

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

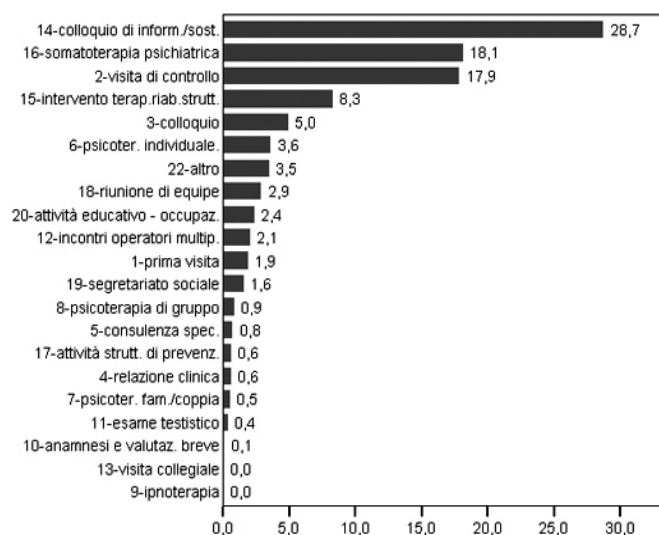


Tabella 1. Casi trattati e degenza media nel 2006 per tipo di struttura.

	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. Amadeo & 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

informativo e, dall'altra, così sofisticati da garantire un elevato livello di controllo sulla qualità dei dati raccolti e sulla tutela della privacy.

L'implementazione di un sistema che rispetti questi requisiti diventa tanto più complessa quanto più vasta è l'area geografica che si intende coprire e quanto più eterogenea è l'organizzazione dei servizi. Le esperienze di sistemi informativi che fanno riferimento a popolazioni nazionali o regionali e che comunque coprono numeri elevati di soggetti sono numerose e tutte utilizzano il modello strutturale dei registri psichiatrici dei casi.

Infine, non vanno dimenticati i limiti e gli svantaggi di un sistema di monitoraggio; innanzitutto, come è già stato detto, il sistema informativo solitamente non contiene informazioni sull'esito dell'assistenza prestata agli utenti. Un'altra limitazione è che il sistema informativo, circoscrivendo la sua osservazione solo a quei soggetti che si rivolgono ai servizi specialistici, non permette di valutare i bisogni di cura nella popolazione generale, né quanti di questi bisogni rimangano insoddisfatti. Häfner (1993) ha suggerito che buoni indicatori dei bisogni insoddisfatti possono essere la lunghezza delle liste d'attesa e l'accumulo di morbidità psichiatrica nella medicina di base, nei servizi sociali, nei dormitori pubblici e nelle prigioni. Inoltre, si tratta di strumenti costosi, in particolare quando essi prevedono controlli accurati sulla qualità dei dati da raccogliere e registrare, e quando registrano di routine, per tutti i pazienti che sono entrati nel sistema sia i trasferimenti fuori dall'area coperta che i decessi. Infine, come ha evidenziato Wing, ricavare informazioni da un sistema informativo psichiatrico è un'operazione complessa e richiede personale esperto (Wing, 1996). Per ultimo, non va dimenticato il rischio di controllo e di stigmatizzazione dei soggetti, che un uso privo delle necessarie garanzie di confidenzialità e di riservatezza potrebbe generare.

I sistemi informativi per la psichiatria

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha elaborato una definizione di Registro Psichiatrico dei Casi così formulata: "un Registro Psichiatrico dei Casi è una registrazione, longitudinale e centrata sul paziente, dei contatti che una determinata popolazione ha con un insieme definito di servizi psichiatrici" (WHO, 1983). Questa definizione dovrebbe potersi applicare anche ai sistemi informativi che non sono nati, come i registri dei casi, per scopi di ricerca ma che devono comunque consentire un efficace monitoraggio.

