

Giornata di studio su
Flussi informativi e tutela della Salute Mentale
Castelfranco Veneto, 3 novembre 2008

La rete dei flussi informativi regionali per la tutela della salute mentale

Paolo Spolaore

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

Sommario

- Scenario.
- La rete dei flussi informativi correnti regionali.
- Cenni su potenzialità e limiti dei singoli flussi con esempi di utilizzo.
- Esempio di utilizzo integrato di flussi.
- Conclusioni.

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

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.

Sistemi informativi: Criticità

“La tutela della salute del singolo e dell’intera **popolazione** sono due facce della stessa medaglia.

Oggi i **sistemi informativi sanitari** di popolazione non sono in grado di misurarsi con i bisogni di **sorveglianza sanitaria**.

In un mondo che sta cambiando in fretta, interventi efficaci di sanità pubblica richiedono **informazioni valide e tempestive** su ciò che sta avvenendo nell’**intera popolazione**.”

Douglas, RM – MJA 2001; 174: 241-243.

Sistemi informativi: Opportunità

Information technology



Flussi informativi correnti

- Assistenza psichiatrica territoriale (APT)
- Registro delle cause di morte
- Ricoveri ospedalieri (SDO)
- Pronto soccorso
- Prescrizioni farmaceutiche
- Esenzioni per patologia
- Specialistica ambulatoriale e altri...

Flussi informativi correnti

Vantaggi

- Grandi numeri
- Copertura di popolazione
- Continuità
- Standardizzazione
- Possibilità di link individuali
- Basso costo
- Facilmente elaborabili

Limiti

- Prestazioni non coperte dal Sistema Informativo
- Sottogruppi di popolazione non presenti
- Assenza o carenza di informazioni cliniche
- Qualità dei dati
- Possibili distorsioni da comportamenti opportunistici o da vincoli strutturali

Flussi informativi correnti

- Assistenza psichiatrica territoriale (APT)
- **Registro delle cause di morte**
- Ricoveri ospedalieri (SDO)
- Pronto soccorso
- Prescrizioni farmaceutiche
- Esenzioni per patologia
- Specialistica ambulatoriale e altri...

Registro di mortalità del Veneto

Flusso storicamente consolidato:

- Fino a pochi anni fa l'unico flusso in grado di fornire **dati individuali** a livello di popolazione.
- Unico flusso sistematico con predefinite finalità **epidemiologiche**.
- Copertura di popolazione: **completa**.
- **Continuità** storica.
- Metodologia **standardizzata**.

La scheda di morte - Compilazione

- Selezione della **causa iniziale di morte** secondo regole internazionali.
- Sistemi di codifica delle cause di morte:
 - **ICD-9** dal 1996 al 2007
 - **ICD-10** dal 2007.
- Codifica delle cause esterne **Codici E** (ICD-9):
 - Descrivono la **modalità di accadimento** del trauma/avvelenamento.
 - **Campo aggiuntivo** da utilizzare solamente insieme ai codici di causa di morte violenta.

