

# **SECONDO WORKSHOP DI FORMAZIONE**

**Elementi di epidemiologia clinica. Indicatori di qualità dell'assistenza**  
**12-13 dicembre 2022**

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ  
Centro di Riferimento Scienze Comportamentali e Salute Mentale

12 dicembre 2022

**Corrado De Vito**

Professore Ordinario di Igiene  
Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive  
Sapienza Università di Roma

## ***MENÙ DEL GIORNO***

9.30-11.00 **Modulo I - Elementi di epidemiologia clinica**

Studi clinici

11.00-11.30 Intervallo

11.30-12.30 **Modulo II - Elementi di informazione e governo clinico**

Sistemi informativi per la salute mentale

Governo clinico

12.30-13.30 **Modulo III – Indicatori**

Monitoraggio di indicatori di qualità professionale



G. Ricciardi, 2004



## La CLINICAL GOVERNANCE si è diffusa in UK a partire dal 1997

«un sistema in base al quale le organizzazioni del SSN sono responsabili di migliorare continuamente la qualità dei propri servizi e garantire elevati standard di assistenza grazie alla creazione di un ambiente nel quale l'eccellenza dell'assistenza clinica può prosperare»

*(Secretary of Health for State, 1997)*



## La CLINICAL GOVERNANCE si è diffusa in UK a partire dal 1997

- Logica di interpretazione, in ottica di miglioramento continuo della qualità della responsabilità dei professionisti
- Realizzazione di un equilibrio di gestione economico-finanziaria e qualità tecnico-professionale
- Promozione dell'autoregolamentazione e dell'integrazione dei professionisti tramite condivisione e attuazione di processi e interventi adeguati



## Strumenti della CLINICAL GOVERNANCE

- Evidence Based Practice and Policy
- Sistemi Qualità
- Valutazione della performance
- Risk Management
- Audit clinico
- HTA



## Strumenti della CLINICAL GOVERNANCE

- Evidence Based Practice and Policy
- Sistemi Qualità
- Valutazione della performance
- Risk Management
- Audit clinico
- HTA

**LINEE  
GUIDA**

## La Piramide delle evidenze



## EBM: LE ABILITÀ DI BASE

1. Impostazione del quesito
2. Ricerca bibliografica
3. Valutazione critica
4. Incorporazione delle evidenze nella pratica

**EVIDENCE BASED MEDICINE**  
**EVIDENCE BASED PRACTICE**  
**EVIDENCE BASED POLICY**  
**LE ABILITÀ DI BASE**

**1. Impostazione del quesito**

- Il problema deve essere trasformato in una domanda precisa (quesito), in modo da poter trovare una risposta pertinente
- Una metodologia di riferimento è costituita da P.I.C.O.:

Paziente o problema

Intervento

Comparazione

Outcome

# COME TRADURRE IL PICO

## Patient and Problem

Come descriveresti un gruppo di pazienti simili a colui che stai trattando? Quali sono le principali caratteristiche del paziente? Considera il problema primario, ma anche condizioni correlate: età, sesso, talvolta il gruppo sociale o etnico a cui appartiene, la sua storia personale (es: è un fumatore? Ha comorbidità? etc.)

## Intervention

Quale intervento fondamentale stai per prendere in considerazione? Prescrizione di un farmaco? Di un test diagnostico? Di un intervento preventivo?

## Comparison

Quali sono le alternative principali all'intervento preso in esame? Stai per scegliere tra due farmaci, un farmaco ed un placebo, due diversi interventi preventivi?

## Outcome

Che cosa vuoi ottenere, misurare, migliorare o modificare? Cosa stai cercando di fare per il tuo paziente? Ridurre il numero di eventi avversi? Migliorare i risultati funzionali? OROs e PROs

## EBM: LE ABILITÀ DI BASE

1. Impostazione del quesito
- 2. Ricerca bibliografica**
3. Valutazione critica
4. Incorporazione delle evidenze nella pratica



# PubMed.gov

Search

Advanced

PubMed® comprises more than 30 million citations for biomedical literature from MEDLINE, life science journals, and online books. Citations may include links to full-text content from PubMed Central and publisher web sites.



## Web of Science™



# Web of Science

Confident research begins here.

Go to product

Contact us



Home > All Solutions > Embase > Discover

# Embase®

All the biomedical information you need.

Discover what Embase offers to researchers.

Speak to an expert >



## Start exploring

Discover the most reliable, relevant, up-to-date research. All in one place.

📄 Documents 👤 Authors 🏢 Affiliations

Search tips ⓘ

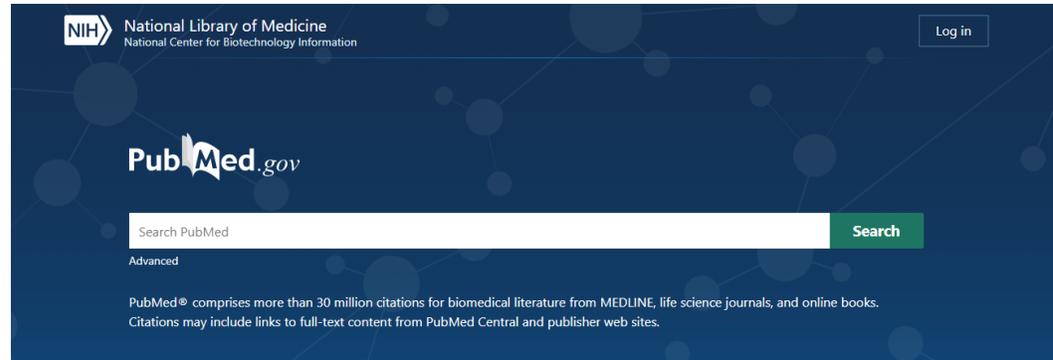
Search within  
Article title, Abstract, Keywords

Search documents \*

+ Add search field 📅 Add date range Advanced document search >

Search 🔍

# PUBMED



- Nasce nel 1997 grazie alla National Library of Medicine di Bethesda
- È un'interfaccia di ricerca gratuita per tutti gli utenti di Internet
- Garantisce l'accesso a due banche dati principali: Medline e Premedline
- Viene aggiornata ogni settimana

CSH Cold Spring Harbor Laboratory **BMJ** Yale

HOME | ABOUT | SUBMIT | NEWS & NOTES | ALERTS / RSS

# medRxiv

THE PREPRINT SERVER FOR HEALTH SCIENCES

Search

[Advanced Search](#)

CSH Cold Spring Harbor Laboratory

HOME | ABOUT | SUBMIT | NEWS & NOTES | ALERTS / RSS | CHANNELS

# bioRxiv

THE PREPRINT SERVER FOR BIOLOGY

Search

[Advanced Search](#)

**nature** research

[View All Nature Research Journals](#) [Search](#) [Login](#)

[nature](#) > [nature research](#) > [editorial policies](#) > [preprints & conference proceedings](#)

- [Editorial policies](#)
- [Authorship](#)
- [Competing interests](#)
- [Confidentiality](#)
- [Plagiarism and duplicate publication](#)
- [Image integrity and standards](#)

