

1[^] Conferenza Regionale
sulla Salute Mentale
Verona, 9-10 maggio 2008

Sistema informativo e programmazione sanitaria

Paolo Spolaore

Centro **R**egionale di **R**iferimento per il **C**oordinamento
del **S**istema **E**pidemiologico **R**egionale

Evidence Based Health Policy

“Tutte le decisioni che influenzano la programmazione sanitaria sono prese tenendo in debita considerazione tutte le informazioni valide e pertinenti”

Muir Grai JA. Evidence-Based Health Care: How to make health policy and management decisions. London: Churchill Livingstone, 1997.

L'informazione epidemiologica

- **Caratteristiche della malattia**
- **Esposizione ai fattori di rischio**
- **Profili assistenziali**
- **Esito in salute**
- **Impatto sociale**

for CLINICAL RESEARCH



Evidence-Based Medicine

for HEALTH POLICY



Evidence-Based Health-Care

Criticità

“Individual healthcare and population healthcare should be two sides of the one coin.”

“Population health information systems are currently inadequate to meet the needs of disease control. In a rapidly changing world, effective public health action requires timely and efficient data about what is happening in the whole population.”

Douglas, RM – MJA 2001; 174: 241-243.

Opportunità

Information technology



Archivi di dati

Dati **primari** vs dati **secondari** (amministrativi)

- Studi osservazionali
- Studi sperimentali
- Studi di prevalenza
- ...

- Psichiatria territoriale
- Ricoveri
- Mortalità
- Prescrizioni farmaceutiche
- ADI - RSA
- Esenzioni per patologia
- Certificati di assist. al parto
- Notifiche delle mal. infettive
- Anagrafe sanitaria
- Specialistica ambulatoriale

Archivi sanitari presso il CRRC-SER

Archivio	Territorio
Anagrafe sanitaria	Veneto
Schede dimissione osped.	Veneto
Schede di morte	Veneto
Servizi psichiatrici territor.	Veneto
Esenzioni ticket	alcune ASL
Farmaceutica territoriale	alcune ASL
Database microbiologia	alcuni laboratori



RAPPORTO SULLA OSPEDALIZZAZIONE IN VENETO

ANNI 2000 - 2006
a cura del CRRC - SER

Marzo 2008



CAPITOLO 7

Dimissioni ospedaliere per disturbi psichici in diagnosi principale secondo i criteri di selezione e di classificazione già definiti ne “L’ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici – Anni 1999-2002” (ISTAT, 2006).

Gli Aggregati Clinici di Codici (ACC), sviluppati a partire dal 1993 dall’Agenzia Federale Sanitaria statunitense raggruppano i codici ICD-9-CM in un set ristretto di classi omogenee dal punto di vista clinico ed epidemiologico.

In particolare, abbiamo utilizzato i i seguenti ACC:

- Ritardo mentale (065)
- Disturbi mentali dovuti ad abuso di alcol (066)
- Disturbi mentali dovuti ad abuso di droghe (067)
- Disturbi mentali senili e organici (068)
- Disturbi affettivi (069)
- Schizofrenia e disturbi correlati (070)
- Altre psicosi (071)
- Ansia, disturbi somatoformi, associativi e della personalità (072)
- Disturbi dell'età pre-adulta (073)
- Altre condizioni mentali: disturbi evolutivi del linguaggio, della lettura, balbuzie e disturbi del comportamento alimentare. (074)
- Anamnesi personale di disturbo psichico, problemi psichici e di comportamento, osservazione ed esame speciale per l'individuazione di disturbi psichici (075).

Ricoveri per disturbi psichici e totale dei ricoveri. Anni 2000 e 2006.

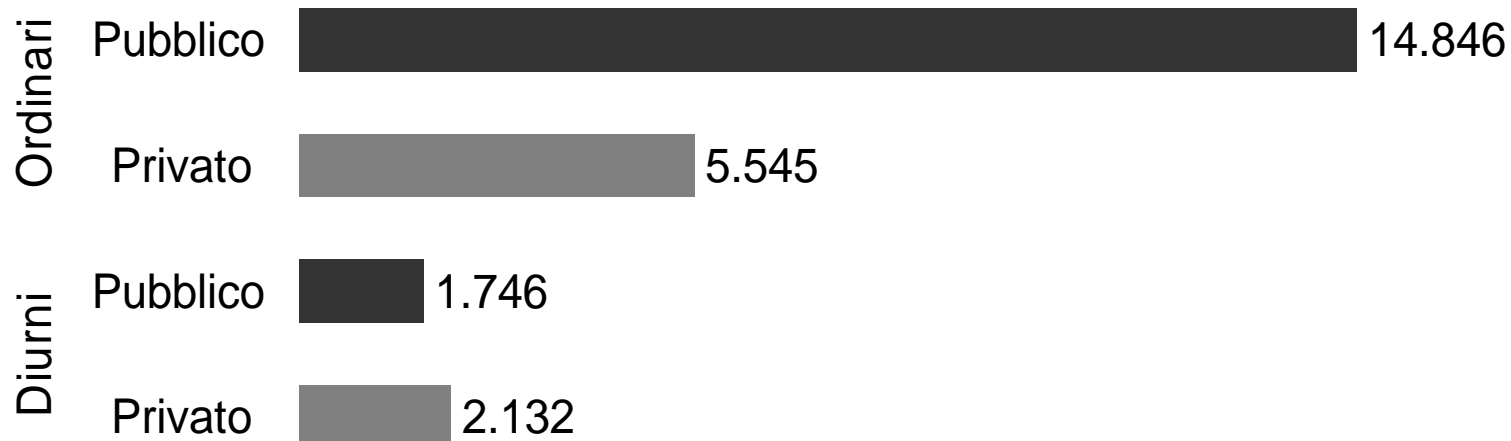
Anno	Disturbi psichici	Totale ricoveri
2000	27.633	901.111
2006	22.604	831.132
<i>Variazione per anno</i>	-3,0%	-1,3%

Ordinari		
Anno	Disturbi psichici	Totale ricoveri
2000	23.784	676.311
2006	18.771	582.978
<i>Variazione per anno</i>	-3,5%	-2,3%

Day Hospital		
Anno	Disturbi psichici	Totale ricoveri
2000	3.849	224.800
2006	3.833	248.154
<i>Variazione per anno</i>	-0,1%	+1,7%

Tasso di ospedalizzazione nel 2006 per disturbi psichici : 4,8 per 1.000 residenti

Ricoveri per tipo di struttura e tipo di ricovero. Anno 2006
(esclusi 492 ricoveri in IRCCS e Ist. priv. qualif. pres. ULSS).