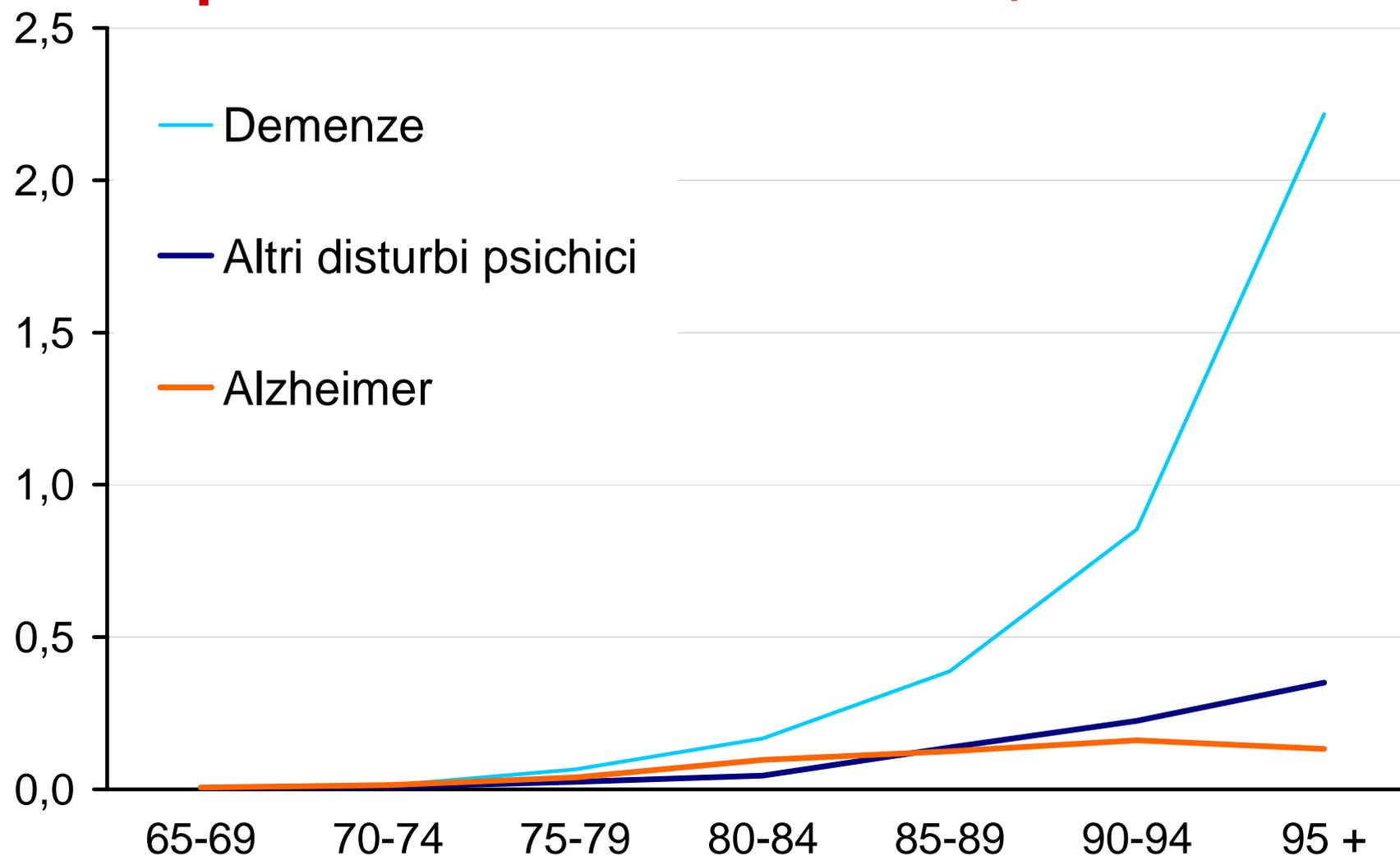
Passaggio da ICD-9 a ICD-10

- **Selezione** della causa iniziale di morte.
ICD-10 privilegia le condizioni morbose sottostanti (es. **demenza**) rispetto alle malattie acute, per cui è atteso un aumento della mortalità per “Disturbi psichici”.
- **Codifica** delle cause di morte.
Nell’ICD-10 la classificazione delle demenze è più aderente a criteri clinici.

Decessi % per settore nosologico. Veneto, 2006.

	Totale		Maschi		Femmine	
	%	rango	%	rango	%	rango
Circolatorio	38,5	I	33,7	II	43,2	I
Neoplasie	32,4	II	37,8	I	27,3	II
Respiratorio	7,6	III	7,9	III	7,3	III
Digerente	4,5	IV	4,4	V	4,7	V
Traumi/avvelenamenti	4,1	V	5,2	IV	2,9	VI
Disturbi psichici	3,6	VI	2,2	VIII	4,9	IV
di cui: Demenza	3,3		1,9		4,7	
Sistema nervoso	2,8	VII	2,6	VI	3,0	VII
di cui: Alzheimer	1,0		0,8		1,1	
Altre cause	9,3		8,8		9,7	
Totale	100,0		100,0		100,0	
Decessi	41.544		20.353		21.191	

Tassi di mortalità per 1.000 abitanti per età e causa. Veneto, 2006.