I sistemi informativi sono quindi dei sistemi strutturati per la raccolta di dati sanitari relativi ad un'area definita geograficamente, che registrano i contatti con determinati servizi sanitari e sociali di pazienti o utenti residenti nell'area. Le informazioni sono immagazzinate in modo cumulativo ed in file legati tra di loro; ciò permette di seguire nel tempo il percorso assistenziale di un paziente o di un gruppo di pazienti, per quanto complesso possa essere il modello organizzativo dei servizi di assistenza (Wing, 1989). Essi rappresentano l'evoluzione di precedenti sistemi per la registrazione dei dati di rilevanza clinica, come i *disease registers* (registri clinici per patologie), nei quali gli ospedali e i medici registravano tutti i casi che avevano ricevuto una certa diagnosi, e gli *hospital-based registers* (registri su base ospedaliera), che in generale si basano su dati aggregati relativi a pazienti che hanno ricevuto assistenza in un particolare ospedale o clinica.

Uno dei più vecchi registri psichiatrici dei casi nazionali era

quello norvegese (circa 8 milioni di abitanti); fondato nel 1916, è stato chiuso nel 1988 a causa delle preoccupazioni espresse dall'opinione pubblica di quel paese sulla confidenzialità dei dati in esso contenuti. Il registro danese invece continua la sua attività (Munk-Jorgensen *et al.*, 1993), coprendo una popolazione di circa 5,3 milioni di abitanti, come quello di Israele (Lichtenberg *et al.*, 1999) con circa 6 milioni di abitanti. Tutti questi sistemi informativi, che operano a livello nazionale, contengono un numero limitato di informazioni rispetto ai registri regionali o di servizio, e ciò a causa della difficoltà di raccogliere molti dati su un'ampia popolazione senza compromettere l'affidabilità dei dati stessi. La soluzione adottata dal sistema informativo israeliano, rispetto a quest'ultimo problema, è quella di avere maggiori informazioni raccolte a livello locale e di centralizzare solo un set minimo (*core-set*) di dati ritenuti indispensabili.

Vi sono inoltre importanti registri psichiatrici dei casi che operano a livello regionale, come ad esempio quello del Cantone di Zurigo, in Svizzera, con circa 1,2 milioni di abitanti, o quello di Victoria, in Australia, con più di 5 milioni di abitanti; anche a livello locale vi sono sistemi informativi psichiatrici che permettono la raccolta di dati su popolazioni abbastanza ampie, come ad esempio il Registro Psichiatrico di Groningen, in Olanda, o quello di Verona, in Italia, che raccolgono dati relativi a una popolazione di circa 450.000 abitanti, e infine quello di Tromsø, in Norvegia, con circa 50.000 abitanti, dislocati però su un territorio molto vasto.

In Italia, il Progetto Obiettivo per la Salute Mentale 1998-2000 prevedeva che i Dipartimenti per la Salute Mentale si dotassero di sistemi informativi che consentissero ai dipartimenti di fare un buon monitoraggio delle politiche sanitarie e delle attività svolte. Anche il Decreto del giugno 1999 (D.L. 229/99) assegnava alle Regioni il compito di organizzare sistemi informativi regionali per la sanità.

I sistemi informativi e la ricerca scientifica

Nell'ambito della ricerca scientifica, i sistemi informativi sono oggi principalmente utilizzati per: a) studi sui *pattern* di utilizzazione dei servizi per la salute mentale; b) studi sull'effetto che le variabili sociali hanno su utilizzazione e programmazione dei servizi; c) studi di *linkage*, che consentono di utilizzare informazioni provenienti da altri database sanitari e non (ad esempio, gli studi sulla mortalità dei pazienti psichiatrici) ed, infine, d) studi che integrano le informazioni sulle caratteristiche del territorio ed informazioni di registro secondo l'approccio della geografia sanitaria.

Gli studi sull'utilizzazione suggeriscono di usare come indicatori della qualità delle cure fornite dai servizi territoriali di salute mentale alcune misure come le percentuali di pazienti che interrompono il trattamento o che hanno un solo contatto con il servizio.