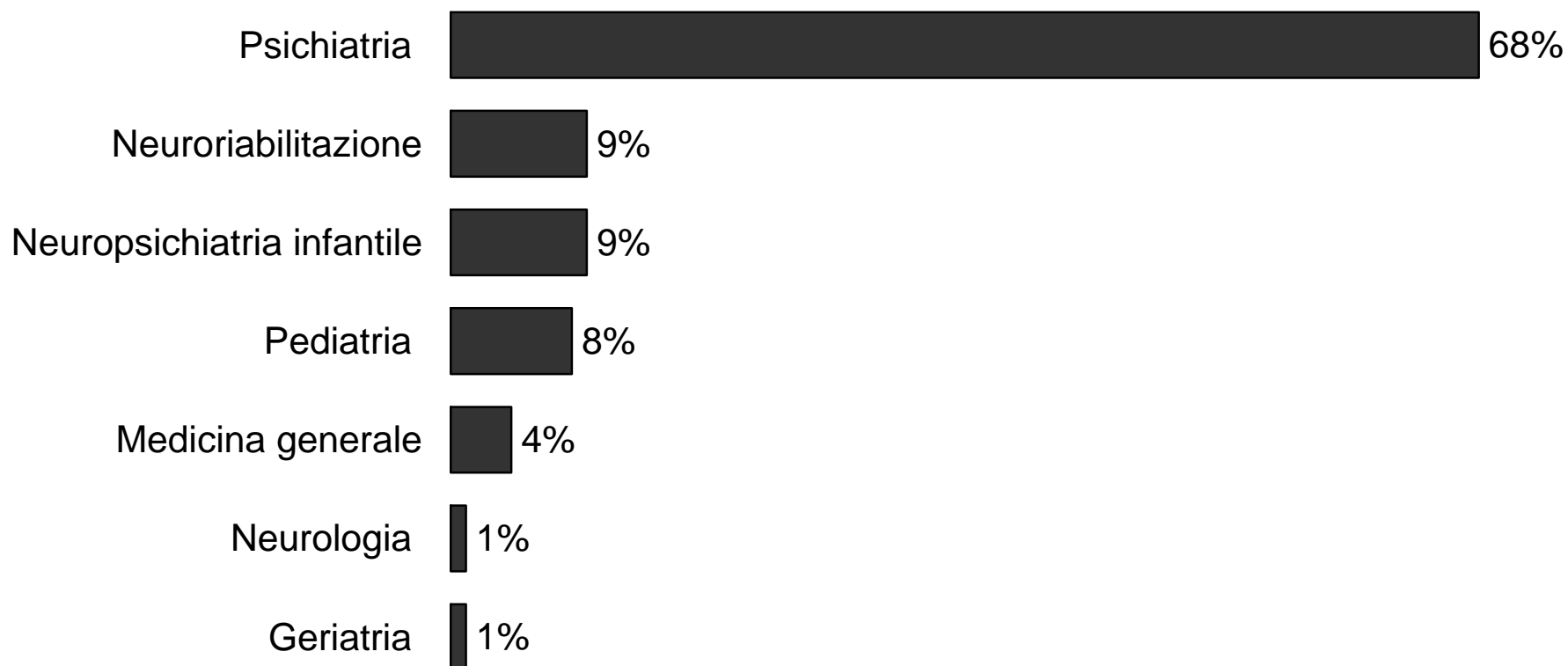


Degenza media

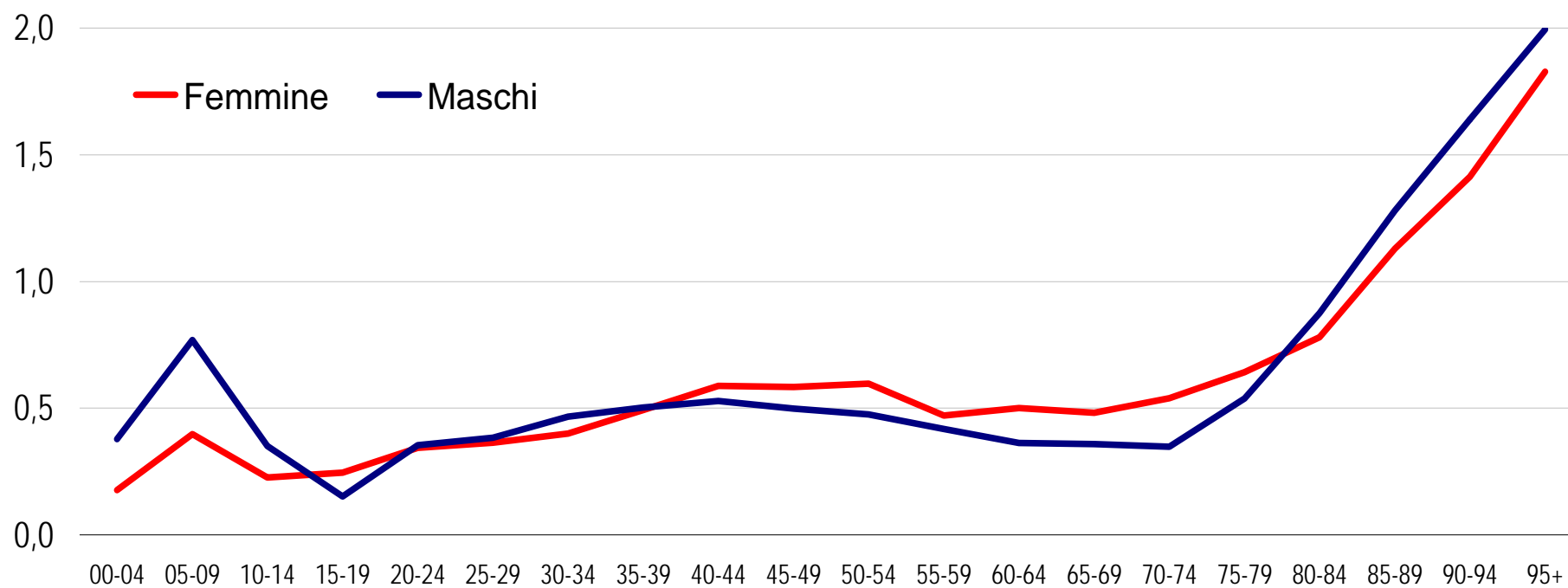
2000 16,2 giorni

2006 17,6 giorni

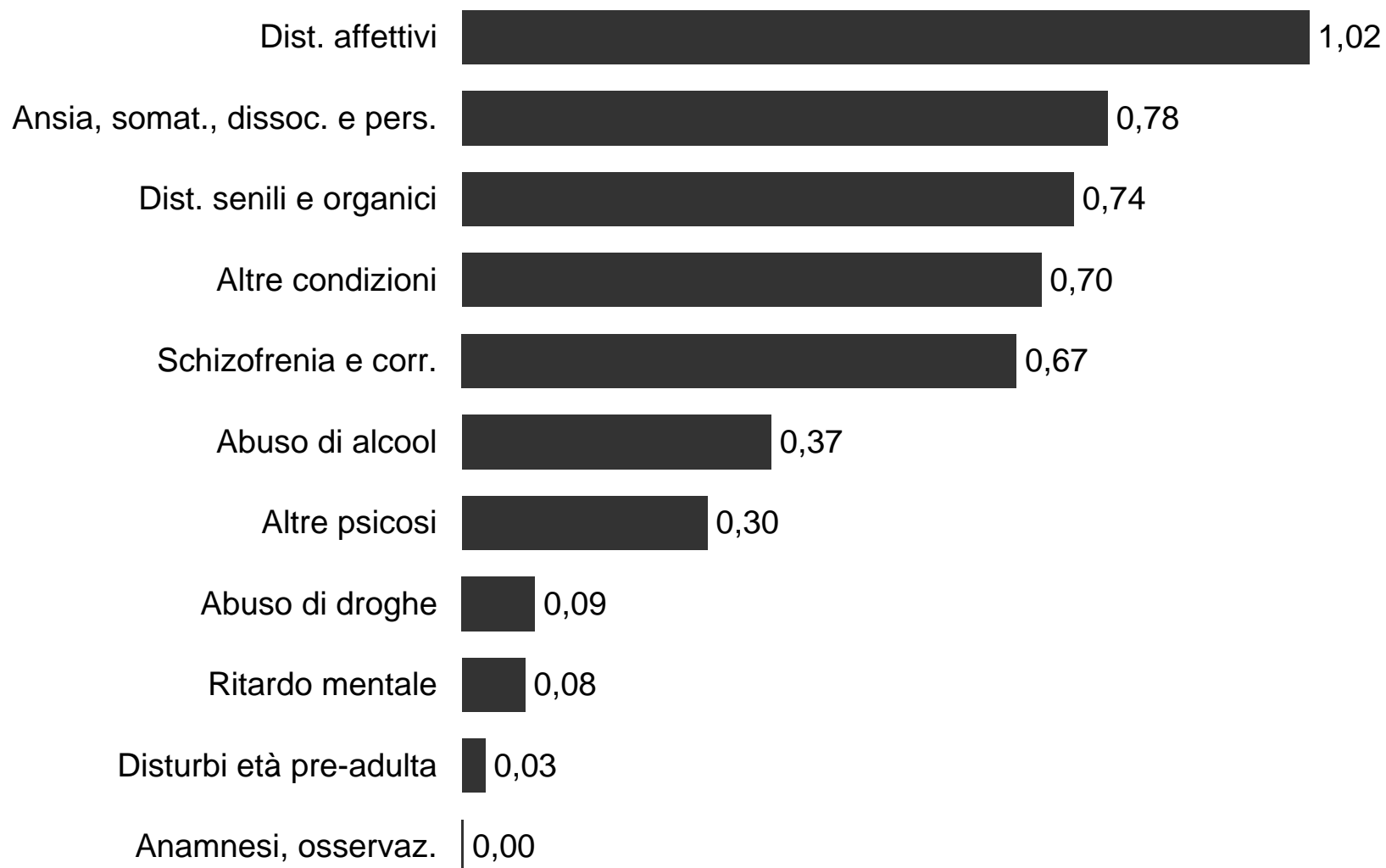
Ricoveri per reparto di dimissione (%). Anno 2006.