Mortalità standardizzata (Veneto 1996) per 100.000 abitanti per cause croniche

	Maschi		Femmine	
	1996	2006	1996	2006
Mal. sist. circolatorio	360	240	410	290
Neoplasie	350	280	240	210
Demenza o Alzheimer	12	18	20	37
Broncopn. cronica	34	21	20	13
Diabete mellito	13	16	22	19
Cirrosi epatica	28	18	18	11
Malattie renali	12	8	13	8

Suicidi nel Veneto

Criteri di selezione:

- Residenza in Veneto
- Causa di morte violenta
(cod. ICD-9 800-999)
- Avvenuti per suicidio o autolesione
(codici E950-E959).

Suicidi nel Veneto

Frequenza per sesso e per età:

- Circa 330 suicidi all'anno, 1 ogni 100 decessi
- Età media al decesso: 52 anni
- 76% sono uomini
- 1 decesso per suicidio ogni 10 decessi in età da 20 a 39 anni.

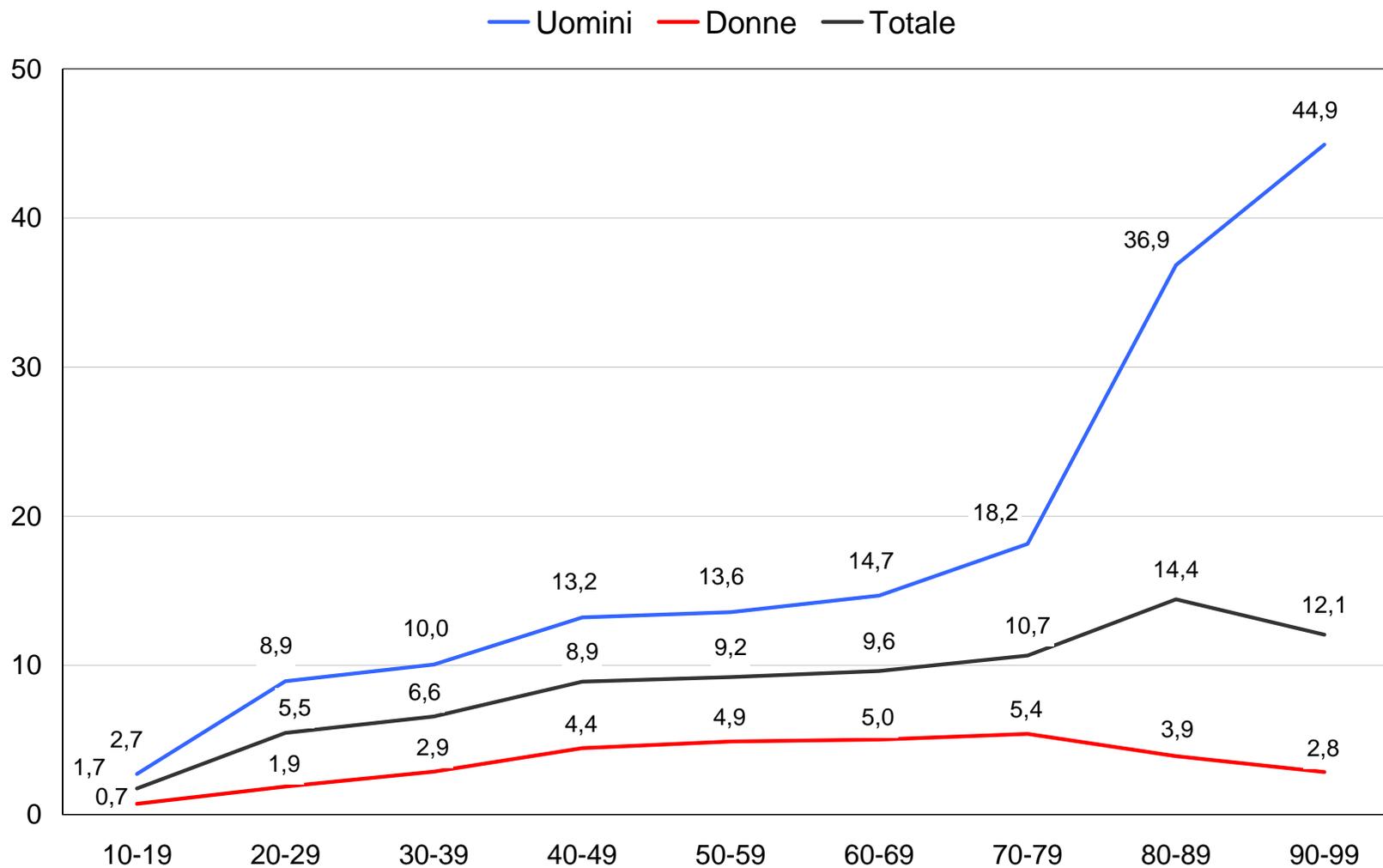
Tasso per 100.000 abitanti:

- 8,0 nel 1999 e 7,6 nel 2007
- Periodo 1999-2007: 12,3 per gli uomini
3,7 per le donne.

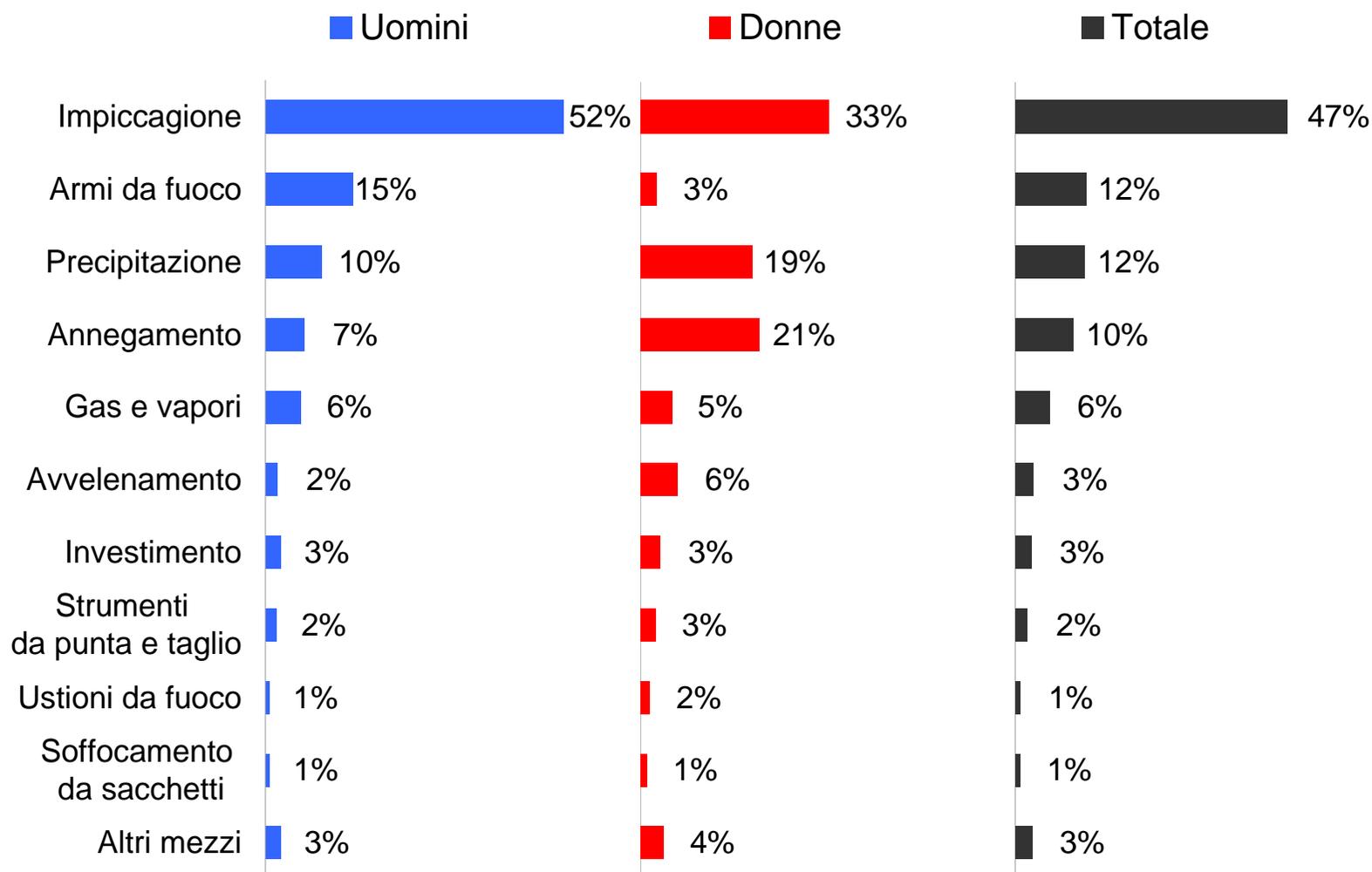
Suicidi per 100.000 abitanti per regione e per sesso. Istat, 2003.

