale Salute Mentale. In particolare, al CRRC-SER sono stati affidati i compiti seguenti:

- verificare il rispetto della tempistica di trasmissione dei dati da parte delle Aziende ULSS,
- verificare la qualità dei dati trasmessi,
- interagire con i referenti aziendali del flusso per la correzione degli errori riscontrati e per il monitoraggio del flusso,
- elaborare le informazioni raccolte nell'archivio regionale per produrre rapporti sulle caratteristiche dell'utenza dei DSM e sulle prestazioni erogate.

Interventi sulla qualità del dato

Dall'analisi degli archivi precedenti il 2005 è emerso un quadro di profonda disomogeneità nel grado di completezza e di qualità della compilazione dei dati nel tempo e tra le diverse Aziende ULSS. Tale situazione verosimilmente consegue in parte ad un mancato adeguamento dei sistemi informativi locali alle modifiche delle norme tecniche succedutesi negli anni e in parte ad un insufficiente ritorno informativo da parte della Regione alle singole Aziende ULSS.

A fronte di questa situazione, il CRRC-SER ha definito un sistema di controlli logico-formali per valutare la conformità dei dati raccolti alle regole di codifica delle informazioni e di struttura dei file previste dalle norme regionali. Tale sistema di controlli è stato implementato, nell'ottobre del 2006, dal Servizio Sistema Informativo Socio-sanitario e Tecnologie Informatiche della Regione all'interno di un portale intranet dedicato al flusso APT; tale strumento consente a ciascuna Azienda ULSS di trasmettere i dati alla Regione, di ricevere in tempo reale i risultati analitici dei controlli logico-formali al fine di poter correggere eventuali errori di compilazione e, infine, di poter consultare i dati dell'archivio regionale APT mediante uno strumento di navigazione multidimensionale.

Inoltre, per agevolare il processo di adeguamento del flusso informativo da parte di ciascuna Azienda ULSS allo standard tecnico previsto dalla Regione, è stato redatto un disciplinare tecnico che raccoglie in un testo unico i molteplici interventi adeguativi sul flusso effettuati dal 1998 ad oggi, tenendo conto anche delle osservazioni e suggerimenti del gruppo tecnico-scientifico regionale e dei referenti delle Aziende ULSS.

Indicatori e risultati

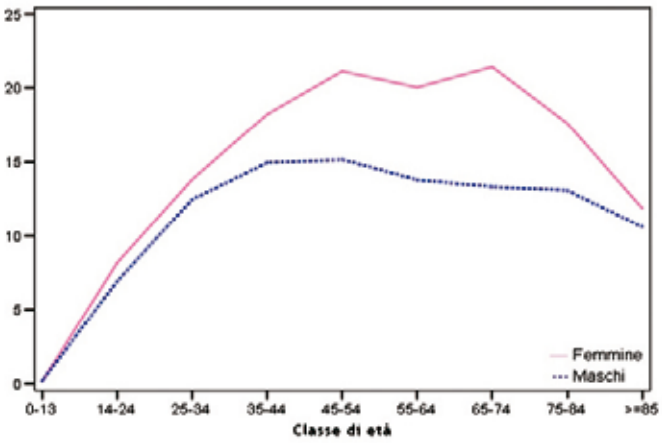
Nel corso del workshop tenutosi a Verona nel maggio 2007 è stata presentata ai responsabili tecnici di ciascuna Azienda ULSS una sintesi dei risultati dei controlli di qualità effettuati sui dati del 2006 e alcuni indicatori sulla casistica trattata e sulle prestazioni erogate.

Limitando l'attenzione alle sole cartelle attive, cioè le cartelle con almeno una prestazione erogata nel 2006, i dati raccolti presentano delle forti disomogeneità tra le Aziende ULSS, verosimilmente derivanti da diverse abitudini di gestione delle cartelle e di registrazione delle diagnosi e delle prestazioni. Per esempio, nelle diverse Aziende ULSS i processi di cura in atto per 1.000 abitanti variano tra 7 e 24 casi.