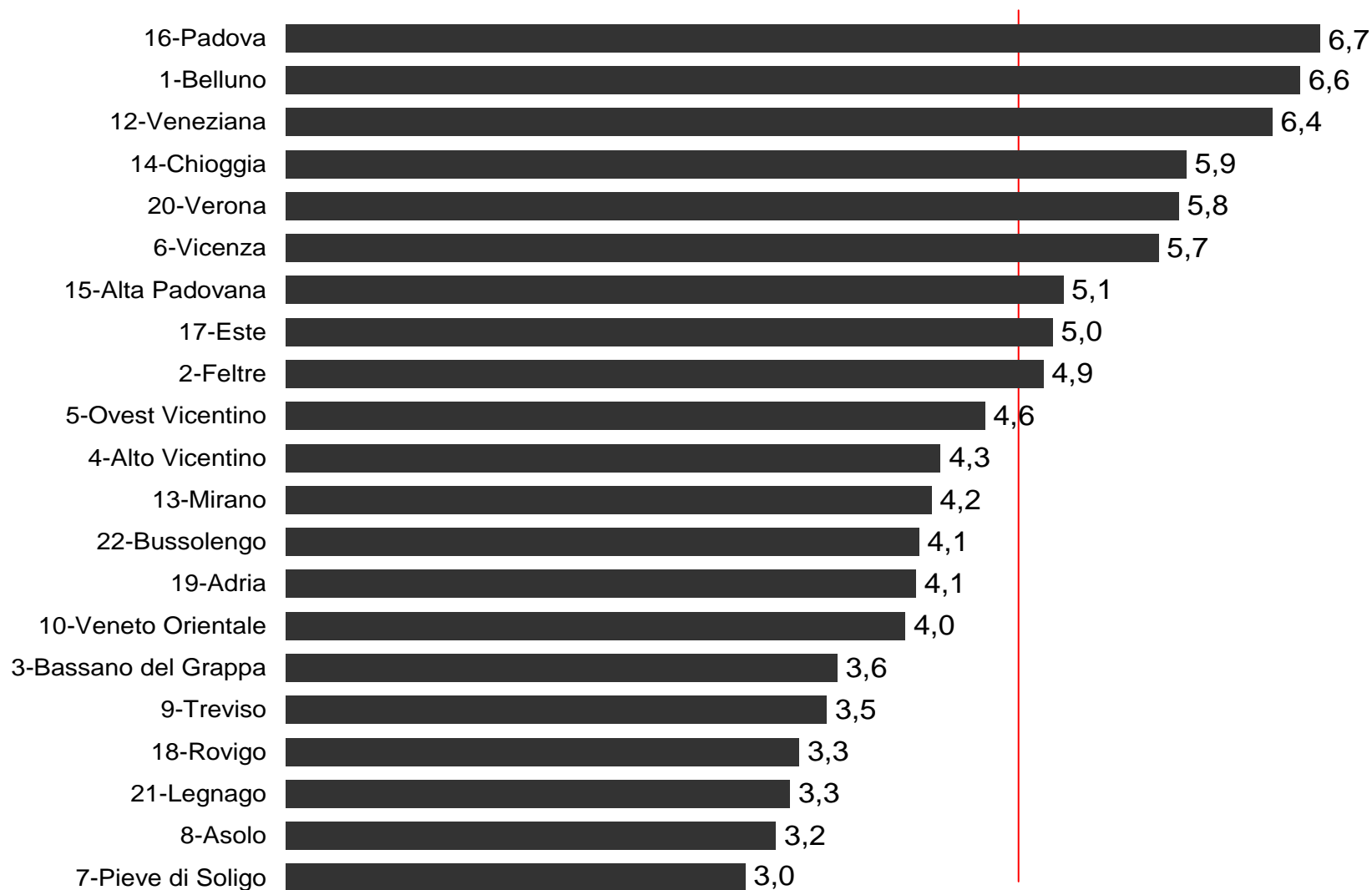
Tassi di ospedalizzazione per 1.000 abitanti
per disturbi psichici per classe di età e sesso. Anno 2006.



Tassi di ospedalizzazione per 1.000 abitanti per disturbi psichici per ACC. Anno 2006.

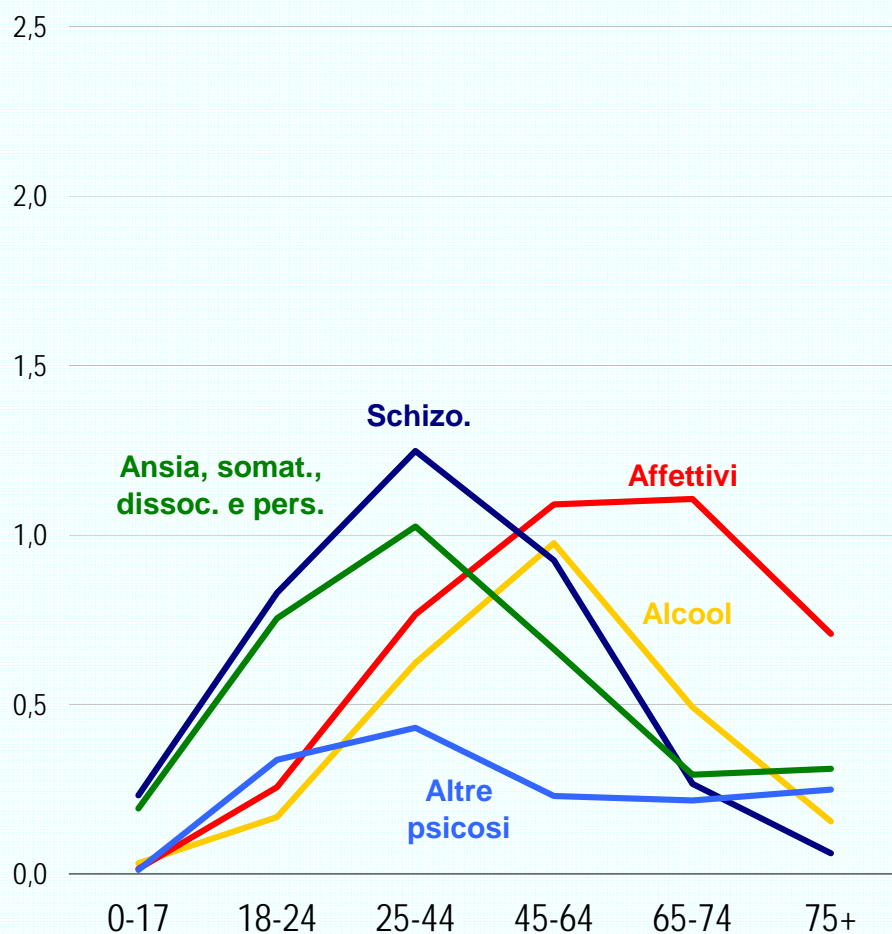


Tassi di ospedalizzazione per 1.000 abitanti
per disturbi psichici per Azienda ULSS di residenza. Anno 2006.

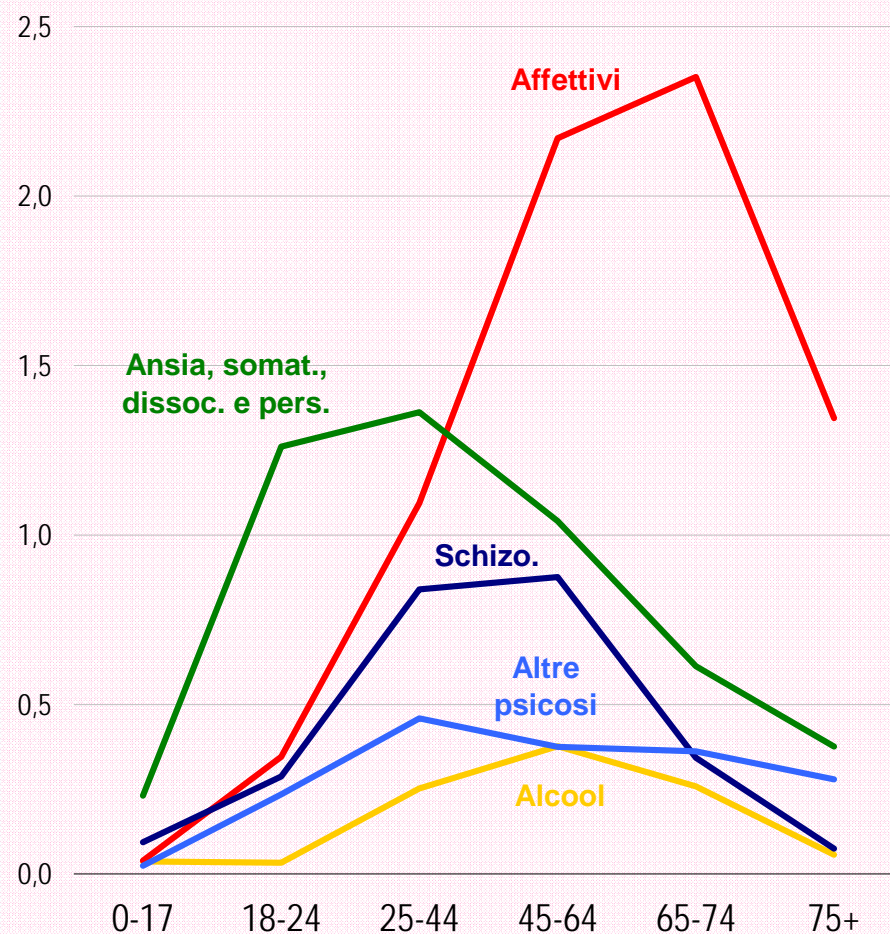


Tassi di ospedalizzazione per 1.000 abitanti per disturbi psichici per età e ACC. Anno 2006.