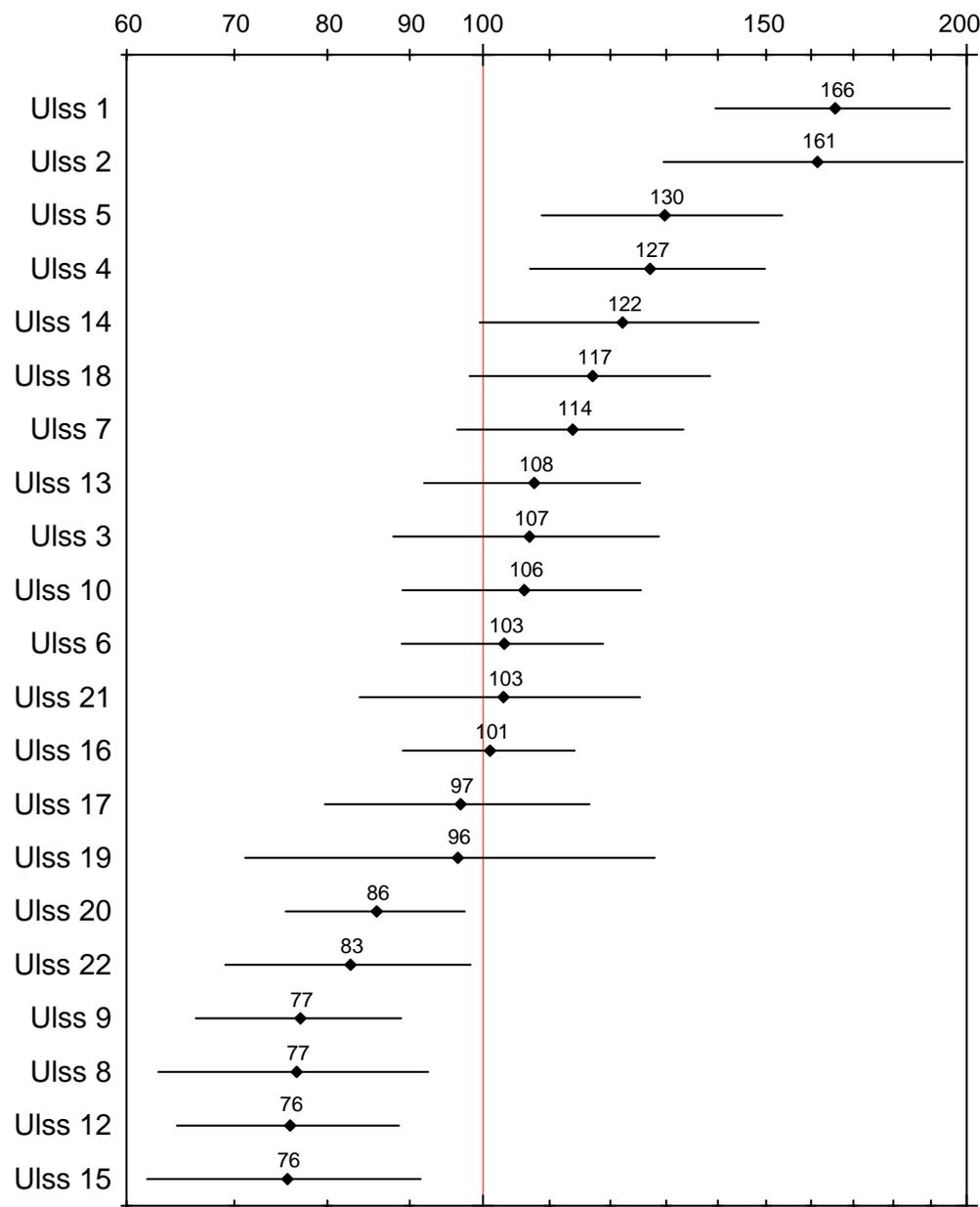
Ripartizione	Uomini	Donne	Totale
Nord-Orientale	14,1	4,9	9,3
Veneto	11,2	3,8	7,4
Trentino - Alto Adige	18,2	4,8	11,3
Friuli - Venezia Giulia	13,9	5,2	9,4
Emilia - Romagna	16,6	5,9	11,1
Nord-Occidentale	12,7	4,2	8,2
Centro	11,6	3,7	7,4
Meridione	8,8	2,3	5,5
Isole	14,4	3,0	8,5
ITALIA	12,0	3,6	7,7