L'archivio regionale risulta incompleto di circa 2100 cartelle in quanto alcune Aziende ULSS hanno trasmesso alcune prestazioni senza la relativa cartella. Inoltre una cartella attiva su 6 manca della diagnosi di apertura e una cartella chiusa su 4 è priva della diagnosi conclusiva; e mentre in alcune

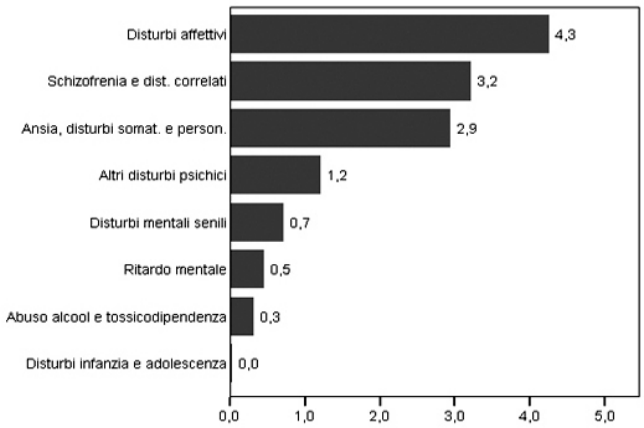
Aziende ULSS le diagnosi di apertura e chiusura sono sempre presenti, in altre ULSS mancano rispettivamente in una cartella attiva su 2 e in 9 cartelle chiuse su 10.
Tra le variabili che descrivono le prestazioni, sono frequenti valori mancanti nel codice erogatore (circa 111.700 prestazioni, pari a 8.1%), nel profilo professionale erogante (circa 85.000 prestazioni, pari a 6.2%) e nella struttura erogante (circa 61.400 prestazioni, pari a 4.5%).
Incompletezze ed errori logico-formali nei dati e diverse abitudini nella gestione delle cartelle da parte di alcune Aziende ULSS ostacolano la composizione di un quadro complessivo dell'assistenza psichiatrica territoriale nel Veneto. Per questo motivo è stato necessario selezionare undici Aziende ULSS, i cui dati soddisfano gli standard di qualità previsti dal disciplinare tecnico, come rappresentative dell'intera regione ed elaborare per esse una serie di indicatori epidemiologici e di processo.
Nella Figura 1 si rappresenta l'andamento dei casi prevalenti trattati dai servizi territoriali di psichiatria in rapporto alla popolazione residente attraverso le fasce d'età. Il ricorso ai servizi territoriali nei maschi raggiunge un plateau di circa 13 casi per mille intorno a quarant'anni, mentre nelle femmine la prevalenza continua a salire progressivamente fino a 21 casi per mille intorno a cinquant'anni per poi scendere rapidamente a partire da settant'anni.

Figura 1. Casi trattati per 1.000 abitanti per classi di età e sesso. Dipartimenti di Salute Mentale di undici Aziende ULSS, anno 2006.



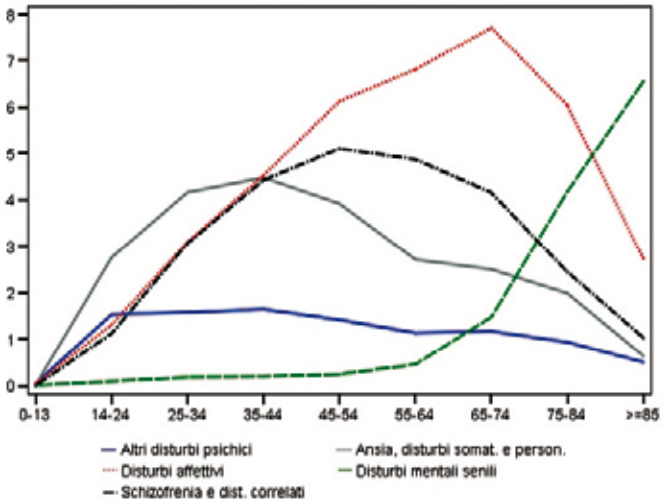
I disturbi mentali prevalentemente trattati presso i servizi territoriali appartengono alla categoria dei disturbi affettivi, seguiti nell'ordine dalle psicosi schizofreniche e dai disturbi d'ansia e della personalità, come si evidenzia nella Figura 2.

Figura 2. Casi trattati per 1.000 abitanti per gruppo di disturbi mentali. Dipartimenti di Salute Mentale di undici Aziende ULSS, anno 2006.