## Preprints & Conference Proceedings

**On this page**

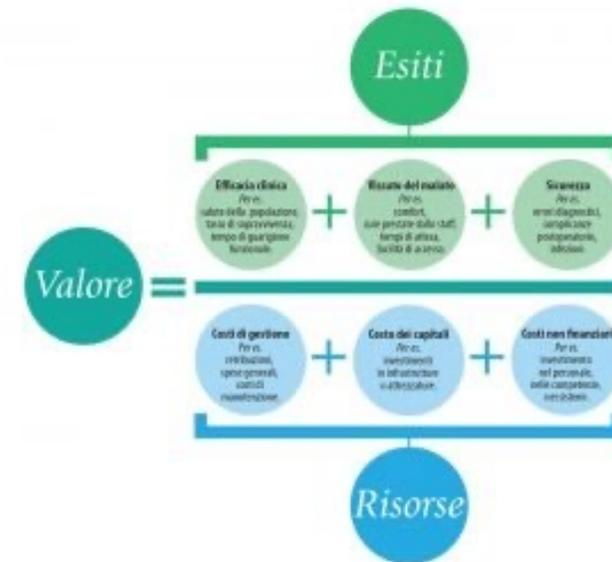
- [Preprints](#)
- [Conference proceedings](#)
- [Nature Research journals' editorials](#)

**Preprints**

# APPROCCIO VALUE-BASED HEALTHCARE

Le migliori decisioni cliniche sono basate non solo sulle migliori evidenze scientifiche disponibili ma anche sui *valori*

- **passaggio da una logica basata sui volumi di attività delle prestazioni erogate ad una logica centrata sui risultati in termini di ritorno di salute dei pazienti**
- **passaggio da un sistema di assistenza orientato all'offerta ad uno orientato alla domanda, ovvero alle pazienti**
- **lavorare per il conseguimento del più alto valore per i pazienti**



## Patient-Centered Outcomes

Co-Chairs: Emily O'Brien, Kevin Weinfurt

NIH Representatives: Susan Czajkowski, William Riley

Project Manager: [Marilo Mencini](#)

[Products and Publications](#) | [Presentations](#)

# PROs

- ✓ Health-related quality of life (HRQOL)
- ✓ Symptoms
- ✓ Function
- ✓ Satisfaction with care or symptoms
- ✓ Adherence to prescribed medications or other therapy
- ✓ Perceived value of treatment

## PATIENT-REPORTED OUTCOMES

Il termine *patient-reported outcome*, letteralmente ‘esito riferito dal paziente’, è stato introdotto nel 2000 dalla Food and Drug Administration (FDA), che nel 2009 ha pubblicato una guida sull’utilizzo di misure di esito riferite dal paziente rivolta alle industrie farmaceutiche, interessate ad inserire i risultati nel foglietto illustrativo del farmaco (*labeling claims*). Nella guida l’FDA definisce *patient-reported outcome* qualsiasi esito riguardante lo stato di salute riferito direttamente dal paziente, senza alcuna interpretazione da parte del clinico o di altri.

Per esempio: sintomi specifici, aderenza al trattamento, stato di salute generale, fisico e psicologico, qualità della vita associata alla salute, benessere, etc.

**TABELLA 1. GLI STRUMENTI DI RILEVAZIONE DEGLI ESITI RIFERITI DAI PAZIENTI: GENERALI VS SPECIFICI**

Generali	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rilevano la qualità della vita o lo stato di salute generale (concetti multidimensionali).</li><li>• Somministrati nella popolazione generale e anche in specifici sottogruppi (per esempio, persone affette da specifiche patologie).</li><li>• Tra gli strumenti di più frequente utilizzo (anche in Italia) si citano:<ul style="list-style-type: none"><li>– SF-36 Health Survey (e versione breve SF-12), che rileva: attività fisica, limitazioni dovute a problemi fisici oppure emotivi, dolore fisico, stato di salute generale, vitalità, attività sociali, salute mentale;</li><li>– EQ-5D che rileva: capacità di movimento, cura della persona, attività abituali, dolore, ansia o depressione, e lo stato di salute generale.</li></ul></li></ul>
Specifici	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rilevano sintomi, stato di salute, qualità di vita riferiti a specifici sottogruppi di popolazione. Ad esempio, presso l'Università di Oxford uno specifico gruppo di lavoro ha curato numerose revisioni delle misure di esito riferite dal paziente, distinte per classe di età (per esempio, bambini, anziani), per patologia (per esempio, asma, diabete, scompenso cardiaco, BPCO, neoplasia), per intervento chirurgico (per esempio, tunnel carpale, colecistectomia, prostatectomia) (fonte: <a href="http://phi.uhce.ox.ac.uk/home.php">http://phi.uhce.ox.ac.uk/home.php</a>).</li><li>• Gli strumenti disponibili sono innumerevoli. Per esempio, nel database <i>Patient-reported outcome and Quality of Life Instruments Database</i> (PROQOLID) sono presenti 1373 strumenti (fonte: <a href="https://eprovide.mapi-trust.org">https://eprovide.mapi-trust.org</a>).</li></ul>

# APPROCCIO VALUE-BASED HEALTHCARE

> [Health Aff \(Millwood\)](#). 2008 May-Jun;27(3):759-69. doi: 10.1377/hlthaff.27.3.759.

## The triple aim: care, health, and cost

Donald M Berwick <sup>1</sup>, Thomas W Nolan, John Whittington

Affiliations + expand

PMID: 18474969 DOI: [10.1377/hlthaff.27.3.759](#)