Maschi



Femmine



IL FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE

ASSISTENZA PSICHIATRICA TERRITORIALE (APT)

CONTENUTO E MODELLO DEL FLUSSO (disciplinare tecnico 20 aprile 2007)

*Viene documentato il **processo assistenziale** erogato ai pazienti a partire dalla cartella clinica territoriale, contenente dati anagrafici, dati clinici e dati sulle prestazioni erogate.*

Il modello di organizzazione dei dati e di gestione del flusso risponde all'esigenza di poter attribuire ciascuna prestazione erogata al problema clinico individuato al momento della sua erogazione.

Soggetti coinvolti nella gestione del flusso

LIVELLO REGIONALE

Direzione Piani e Programmi Socio-Sanitari

Servizio per la Tutela della Salute Mentale
Gruppo tecnico-scientifico Flussi Informativi Psichiatria

Direzione Risorse Socio Sanitarie

Servizio Sistema Informativo Socio-Sanitario e Tecnologie Informatiche

CRRC-SER

LIVELLO LOCALE

DSM

Referenti del flusso informativo (all'interno del DSM)
Referenti tecnici

COMPITI DEL CRRC-SER

Qualità del dato

- Verifica del rispetto della tempistica di trasmissione dei dati da parte delle Aziende ULSS.
- Monitoraggio della qualità dei dati trasmessi dalle ULSS.
- Interazione con i referenti aziendali del flusso per la correzione degli errori riscontrati.

Elaborazione dei dati

- Realizzazione di un sistema di reports sulle caratteristiche dell'utenza dei DSM e sulle prestazioni erogate a supporto della programmazione regionale.
- Analisi della casistica psichiatrica attraverso l'utilizzo integrato dei flussi informativi regionali.

LE PRINCIPALI ATTIVITÀ FINORA REALIZZATE

Indagine conoscitiva sui sistemi informativi locali

Risultati presentati all'incontro con i referenti del 16.3.2006.

Monitoraggio della qualità dei dati

- Definizione e implementazione di una griglia di controlli di routine.
- Supporto alla Direzione Regionale Risorse Socio-Sanitarie per l'attivazione del portale Psichiatria per la trasmissione dei dati e la verifica degli eventuali errori.
- Supporto alle Aziende ULSS nella gestione dei controlli di qualità.
- Analisi e reporting periodico sulla qualità dei dati.

LE PRINCIPALI ATTIVITÀ FINORA REALIZZATE

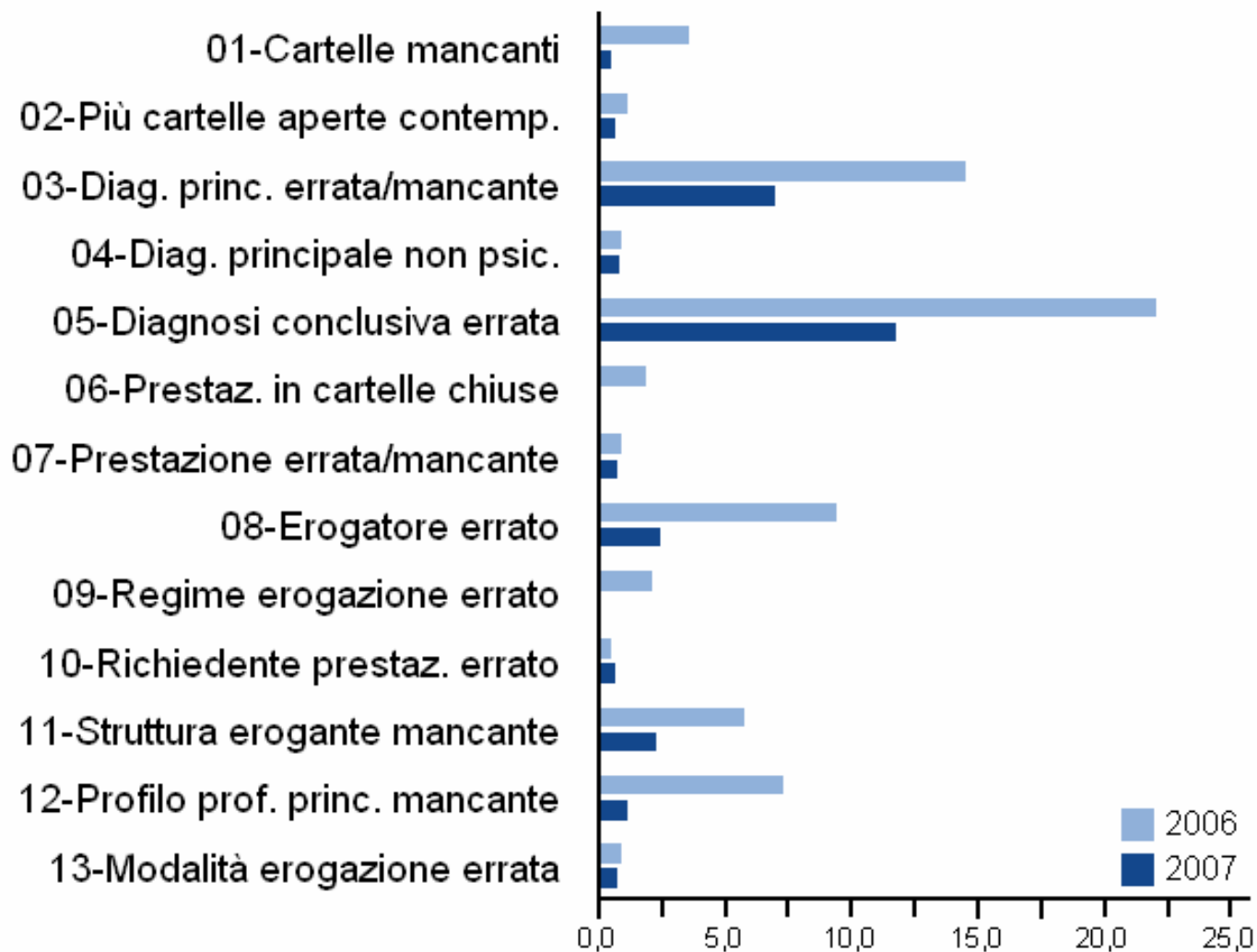
Revisione della normativa

Revisione della normativa regionale sul flusso e stesura del testo unico della disciplina del flusso informativo.

Analisi dei dati

- Realizzazione Rapporto 2006 sul flusso APT.
- Organizzazione e realizzazione Workshop sul Flusso Informativo APT (Verona, 10 maggio 2007).
- Realizzazione Rapporto 2007 “La tutela della Salute Mentale nel Veneto” (disponibile versione preliminare).
- Sperimentazione utilizzo integrato dei flussi informativi regionali.