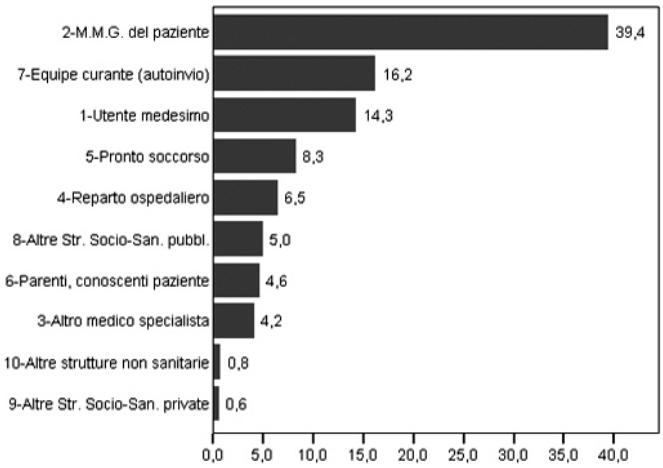
Dall'osservazione della Figura 3 appare evidente che il tipo di disturbo mentale che motiva il ricorso ai servizi varia attraverso le fasce d'età. Mentre i disturbi d'ansia e della personalità si presentano soprattutto nei giovani, la prevalenza di disturbi affettivi cresce progressivamente fino all'età di circa settant'anni. Le psicosi schizofreniche rappresentano una quota significativa dei disturbi trattati anche nelle classi d'età centrali.

Figura 3. Casi trattati per 1.000 abitanti per gruppi di diagnosi e classi di età. Dipartimenti di Salute Mentale di undici Aziende ULSS, anno 2006.



La figura 4 descrive quale soggetto ha richiesto la prima prestazione all'apertura di una nuova cartella. Circa il 40% dei pazienti è stato segnalato ai servizi di psichiatria territoriale per una prestazione dal proprio medico di base.

Figura 4. Distribuzione percentuale per soggetto richiedente dei nuovi episodi di cura.



Le prestazioni che vengono registrate nel flusso APT possono essere classificate in base al tipo di struttura che eroga la prestazione: centri di salute mentale, strutture residenziali (comunità alloggio e CTRP) e strutture semiresidenziali (centro diurno e day hospital territoriale). Nella tabella 1 vengono riportate le giornate medie di presenza in strutture residenziali e semiresidenziali e nella figura 5 viene descritta la distribuzione percentuale delle prestazioni erogate dai centri di salute mentale. Al primo posto si trovano i colloqui di informazione e sostegno, che coprono quasi il 30% delle prestazioni erogate, mentre la somatoterapia psichiatrica e le visite di controllo ne costituiscono circa il 18%.

Figura 5. Distribuzione percentuale delle prestazioni per tipo erogate dai Centri di Salute Mentale.

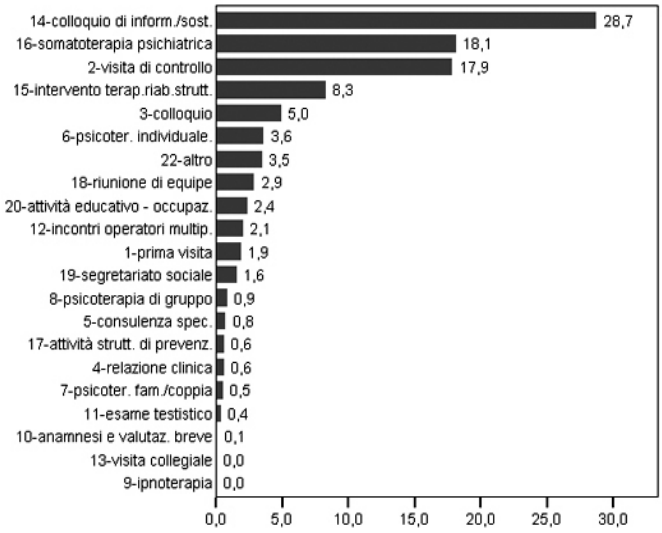


Tabella 1. Casi trattati e degenza media nel 2006 per tipo di struttura.

	casi trattati	giornate medie di presenza
CSM (componente Centro Diurno)	1242	78,5
CSM (componente Day Hospital territoriale)	565	29,8
Comunità Alloggio	230	207,4
CTRP Attiva	401	162,2
CTRP Mant./estinzione (da ex O.P.)	159	200,3

Conclusioni

L'esperienza di due anni di gestione da parte del CRRC-SER del flusso APT ha consentito da un lato di concretizzare interventi di miglioramento della qualità del flusso nel suo complesso, dall'altro di rivalutare il valore informativo dei dati rilevati. Tuttavia, alla luce delle criticità persistenti e soprattutto al fine di migliorarne le potenzialità di utilizzo a fini epidemiologici, di programmazione sanitaria e per la valutazione della qualità delle cure si ritiene opportuno avviare un processo di revisione che consenta di porre il paziente (e non le prestazioni) al centro della rilevazione.