Tra gli studi di *linkage*, vale la pena di citare gli studi di mortalità. Uno studio recente (Amaddeo *et al.*, 2006) sulla mortalità evitabile tra i pazienti psichiatrici ha dimostrato che, confrontando la mortalità per *cause evitabili* (secondo la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) nei pazienti psichiatrici con quella della popolazione generale, si osserva un rischio di circa 4 volte maggiore. Se poi si dividono le cause evitabili in quelle dovute ad una scarsa qualità delle cure mediche e quelle legate ad una scarsa qualità delle politiche sanitarie, si ottengono dei valori di SMR rispettivamente di 1.72 e di 8.91.

La geografia sanitaria (o geografia della salute) è quella

branca della geografia umana che si occupa dello studio degli aspetti coinvolti nel determinare la salute delle popolazioni, con attenzione particolare alle dinamiche spaziali e agli ambiti territoriali. A Verona, è stato realizzato un indice di status socio economico (SES) che permette di analizzare, con un approccio epidemiologico, la relazione tra condizioni ambientali, status socio-economico e malattie mentali; in particolare l'indicatore SES è stato utilizzato per verificare se vi sia una relazione tra la posizione socio-economica e l'utilizzazione dei servizi psichiatrici (Tello *et. al.*, 2005a, b). La conoscenza di queste relazioni è indispensabile per una più efficiente ed equa allocazione delle risorse socio-sanitarie. Gli indicatori analizzati, relativi all'utilizzazione dei servizi, hanno confermato un'associazione forte tra classi sociali svantaggiate e maggiore prevalenza dei disturbi psichiatrici trattati nei servizi specialistici. Un altro importante ambito della ricerca condotta con i sistemi informativi è quello che si occupa dell'impatto che le disuguaglianze socio-economiche hanno sull'utilizzazione dei servizi di salute mentale. Molti studi hanno confermato che esiste un'associazione forte tra classi sociali svantaggiate e maggiore prevalenza dei disturbi psichiatrici trattati nei servizi specialistici.

Conclusioni

Le informazioni ottenibili da un buon sistema informativo possono essere utilizzate per quattro scopi principali: lo sviluppo di politiche di assistenza sanitaria pubblica, il controllo della qualità dell'assistenza, la ricerca epidemiologica e sui servizi di salute mentale (Amaddeo *et. al.*, 1997), ed infine il fatto che possa supportare le decisioni sull'allocazione delle risorse e sul sistema di finanziamento e creare una base appropriata per la pianificazione dei Servizi.

I politici, i *decision makers*, gli acquirenti di servizi nel settore pubblico e privato ed altri sono sempre più interessati alle implicazioni finanziarie delle decisioni prese nei sistemi di assistenza sanitaria e sociale. Oggi, quindi, i sistemi informativi dovrebbero rendere possibile una stima dei costi dell'assistenza fornita. Informazioni relative ai costi ed al rapporto costi/efficacia (*cost-effectiveness*), che siano di buona qualità e ben usate, possono fornire un considerevole valore aggiunto sia alle valutazioni cliniche che alle raccolte di dati di routine. Tali informazioni consentono pertanto una migliore comprensione dei modi in cui vengono impiegate le risorse per l'assistenza della salute mentale, e con quali conseguenze.

Gli studi condotti con i sistemi informativi oltre ad avere una notevole importanza speculativa hanno anche una forte ricaduta sul piano pratico e sulla pianificazione dei servizi sanitari. Gli amministratori regionali o delle singole Aziende Sanitarie, grazie ai risultati di questi studi, possono elaborare proposte organizzative alternative per l'ottimizzazione dell'uso delle risorse (umane, materiali, strutturali) nell'erogazione dei Servizi, in funzione delle caratteristiche socio-economiche di contesto (efficienza organizzativa).