Indicatori di qualità dei dati. Anni 2006 e 2007



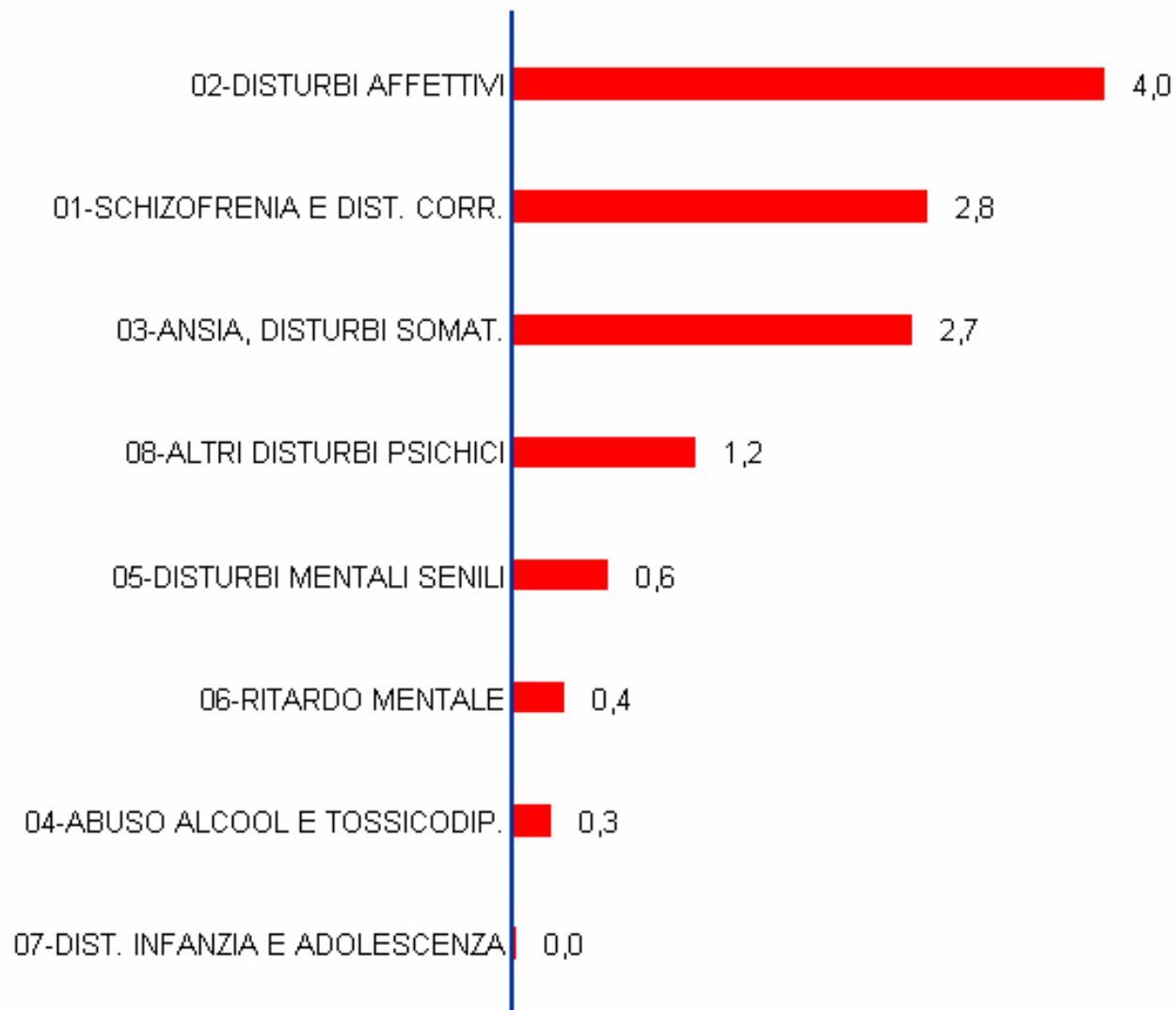
PREVALENZA TRATTATA

Pazienti che hanno ricevuto almeno una prestazione nel periodo di riferimento in rapporto alla popolazione

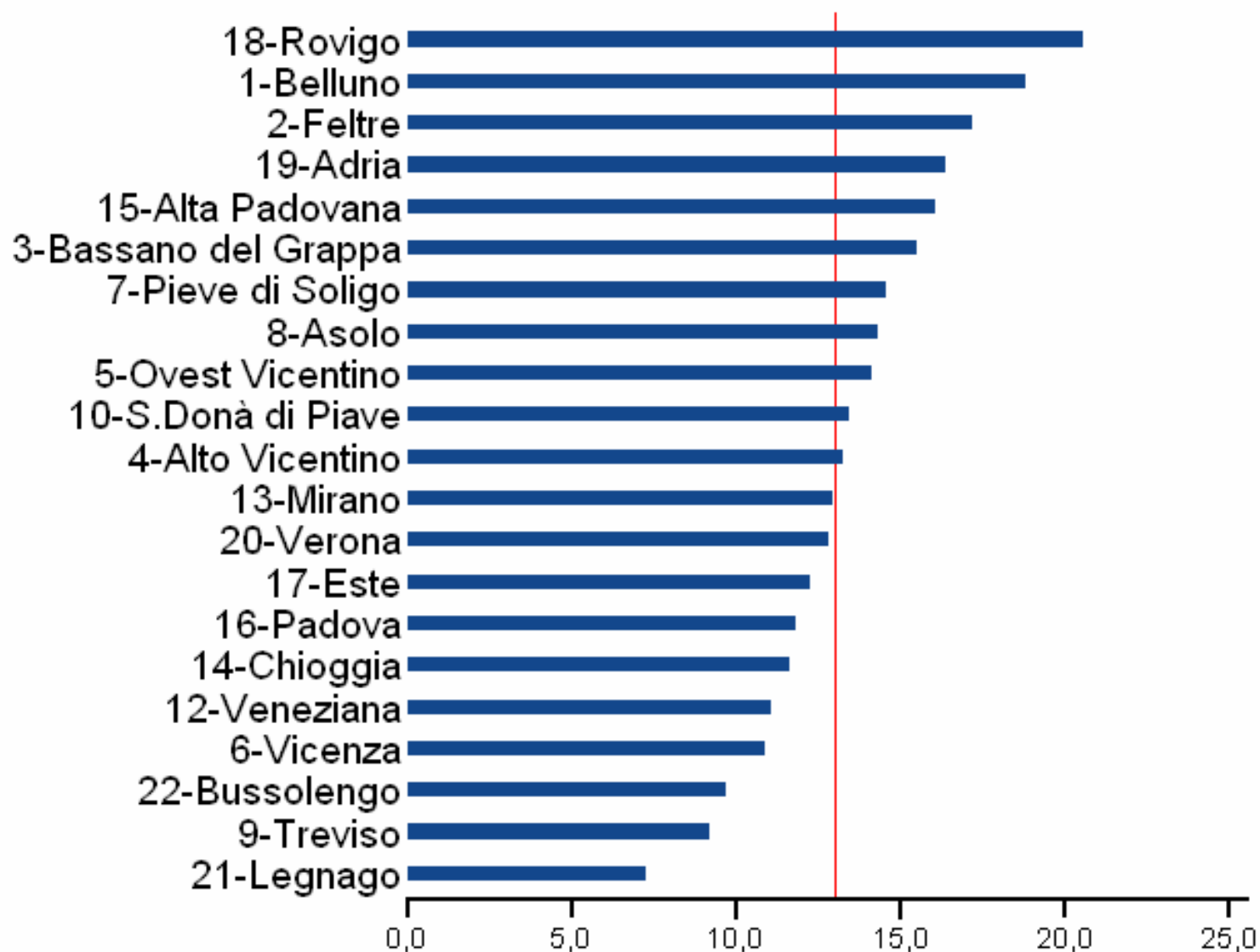
Numero di pazienti e prevalenza trattata per 1.000 abitanti

Femmine		Maschi		Totale	
<i>N</i>	<i>Prev</i>	<i>N</i>	<i>Prev</i>	<i>N</i>	<i>Prev</i>
34.647	14,6	24.845	10,9	59.505	12,8

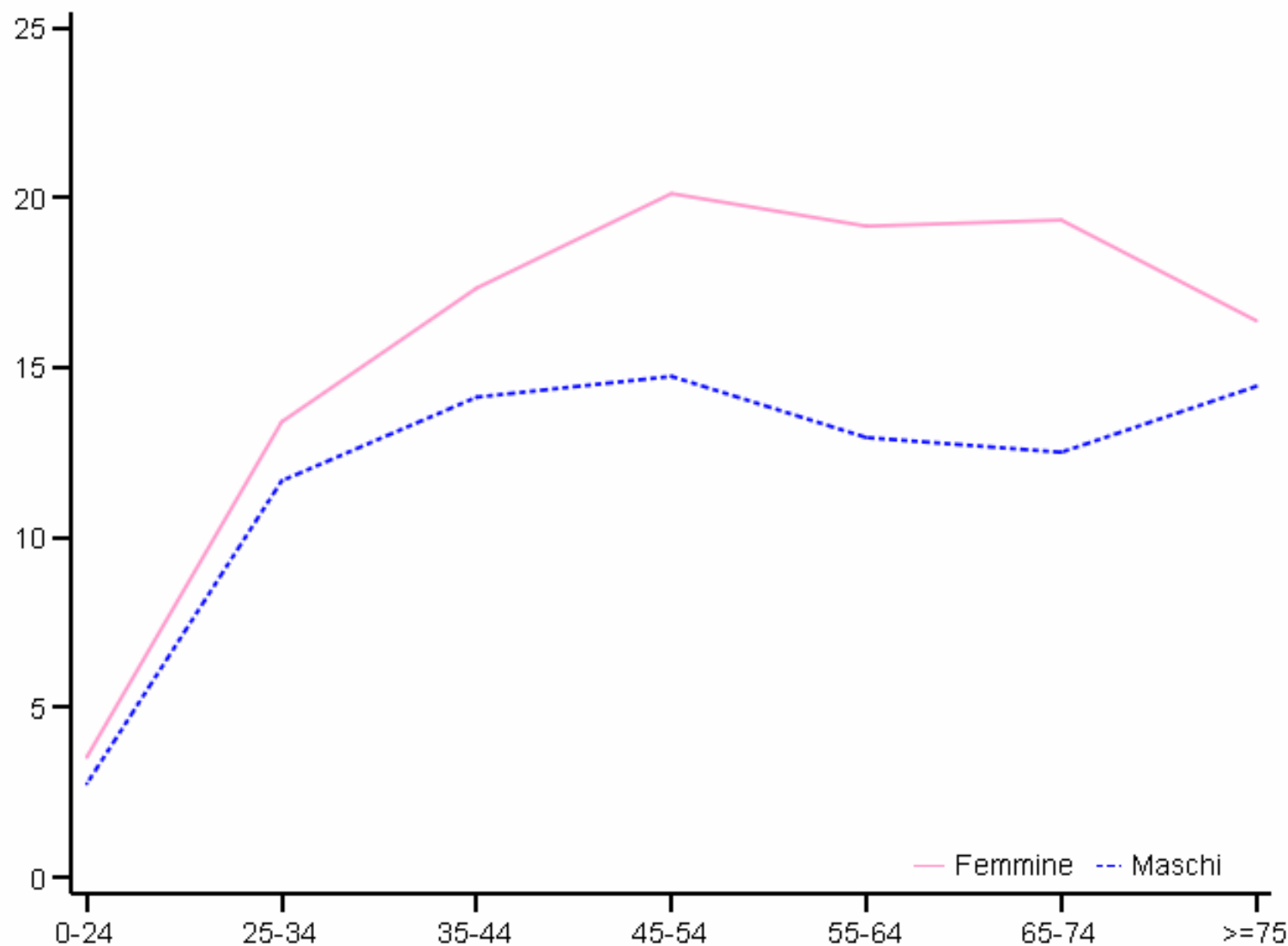
Prevalenza trattata per 1.000 abitanti per gruppi di patologie