Per corrispondenza rivolgersi a:
Dott. Giovanni Milan *giovanni.milan@ulssasolo.ven.it*

SISTEMI INFORMATIVI IN PSICHIATRIA

Utilizzi e potenzialità

F. Amaddeo & L. Grigoletti
Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica
Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica
Università di Verona

Introduzione

I sistemi informativi hanno avuto una grande applicazione in ambito sanitario; in psichiatria però la complessità dei parametri da misurare, la difficoltà di definire le prestazioni e la multidisciplinarietà dei servizi hanno sempre scoraggiato e reso difficile il monitoraggio.

Oggi la spinta all'impegno in questa direzione arriva da necessità di tipo economico ed amministrativo; non dobbiamo tuttavia dimenticare che esiste un legame strettissimo tra qualità dell'assistenza fornita e monitoraggio, il quale costituisce il primo passo nel processo di valutazione, e deve essere esercitato in modo accurato ed affidabile e per un periodo di tempo sufficientemente lungo. I sistemi informativi sono strumenti molto utili in questa fase, d'altra parte, è da tenere presente che la valutazione non può fermarsi alla semplice raccolta di dati ma dovrebbe essere sviluppata come una fase ulteriore dopo il monitoraggio e dovrebbe riguardare un campione rappresentativo di tutti i pazienti in contatto con i servizi psichiatrici da valutare (Ruggeri & Tansella, 1996).

In una serie di cinque editoriali sulla *quality of care*, pubblicati dal *New England Journal of Medicine*, uno è stato espressamente dedicato alla raccolta di dati ed alla misurazione della qualità (Brook *et. al.*, 1996). Gli autori dell'editoriale raccomandavano, per la valutazione della qualità, di tenere conto di misure che riguardino il paziente, le strutture, il processo e l'esito. I dati di struttura sono quelli che descrivono l'ospedale, il servizio e le risorse disponibili (ad es. numero di letti, numero di ambulatori, composizione professionale delle équipe); i dati di processo descrivono tutti gli incontri tra una qualsiasi figura professionale del servizio ed il paziente; i dati sull'esito si riferiscono agli effetti delle prime due componenti sullo stato di salute del paziente (ad es. miglioramento dei sintomi o del funzionamento sociale). Se, da una parte, è evidente che l'esito è la componente fondamentale per valutare la qualità dell'assistenza, è anche comprensibile come sia quella più complessa e costosa da misurare, particolarmente in ambito psichiatrico. I sistemi informativi solitamente permettono una buona misurazione di strutture e processi; queste due misure possono rappresentare una buona approssimazione della qualità dell'assistenza, dato che esistono nella letteratura scientifica delle evidenze che una loro variazione produce differenze nell'esito.

Vantaggi e limiti dei sistemi informativi

I vantaggi di un sistema informativo di buona qualità sono rappresentati dal fatto che rispecchia i casi psichiatrici di una popolazione definita, impedisce la duplicazione dei pazienti, permette di conoscere il percorso psichiatrico-istituzionale dell'utente, costituisce la base per le decisioni di politica sanitaria, per l'allocazione delle risorse e per la pianificazione dei servizi. È chiaro, quindi, che il sistema informativo deve possedere quei requisiti che gli consentano di essere uno strumento affidabile e di qualità. Esso deve avere: 1) un sistema univoco di identificazione dei soggetti, che metta al riparo da duplicazioni dei soggetti; 2) un sistema di codificazione delle diagnosi, che rappresenti uno standard di riferimento, che possa essere confrontato con altri sistemi di raccolta delle informazioni e che sia condiviso da tutti gli operatori che forniscono dati al sistema; 3) un sistema di codificazione delle strutture e delle attività che si intende monitorare, tale sistema deve permettere – senza perdita di dettaglio – di descrivere la realtà di diverse organizzazioni e gestioni dell'assistenza nelle diverse situazioni locali; 4) una definizione di "episodio di cura" (ad es. nei registri dei casi, un nuovo episodio comincia con un contatto dopo tre mesi in cui non è stato effettuato alcun intervento); ed infine 5) supporti software ed hardware che siano, da una parte, abbastanza semplici ed intuitivi da consentire una ampia diffusione del sistema