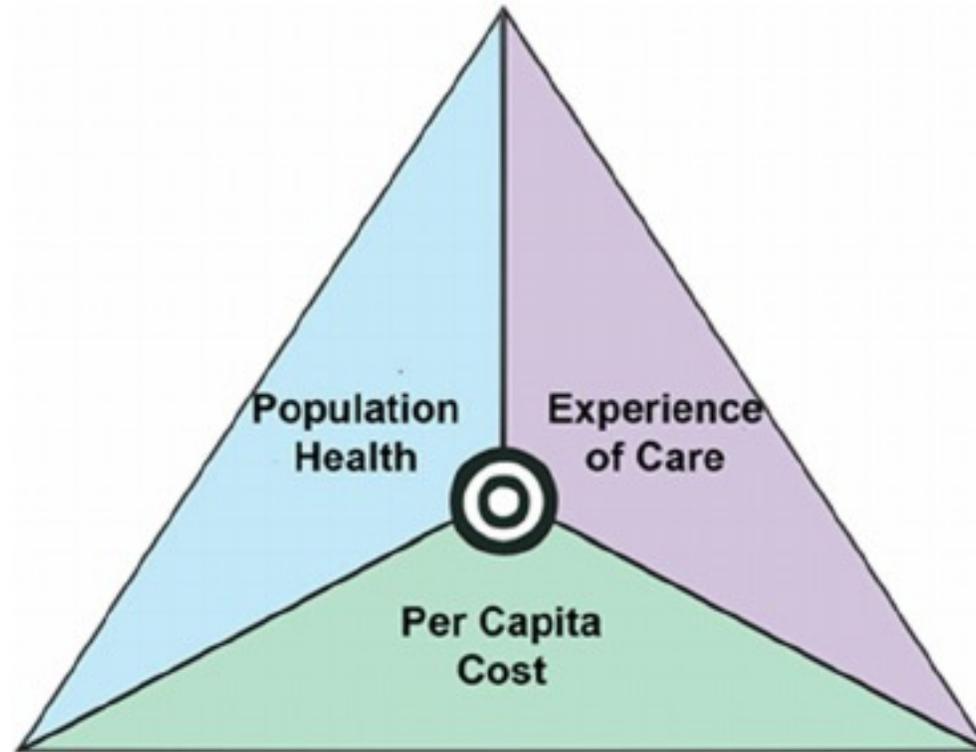
### Abstract

Improving the U.S. health care system requires simultaneous pursuit of three aims: improving the experience of care, improving the health of populations, and reducing per capita costs of health care. Preconditions for this include the enrollment of an identified population, a commitment to universality for its members, and the existence of an organization (an "integrator") that accepts responsibility for all three aims for that population. The integrator's role includes at least five components: partnership with individuals and families, redesign of primary care, population health management, financial management, and macro system integration.

*Berwick, 2008*

# APPROCCIO VALUE-BASED HEALTHCARE

TRIPLE AIM



IHI Triple Aim

Il paziente/soggetto del sistema di cura non può svolgere un ruolo esclusivamente passivo nel sistema «salute»

# APPROCCIO VALUE-BASED HEALTHCARE

› [Ann Fam Med](#). 2014 Nov-Dec;12(6):573-6. doi: 10.1370/afm.1713.

## From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider

[Thomas Bodenheimer](#)<sup>1</sup>, [Christine Sinsky](#)<sup>2</sup>

Affiliations + expand

PMID: 25384822 PMCID: [PMC4226781](#) DOI: [10.1370/afm.1713](#)

[Free PMC article](#)

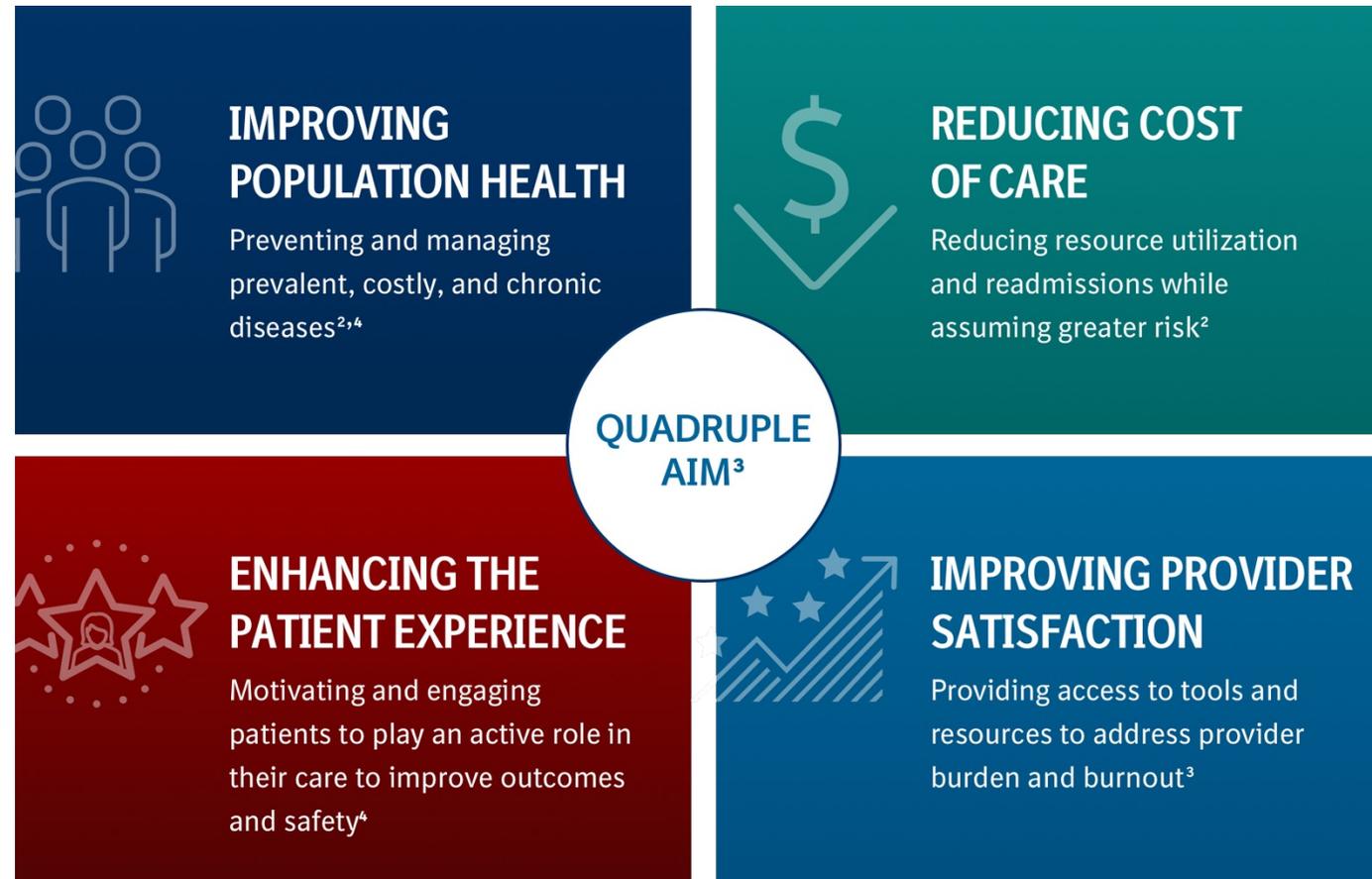
### Abstract

The Triple Aim—enhancing patient experience, improving population health, and reducing costs—is widely accepted as a compass to optimize health system performance. Yet physicians and other members of the health care workforce report widespread burnout and dissatisfaction. Burnout is associated with lower patient satisfaction, reduced health outcomes, and it may increase costs. Burnout thus imperils the Triple Aim. This article recommends that the Triple Aim be expanded to a Quadruple Aim, adding the goal of improving the work life of health care providers, including clinicians and staff.