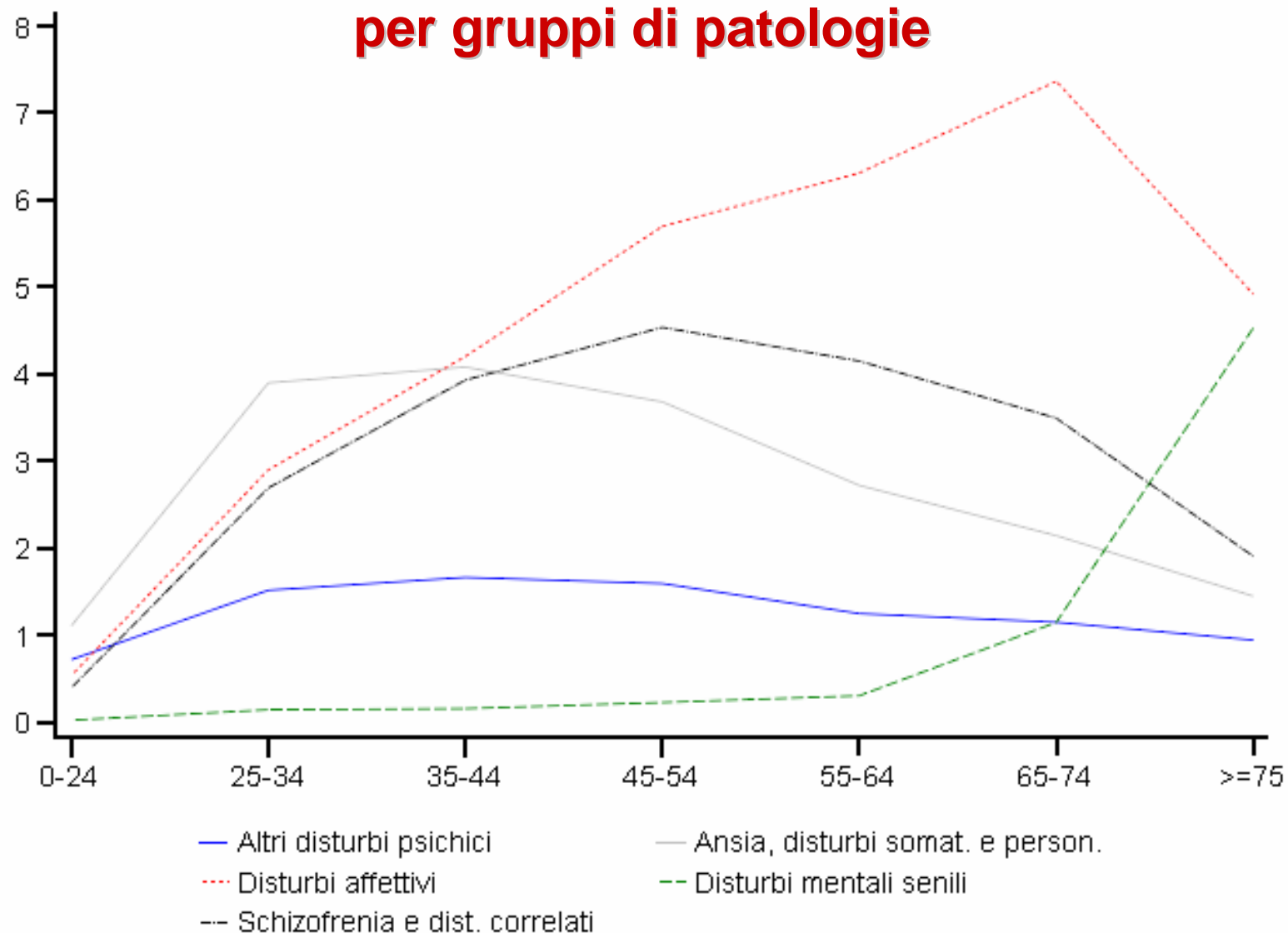
Prevalenza trattata per 1.000 abitanti per Azienda ULSS



Prevalenza trattata per 1.000 abitanti per età e sesso



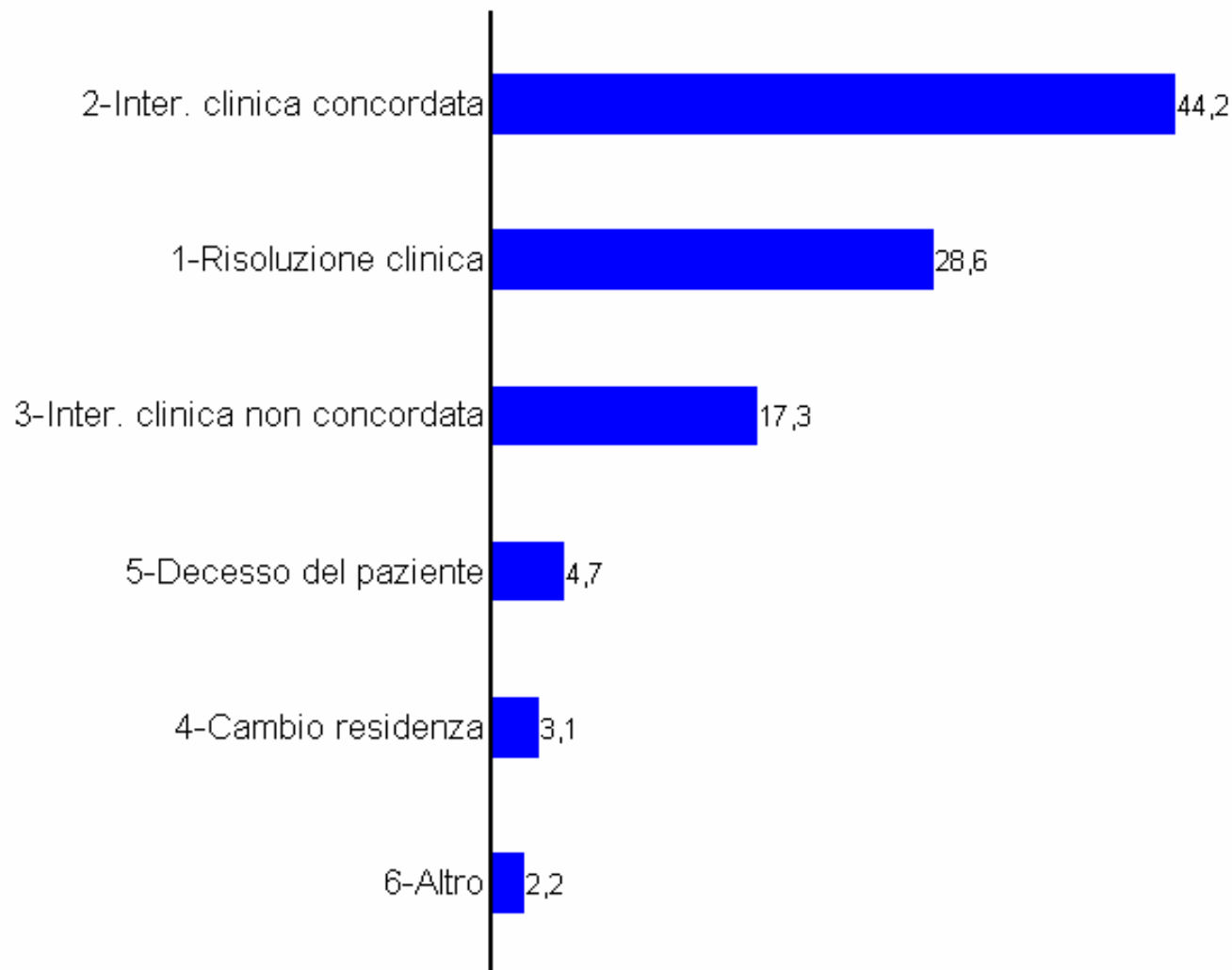
Prevalenza trattata specifica per età per 1.000 abitanti per gruppi di patologie