Per corrispondenza rivolgersi a:

Prof. Francesco Amaddeo francesco.amaddeo@univr.it

BIBLIOGRAFIA

Amaddeo F., Bonizzato P. & Tansella M. (1997). A psychiatric case register for monitoring service evaluation and evaluating its costs. In: Making Rational Mental Health Services (ed.

M.Tansella), pp. 177-198. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
Amaddeo F., Barbui C., Perini G., Biggeri A. & Tansella M. (2007). Avoidable mortality of psychiatric patients in an area with a community-based system of mental health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 320-325.
Brook R.H., McGlynn. & Cleary P.D. (1996). Quality of care. Part 2: Measuring Quality of care. *New England Journal of Medicine* 335, 966-970.
Häfner H. (1993). Background and goals of evaluative research in community psychiatry. In: H.C. Knudsen and G. Thornicroft (eds.) *Mental Health Service Evaluation*. Cambridge University Press: Cambridge.
Lichtenberg P., Kaplan Z., Grinshpoon A., Feldman D. & Nahon D. (1999). The goals and limitations of Israel's psychiatric case register. *Psychiatric Services* 50, 1043-1048.
Munk-Jorgensen P., Kastrup M & Mortensen P.B. (1993). The Danish psychiatric case register as a tool in epidemiology. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 370 (suppl.), 27-32.
Ruggeri M. & Tansella M. (1996). Individual patient outcomes. In: *Mental Health Service Evaluation* (ed. H.C. Knudsen and G. Thornicroft.) pp. 281-295. Cambridge University Press: Cambridge.
Tello JE, Jones J, Bonizzato P, Mazzi M, Amaddeo F, Tansella M. (2005a). A census-based socio-economic status (SES) index as a tool to examine the relationship between mental health services use and deprivation. *Social Science & Medicine*; 61: 2005-105.
Tello JE, Mazzi M, Tansella M, Bonizzato P, Jones J, Amaddeo F. (2005b) Does socioeconomic status affect the use of community-based psychiatric services? A South Verona case register study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 112: 215-23.
Wing (1996). Research designs for the evaluation of services. In: *Mental Health Service Evaluation* (H.C. Knudsen and G. Thornicroft, eds.), pp.37-49, Cambridge University Press, Cambridge.
Wing J.K. (1989). Introduction to the registers and plan of the book. In: *Health Services Planning and Research* (J.K. Wing ed.), pp.3-9, The Royal College of Psychiatrists, London.
World Health Organization (1983). *Psychiatric Case Registers. Report on a Working Group*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

BPAC nella Regione Veneto

Interventi di by-pass aorto-coronarico isolato: analisi dei dati SDO 2000-2005

CRRC-SER

Il monitoraggio della mortalità a breve termine dopo intervento cardiocirurgico rappresenta probabilmente la più consolidata esperienza di valutazione dell'outcome in ambito internazionale; i primi studi sono stati condotti negli Stati Uniti ma ormai numerose applicazioni sono disponibili in ambito europeo. In Gran Bretagna ad esempio sono disponibili pubblicamente i dati di mortalità a 30 giorni dopo specifici interventi di cardiocirurgia relativi ai singoli ospedali o addirittura ai singoli chirurghi, stratificati per le condizioni cliniche di base dei pazienti. Sono molto dibattuti i possibili vantaggi (possibilità di scelta da parte dei pazienti, stimolo al miglioramento della qualità delle cure) e gli svantaggi (tendenza ad evitare di intervenire sui casi più complessi così da mantenere bassa la mortalità del proprio reparto) della pubblicazione di tali casistiche. Anche in Italia sono comparsi dapprima reports relativi a singoli centri; più recentemente è stato condotto uno studio a copertura nazionale coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. Quest'ultimo ha valutato la mortalità a 30 gg dopo by-pass aorto-coronarico (BPAC) nel periodo gennaio 2002-settembre 2004; in particolare erano inclusi solo i BPAC isolati in quanto rappresentano una categoria più omogenea ai fini della