*Bodenheimer, 2014*

# APPROCCIO VALUE-BASED HEALTHCARE

## QUADRUPLE AIM



Quarta dimensione legata alla soddisfazione e alla sostenibilità del carico di lavoro da parte degli operatori sanitari



## Strumenti della CLINICAL GOVERNANCE

- Evidence Based Practice and Policy
- Sistemi Qualità
- Valutazione della performance
- Risk Management
- Audit clinico
- **HTA**

## **DEFINIZIONI DI HTA**

**La valutazione delle tecnologie sanitarie, è la complessiva e sistematica valutazione multidisciplinare (descrizione, esame e giudizio) delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate in modo diretto e indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione**

*Carta di Trento sulla Valutazione delle Tecnologie Sanitarie, 2007*

**HTA is “the systematic evaluation of the properties and effects of a health technology, addressing the direct and intended effects of this technology, as well as its indirect and unintended consequences, and aimed mainly at informed decision making regarding health technologies.”**

*National Institute for Health Research, NIRH*

# Scienza

# Decisioni

## EVIDENZE

- Sicurezza
- Efficacia
- Costo-efficacia
- Impatto organizzativo, sociale, etico



## MACRO

- Immissione in commercio
- Rimborso
- Inserimento prestazioni LEA

## MESO (OSPEDALE)

- Adozione/Acquisto

## MICRO

- Pratica clinica

# HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

## I NOVE DOMINI DEL MODELLO HTA CORE (adattata da Lampe K et al., 2009) [16]

1. Il problema della salute e l'uso attuale della tecnologia in esame

2. Descrizione e caratteristiche della tecnologia

3. Sicurezza

4. Efficacia (compresa l'accuratezza)

5. Costi e valutazione economica

6. Analisi etica

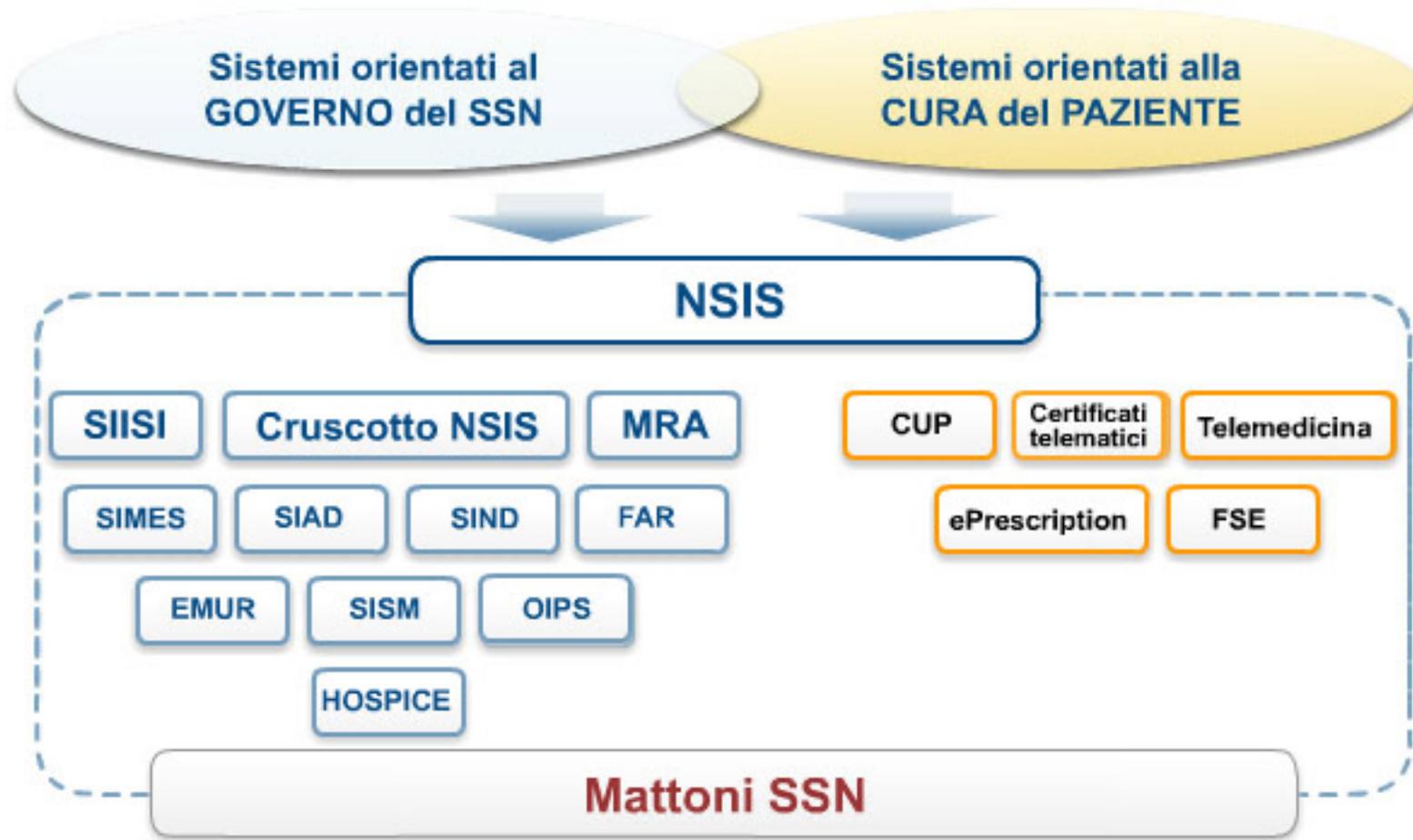
7. Aspetti organizzativi

8. Aspetti sociali

9. Aspetti legali



*G. Ricciardi, 2004*



Il NSIS, che rappresenta un'evoluzione del Sistema informativo sanitario (SIS), trova il suo fondamento normativo **nell'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388** – “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (**Legge finanziaria 2001**)”, ed è attuato attraverso **l'Accordo quadro tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 22 febbraio 2001**. Recentemente l'Accordo quadro tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del **7 luglio 2016**, ha definito gli indirizzi di evoluzione del NSIS.

**MINISTERO DELLA SALUTE**

**DECRETO 15 ottobre 2010**

Istituzione del sistema informativo per la salute mentale. (10A13028) [\(GU Serie Generale n.254 del 29-10-2010\)](#)

# Il Sistema Informativo Salute Mentale (SISM)

# Il Sistema Informativo Salute Mentale (SISM)

Il sistema prevede la raccolta di informazioni inerenti le seguenti aree d'interesse:

Le **strutture** che sono costituite da:

- le strutture del DSM
- le cliniche psichiatriche universitarie
- le strutture private a direzione tecnica del DSM
- le strutture appartenenti al privato e al privato sociale convenzionate, site nel territorio di competenza del DSM, non a direzione tecnica del DSM;

Le **attività** che sono riferite soltanto agli interventi terapeutico-riabilitativi e socioassistenziali rivolti al paziente, alla sua famiglia o al suo contesto di vita.