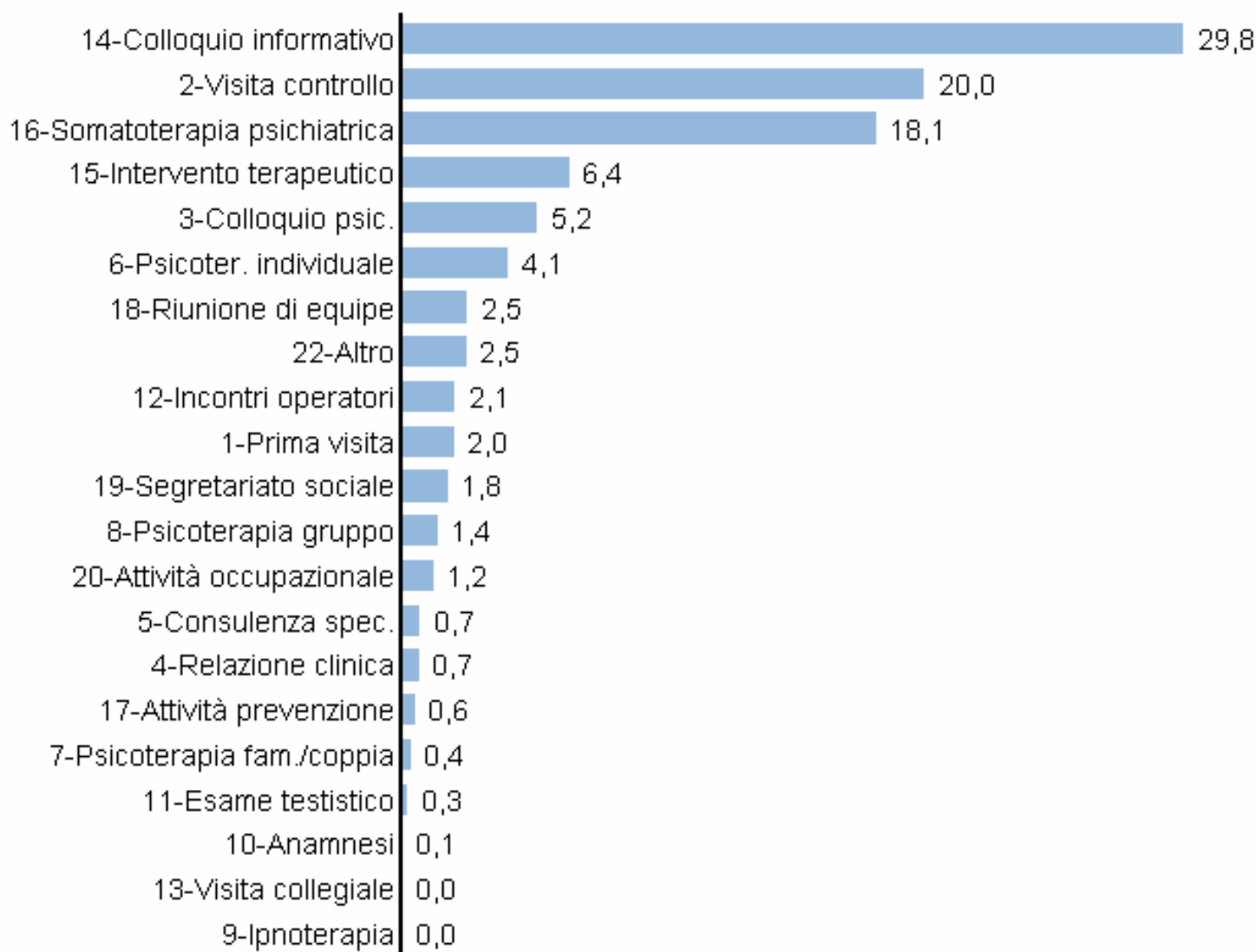
Cartelle attive per richiedente la prima prestazione (%)



Cartelle per modalità di risoluzione del rapporto di cura (%)



Prestazioni erogate dai CSM per tipo (%)



**Integrazione APT-SDO
per la valutazione
della continuità assistenziale
nell'anziano depresso**

Materiali e Metodi

Archivi di riferimento

Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO):
anni 2001-2005 e primo semestre 2006.

Schede Psichiatriche Territoriali:
anno 2006.

Popolazione

Pazienti di 65 anni di età e oltre con diagnosi principale di depressione (codici ICD9-CM 296.2x, 296.3x, 300.4, 309.0, 309.1).

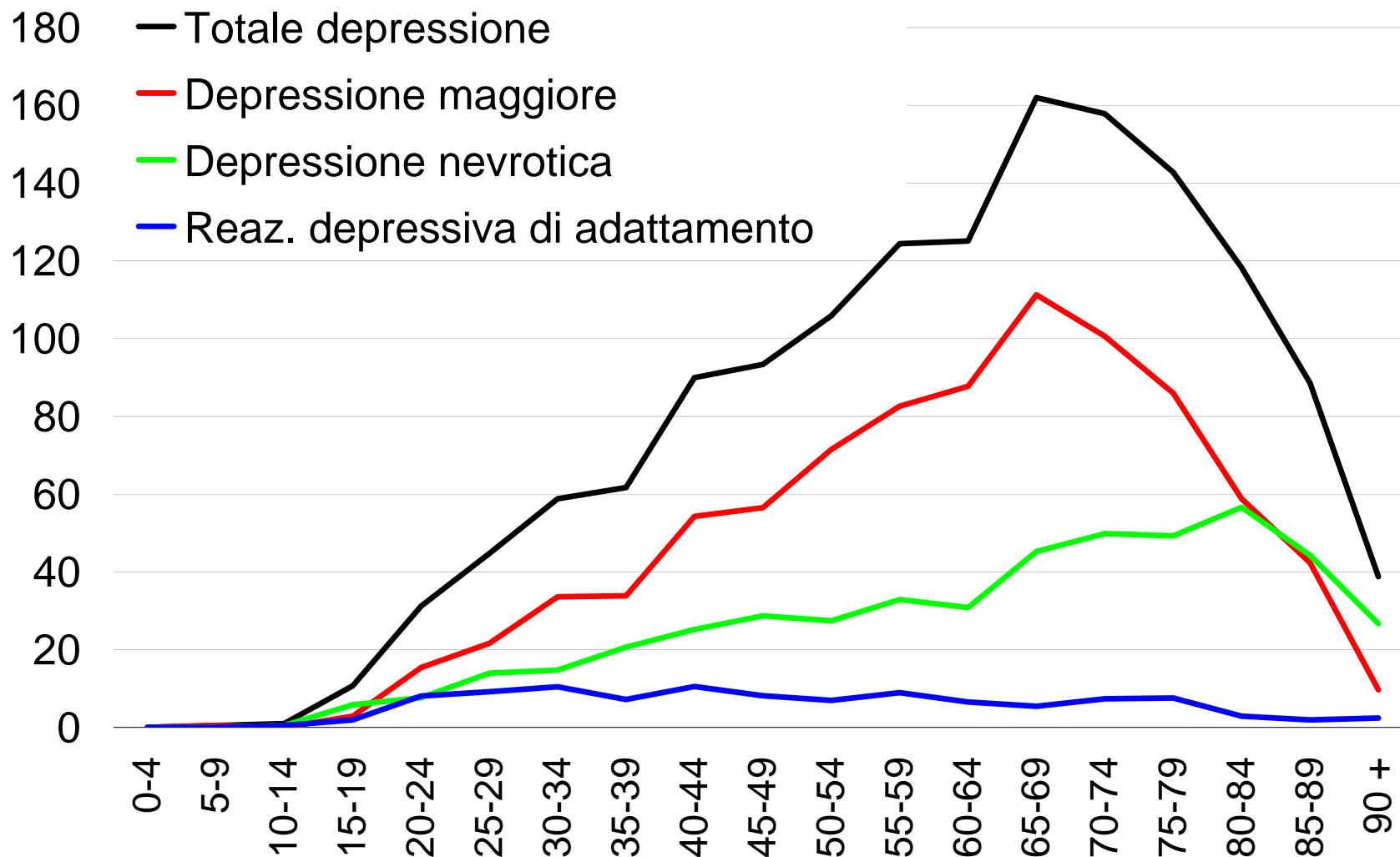
Ricoveri ordinari per depressione
in età >64 anni per specialità di dimissione. Anno 2005

Reparto	Ricoveri		Degenza media
	n.	%	
Psichiatria	692^o	58,1	21,9
Neurologia	193[*]	16,2	23,1
Medicina gen.	160	13,4	10,4
Geriatrics	114	9,6	11,5
Lungodegenza	32	2,7	24,7
Totale	1191	100,0	19,6