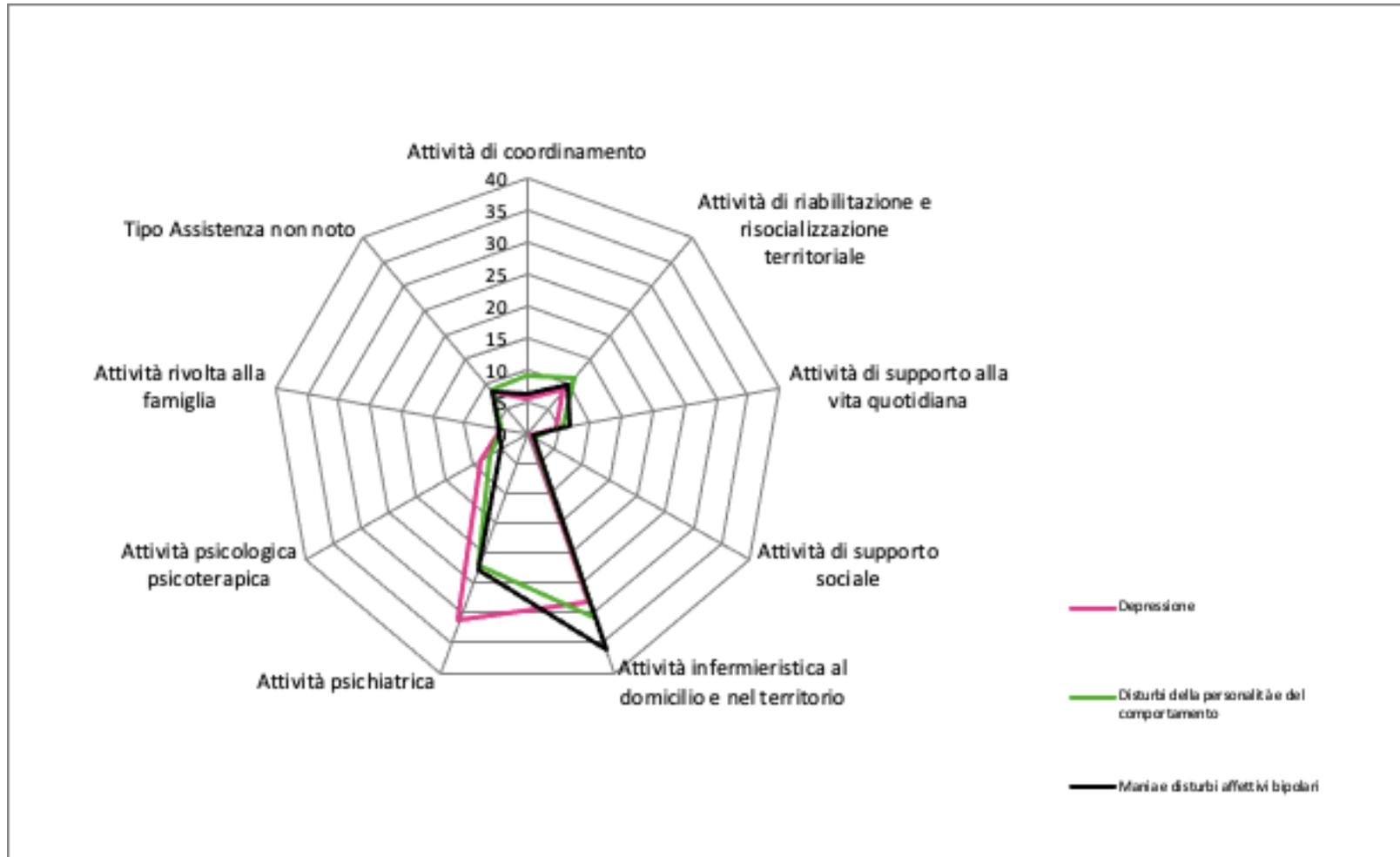
Il **personale** che opera nei Dipartimenti di Salute Mentale e quello che opera nelle strutture sanitarie private in convenzione è rilevato attraverso il Conto annuale, previsto dal titolo V del decreto 30 marzo 2001 n. 165.

Tabella 3.1.2 – Attività ed interventi territoriali

Tipo di attività	Singoli interventi
Attività psichiatrica	Visita del medico, visite per accertamento medico legale, visite parere in Ospedale Generale
Attività psicologica psicoterapica	Colloquio dello psicologo, psicoterapia individuale, familiare e di gruppo, valutazione
Attività infermieristica al domicilio e nel territorio	Colloquio dell'infermiere, somministrazione di farmaci
Attività rivolta alla famiglia	Colloqui con i familiari, interventi psicoeducativi, gruppi di familiari
Attività di coordinamento	Riunioni / incontri sui casi interne alla UOP, con altre strutture sanitarie, con persone – gruppi non istituzionali
Attività di riabilitazione e risocializzazione territoriale	Intervento sulle abilità di base (individuale e di gruppo), inserimento lavorativo, colloquio dell'educatore, Intervento di risocializzazione (individuali e di gruppo), attività espressive e motorie (di gruppo), colloquio dell'educatore, colloquio di altra figura professionale, Soggiorni
Attività di supporto sociale	Colloquio dell'assistente sociale – intervento di supporto sociale
Attività di supporto alla vita quotidiana	Intervento di supporto alla vita quotidiana

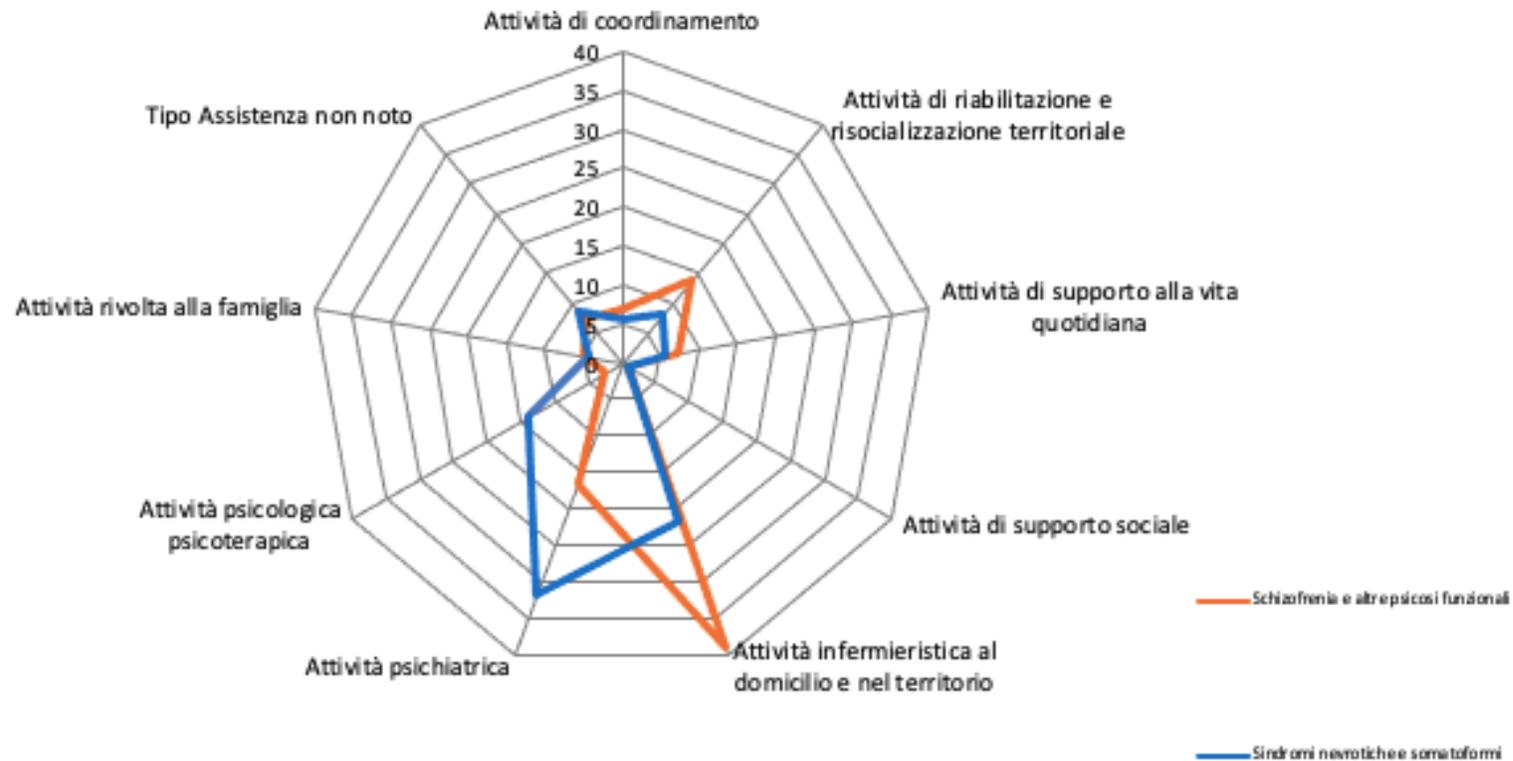
# Il Sistema Informativo Salute Mentale (SISM)

*Prestazioni erogate per i principali gruppi di diagnosi associate al trattamento*



# Il Sistema Informativo Salute Mentale (SISM)

*Prestazioni erogate per i principali gruppi di diagnosi associate al trattamento*



# Il Sistema Informativo Salute Mentale (SISM)

- Possibile riduzione delle variabili prestazionali
- Lentezza nell'elaborazione del dato aggregato
- Mancata possibilità di incrociare i dati con le altre banche dati

## GLI INDICATORI SOCIO-SANITARI

Gli indicatori di salute sono misure o strumenti quantitativi o statistici utilizzati per la misurazione dello stato di salute di un individuo o di un gruppo definito. Sono variabili che possono essere utilizzate per misurare i cambiamenti nel livello di raggiungimento degli obiettivi di salute, o come misure indirette o parziali di situazioni complesse. Gli indicatori possono essere numerici (rapporti, proporzioni, tassi), o qualitativi (esistenza o assenza di un evento). Gli indicatori di salute sono divisi in diversi domini principali: fattori demografici e socio-economici, indicatori dello stato di salute, determinanti di salute, indicatori dei sistemi sanitari, indicatori della politica sanitaria, ecc.

DATI

- Input

INDICATORE

- Struttura
- Processo
- Esito

INFORMAZIONI

- Interpretazione

CONOSCENZA

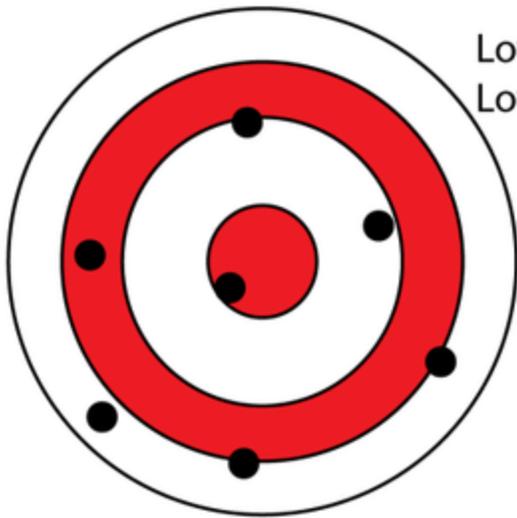
- Diffusione attraverso processi di comunicazione appropriati ed efficienti

AZIONE

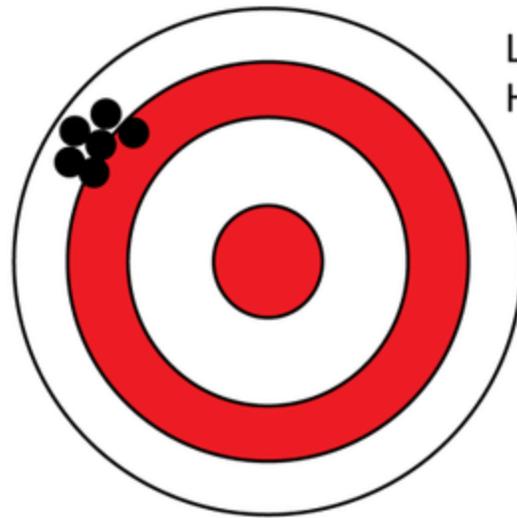
- Intervento sulla popolazione (generale, sottogruppo, etc.)

## CARATTERISTICHE DEGLI INDICATORI

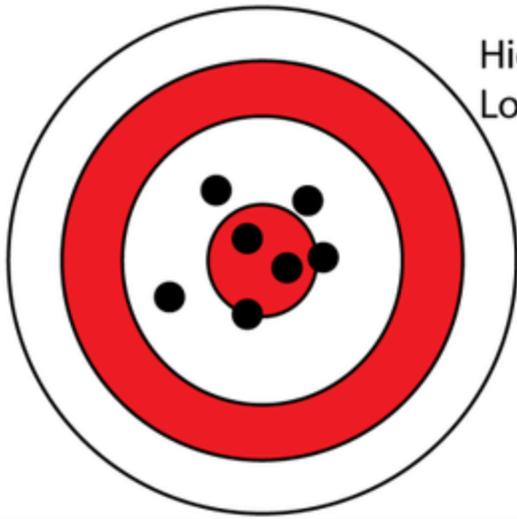
- Riflettere le conoscenze scientifiche disponibili acquisite (evidence-based)
- Essere condivisi (ad esempio recepiti da linee-guida)
- Essere pertinenti agli aspetti assistenziali che si intende valutare
- Essere misurabili in modo riproducibile (inter ed intra rilevatori)
- Essere **accurati**, cioè rilevati secondo modalità che assicurino che effettivamente l'indicatore misuri il fenomeno che si intendeva valutare, con una sensibilità e specificità tale da discriminare correttamente tra assistenza di buona e cattiva qualità, minimizzando falsi positivi e falsi negativi
- Essere sensibili al cambiamento, cioè in grado di rilevare variazioni del fenomeno misurato nel corso del tempo e nello spazio (cioè tra soggetti diversi)
- Essere di facile comprensione e di semplice e poco costosa rilevazione



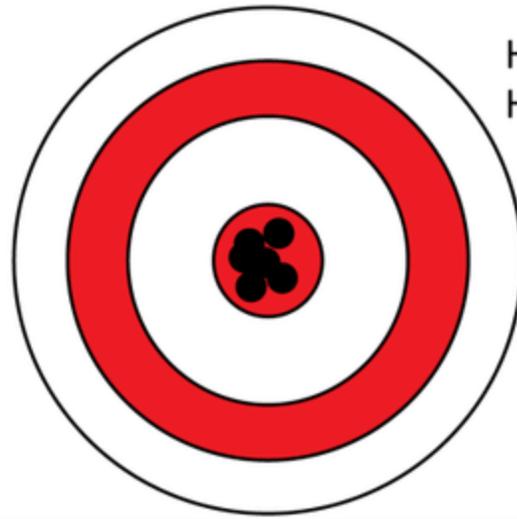
Low accuracy  
Low precision



Low accuracy  
High precision



High accuracy  
Low precision



High accuracy  
High precision

# INDICATORI DI QUALITÀ CLASSIFICAZIONE DI DONABEDIAN (1980)

Indicatori di

- Struttura
- Processo
- Esito

## INDICATORI DI STRUTTURA

Comprendono i requisiti (STOP)

Strutturali

Tecnologici

Organizzativi

Professionali

delle strutture sanitarie, previsti dalle normative regionali per l'accREDITAMENTO istituzionale.