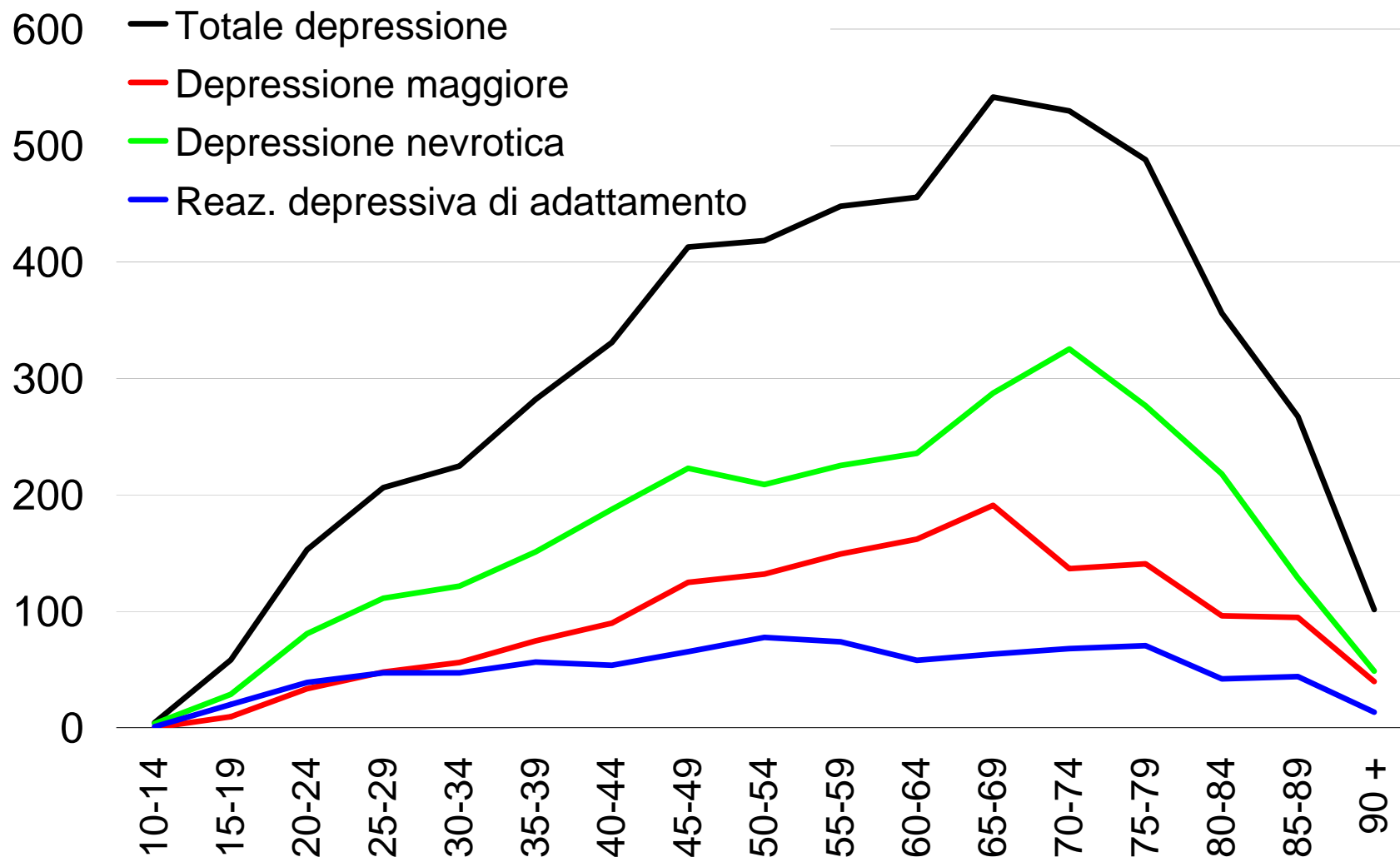
^o di cui 382 in strutture private accreditate.

^{*} di cui 167 in strutture private accreditate.

Tasso di ricovero per depressione per 100.000 abitanti. Anno 2005



Processi di cura in atto presso i DSM per 100.000 abitanti. Anno 2006



“Continuità assistenziale” ospedale-territorio per depressione, I sem. 2006

Contatto con DSM entro **14** gg dalla dimissione

PAZIENTI DIMESSI PER DEPRESSIONE = 19%

Contatto con DSM entro **60** gg dalla dimissione

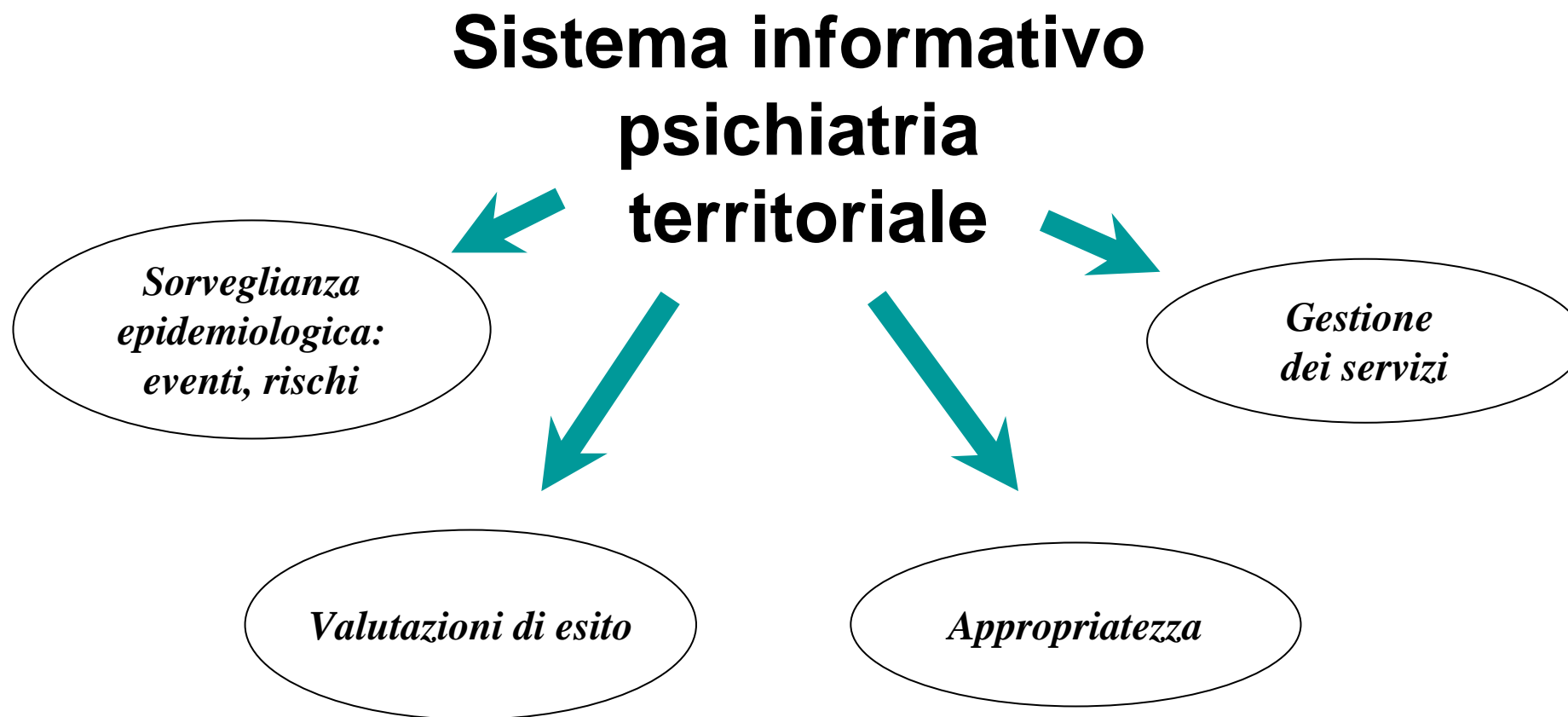
PAZIENTI DIMESSI PER DEPRESSIONE = 31%

Spunti di riflessione

- I dati di fonte ospedaliera rilevano solamente una quota del fenomeno.
- Dai dati relativi alla psichiatria territoriale il numero di soggetti anziani con depressione seguiti dai Centri di Salute Mentale è circa 3 volte quello dei soggetti anziani ricoverati, ma con diverso case-mix.
- La lettura integrata dei dati di ospedalizzazione con quelli relativi al territorio consente di fornire prime indicazioni sulla continuità assistenziale.

CONCLUSIONI

Finalità di utilizzo dei dati



Azioni da sviluppare

- Miglioramento continuo della qualità dei dati dei flussi informativi regionali attraverso la sistematizzazione dei controlli (Portale Intranet) e la restituzione di report periodici alle ULSS.
- Revisione del flusso APT finalizzata a valutare gli esiti e l'appropriatezza dell'assistenza psichiatrica.
- Utilizzo integrato degli archivi regionali finalizzato a sviluppare sistemi di monitoraggio basati su dati correnti.