Gli indicatori strutturali definiscono le “caratteristiche del contenitore” in cui viene erogata l'assistenza.

Attenzione alla componente di *competence*

## INDICATORI DI PROCESSO

Misurano l'appropriatezza del processo assistenziale in relazione a standard di riferimento: linee guida, percorsi assistenziali.

Non forniscono informazioni sui risultati dell'assistenza (esiti) e pertanto vengono definiti *proxy* (sostitutivi) perché potenzialmente in grado di prevedere un miglioramento degli esiti assistenziali

## INDICATORI DI PROCESSO

### VANTAGGI

- Misurano direttamente l'appropriatezza degli interventi sanitari prescritti ai pazienti, documentando la qualità dell'atto professionale
- Rispetto agli indicatori di esito sono meno influenzati dalle differenze di case-mix
- Permettono di identificare le inapproprietezze (in eccesso e in difetto), suggerendo precocemente le aree di miglioramento del processo assistenziale

## INDICATORI DI PROCESSO

### SVANTAGGI

- Difficoltà di ricavare indicatori di processo dai sistemi informativi aziendali (necessità di pianificare audit o disporre di database strutturati)
- Considerati meno rilevanti degli indicatori di esito da parte di decisori e pazienti (in parte anche dai professionisti)

## INDICATORI DI ESITO

Documentano una modifica di esiti assistenziali

**Clinici** (mortalità, morbilità)

**Economici** (costi diretti e indiretti)

**Umanistici** (qualità di vita, soddisfazione dell'utente)

## INDICATORI DI ESITO

Gli esiti clinici oltre che dalla qualità dell'assistenza sono influenzati da numerosi determinanti (patrimonio genetico, fattori ambientali, condizioni socio-economiche), pertanto il principale elemento che condiziona la loro robustezza è il tempo trascorso dall'erogazione del processo.

Es. assistenza ospedaliera: molto robusti se misurati entro la dimissione

La robustezza è condizionata anche dal volume-esiti

## INDICATORI DI ESITO

### VANTAGGI

- In quanto variabili discrete sono più facili da usare e spesso disponibili nei sistemi informativi aziendali (completezza/affidabilità massima per esiti economici, intermedia per quelli clinici, minima/nulla per quelli umanistici)
- Soddisfano tutti gli attori di un sistema sanitario

## INDICATORI DI ESITO

### SVANTAGGI

- Sono necessarie complesse tecniche statistiche (*risk adjustment*) per correggere differenze di case-mix e socio-demografiche, variazioni random, effetti di selezione
- Richiedono lunghi periodi di osservazione e/o numeri cospicui di pazienti
- La fonte principale è la SDO, che presenta due limiti: la “deformazione quantitativa” degli esiti clinici conseguente alle codifiche opportunistiche e il “reverse reporting bias”

## INDICATORI DI ESITO

### SVANTAGGI

- Anche mettendo a punto strumenti e metodologie per prevenire alcuni svantaggi è impossibile risalire da esiti insoddisfacenti/sfavorevoli ai processi su cui intervenire per poter migliorare la qualità dell'assistenza

Il numero di TSO può essere considerato un indicatore di processo o un indicatore di esito?

# GLI INDICATORI DELLA SALUTE MENTALE

## La Griglia LEA

Lo strumento è costituito da **33 indicatori definiti dal Comitato LEA tenendo conto della “ripartizione delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tra i livelli di assistenza (Collettiva, Distrettuale e Ospedaliera) e delle maggiori indicazioni politico-programmatorie”**. I punteggi vengono calcolati sulla base di “un sistema di pesi che attribuisce ad ogni indicatore un peso di riferimento, e assegna dei punteggi rispetto al livello raggiunto dalla regione nei confronti di standard nazionali”.

# GLI INDICATORI DELLA SALUTE MENTALE

## La Griglia LEA

### UN INDICATORE RELATIVO ALLA SALUTE MENTALE

L'indicatore per cogliere il funzionamento del sistema di cura per la Salute Mentale è costituito dal ***Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti***

***Rapporto, per 1000 abitanti residenti, tra il numero di assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale (DSM) nel periodo di riferimento e la popolazione residente nel periodo di riferimento”.***

***Viene inoltre precisato che “per assistito si intende qualunque soggetto che abbia avuto almeno un contatto”***

## GLI INDICATORI DELLA SALUTE MENTALE

DM 12 marzo 2019 – **Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA**, applicato a partire dal 2020.

Un sistema più rigoroso, quindi, meno esposto all'effetto di «appiattimento» mostrato dalla Griglia LEA e più sensibile alle differenze tra assistenza distrettuale, ospedaliera e prevenzione, grazie ad un ventaglio di indicatori significativamente più ampio.

## GLI INDICATORI DELLA SALUTE MENTALE

ID	Indicatore	Significato
D26C	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche / pop. residente $\geq$ 18 a.	Indicatori proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	
D28C	Numero di TSO a residenti maggiorenni / pop. residente $\geq$ 18 a.	
D29C	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici / pop. Residente $<$ 18 a.	

## GLI INDICATORI DELLA SALUTE MENTALE

- I tre indicatori per la Salute Mentale adulti presenti nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA riguardano tutti l'attività ospedaliera, che viene considerata «indicatore indiretto dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche». Tuttavia, un alto tasso di ospedalizzazione è innanzitutto correlato alla disponibilità di posti-letto
- L'impiego intensivo ospedaliero potrebbe essere dovuto ad una scarsa presenza di residenzialità sanitaria e sociosanitaria, con uso inappropriato dei posti letto per acuti anche in condizioni prognostiche a medio-lungo termine
- Bassi tassi di ospedalizzazione potrebbero indicare fenomeni di abbandono o di trans-istituzionalizzazione residenziale ampiamente descritti in letteratura

# Rapporto salute mentale

## Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)

Anno 2020



Ministero della Salute

Indicatori	Piemonte	Italia
Strutture psichiatriche territoriali per 100.000 abitanti	2,2	2,6
Posti in strutture psichiatriche residenziali per 10.000 abitanti	10,2	5,3
Posti in strutture psichiatriche semiresidenziali per 10.000 abitanti	3,7	3,0
Posti in Strutture ospedaliere psichiatriche attive pubbliche e private per 100.000 abitanti	10,8	10,5
Personale del dipartimento di salute mentale per 100.000 abitanti	40,6	57,4
Costo pro-capite (territoriale ed ospedaliera) per assistenza psichiatrica	62,6	67,5
Dimessi da reparti di psichiatria per 10.000 abitanti (regime ordinario)	18,0	16,8
Degenza media (DM) da reparti di psichiatria	12,7	13,4
% riammissioni entro 30 giorni	13,7	13,5
TSO-Trattamento Sanitario Obbligatorio per 10.000 abitanti	0,9	1,1
Accessi in pronto soccorso per 1.000 abitanti	10,5	8,4
% riammissioni entro 7 giorni	8,2	7,5
Dimessi da tutti i reparti per 10.000 abitanti	36,1	23,0
Prevalenza degli utenti trattati per 10.000 abitanti - tasso standardizzato	155,1	143,4
Nuovi utenti nell'anno per 10.000 abitanti - tasso standardizzato	39,8	49,9
Utenti presenti in strutture semi- residenziali per 10.000 abitanti	4,6	4,3
Utenti presenti in strutture residenziali per 10.000 ab	4,3	5,2
Numero trattati con antidepressivi per 1.000 abitanti - Convenzionata	151,6	124,3
Numero trattati con antipsicotici per 1.000 abitanti - Convenzionata	8,7	20,0
Numero trattati con litio per 1.000 abitanti - Convenzionata	1,9	1,8
Accessi erogati in strutture semiresidenziali per 10.000 abitanti	151,2	209,1
Prestazioni per utente in CSM	12,0	12,3



# *Ministero della Salute*

DEFINIZIONE DEI PERCORSI DI CURA  
DA ATTIVARE NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE  
PER I DISTURBI SCHIZOFRENICI,  
I DISTURBI DELL'UMORE  
E I DISTURBI GRAVI DI PERSONALITÀ

Accordo Conferenza Unificata 13 novembre 2014

## **INDICATORI CLINICI PER IL MONITORAGGIO DEI PERCORSI DI CURA NEI DISTURBI MENTALI GRAVI**

I percorsi di cura relativi ai disturbi schizofrenici, i disturbi depressivi, il disturbo bipolare e i disturbi gravi di personalità, descritti nel documento, sono monitorati attraverso indicatori clinici. Un indicatore è una variabile misurabile che serve a descrivere sinteticamente un fenomeno significativo per i servizi di salute mentale e per la popolazione che ne usufruisce e che può pertanto essere utilizzata per misurare il cambiamento. Più nello specifico gli indicatori clinici sono variabili che misurano la qualità professionale in ambito clinico e sono utili a prendere decisioni al fine di migliorarla. Essi sono focalizzati sulla qualità della cura, non sull'utilizzo dei servizi o sui costi, e pongono attenzione ad uno specifico evento clinico o assistenziale ritenuto rilevante e significativo, evidenziando potenziali problemi ed innescando azioni migliorative. Inoltre sono specifici per le singole patologie, sono in rapporto alle buone pratiche e alle evidenze delle Linee Guida e sono derivati da flussi sanitari di natura amministrativa piuttosto che da specifiche raccolte di dati.

Gli indicatori clinici, di seguito declinati, sono in rapporto alle specifiche raccomandazioni di ciascuno dei percorsi, e suddivisi per le tre fasi di intervento: presa in carico precoce, gestione della fase acuta, trattamenti continuativi e a lungo termine. Sono, inoltre, divisi in due gruppi: indicatori principali (contrassegnati da una X) e indicatori accessori. I flussi informativi di riferimento, comuni a tutte le Regioni, per alimentare gli indicatori sono prioritariamente i seguenti: Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), Assistenza Farmaceutica, Assistenza specialistica ambulatoriale e Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). In alcuni casi, occorre riferirsi ad altri flussi, comunque disponibili ed omogenei a livello nazionale, quali il Sistema Informativo Nazionale per le tossicodipendenze (SIND) o il flusso sulle cause di morte dell'ISTAT.

<b>DISTURBO</b>	<b>INDICATORI PRINCIPALI</b>	<b>INDICATORI ACCESSORI</b>	<b>INDICATORI TOTALI</b>
DISTURBO SCHIZOFRENICO	13	35	48
DISTURBO BIPOLARE	12	26	38
DISTURBO DEPRESSIVO	10	13	23
DISTURBO GRAVE DI PERSONALITA'	10	18	28

**INDICATORI DERIVATI DALLE RACCOMANDAZIONI RELATIVE AL DISTURBO SCHIZOFRENICO** *(gli indicatori principali sono individuati da una X)*

**A- Presa in carico precoce**

1. Continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'adolescenza e dell'età adulta	
2. Età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio	
3. Tempi di attesa per la prima visita nei Centri di Salute Mentale	
4. Valutazione multi professionale dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti all'esordio	
5. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai pazienti con disturbo all'esordio	X
6. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari dei pazienti con disturbo all'esordio	X
7. Continuità della cura nei pazienti con disturbo all'esordio	
8. Attività multi professionale erogata nei CSM per i pazienti con disturbo all'esordio	
9. Trattamenti psicoeducativi nei pazienti all'esordio	X
10. Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico	X
11. Interventi riabilitativi e di supporto al lavoro e allo studio basati sulle evidenze nei pazienti all'esordio	
12. Attività domiciliare nei pazienti con disturbo all'esordio	

**B- Gestione della fase acuta**

13. Ricoveri in regime di TSO	
14. Riammissioni in SPDC entro 30 giorni dalla dimissione	X
15. Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni	X
16. Contenzione fisica in SPDC	
17. Dosaggio dei farmaci antipsicotici durante il ricovero in SPDC	
18. Trattamento continuativo con farmaci antipsicotici nel periodo successivo all'episodio acuto	X
19. Controllo della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici	X
20. Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni dalla dimissione in SPDC	X
21. Attività domiciliare dopo la dimissione dal SPDC	
22. Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC	
23. Revisione del programma territoriale nei pazienti con ricadute frequenti	

*C1) mantenimento e promozione del recupero psicosociale*

24. Treatment gap nella schizofrenia	
25. Continuità della cura	
26. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente	X
27. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari	X
28. Piano di trattamento individuale	
29. Case manager	
30. Attività multi professionale erogata nei CSM	
31. Trattamenti psicoeducativi	
32. Pazienti in trattamento psicoterapico	
33. Terapia di mantenimento con farmaci antipsicotici	X
34. Prescrizione di un unico farmaco antipsicotico	
35. Frequenza e dosaggio dei farmaci antipsicotici long-acting	
36. Monitoraggio della terapia nei pazienti trattati con farmaci long-acting	
37. Clozapina nella schizofrenia resistente al trattamento	
38. Visita psichiatrica in CSM entro 90 giorni dall'interruzione di un farmaco antipsicotico	
39. Monitoraggio periodico della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici	X
40. Pazienti inviati al SERD per consulenza/trattamento nel caso di abuso di sostanze	
41. Conclusione non concordata del trattamento	
42. Pazienti senza casa, pazienti destinatari di provvedimento penale	
43. Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio	
44. Mortalità nei pazienti in carico	