Suicidi per 100.000 abitanti per età e sesso. Veneto, anni 1999-2007.



Suicidi per modalità di attuazione (%) Veneto, anni 1999-2007





Suicidi osservati
per Azienda ULSS
ogni 100 casi previsti
in base alla mortalità
regionale specifica
per età (SMR).

Veneto, 1999-2007

Flussi informativi correnti

- Assistenza psichiatrica territoriale (APT)
- Registro delle cause di morte
- **Ricoveri ospedalieri (SDO)**
- Pronto soccorso
- Prescrizioni farmaceutiche
- Esenzioni per patologia
- Specialistica ambulatoriale e altri...

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Istituita come strumento di “supporto ai processi di valutazione, programmazione, **gestione** e controllo delle attività ospedaliere, nonché quale rilevazione sistematica di **carattere epidemiologico**” (D.M. 28.12.1991).

Flusso storicamente consolidato:

- **Dati individuali.**
- **Continuità** storica.
- Metodologia **standardizzata.**

Informazioni nella SDO

- Informazioni anagrafiche
- Modalità di ricovero: *urgente, program., TSO*
- Regime di ricovero: *ordinario, diurno*
- **Diagnosi principale di dimissione**
- Eventuali diagnosi secondarie
- Interventi
- Reparti di degenza
- Durata della degenza
- Modalità di dimissione

Selezione della diagnosi principale di dimissione

È la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento o di indagini diagnostiche.

Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata quella che è risultata essere **responsabile dell'impiego maggiore di risorse.**

Codifica della diagnosi principale di dimissione

“Classificazione Internazionale delle Malattie - Modificazione Clinica” (ICD-9-CM), versione 2002 introdotta dal 1 gennaio 2006.

Il codice utilizzato deve essere a 5 caratteri in tutti i casi per i quali la **ICD-9-CM** lo preveda.

Nella versione 2002 non vi sono grandi modifiche ai codici del capitolo “Disturbi psichici”.

Classificazione dei pazienti

Criterio di **assorbimento di risorse**:

- Diagnosis Related Groups (DRG)
- All Patients Refined DRGs (APR-DRG).

Criterio **clinico-epidemiologico**:

- Aggregati Clinici di Codici (ACC)

Diagnosis Related Groups (DRG)

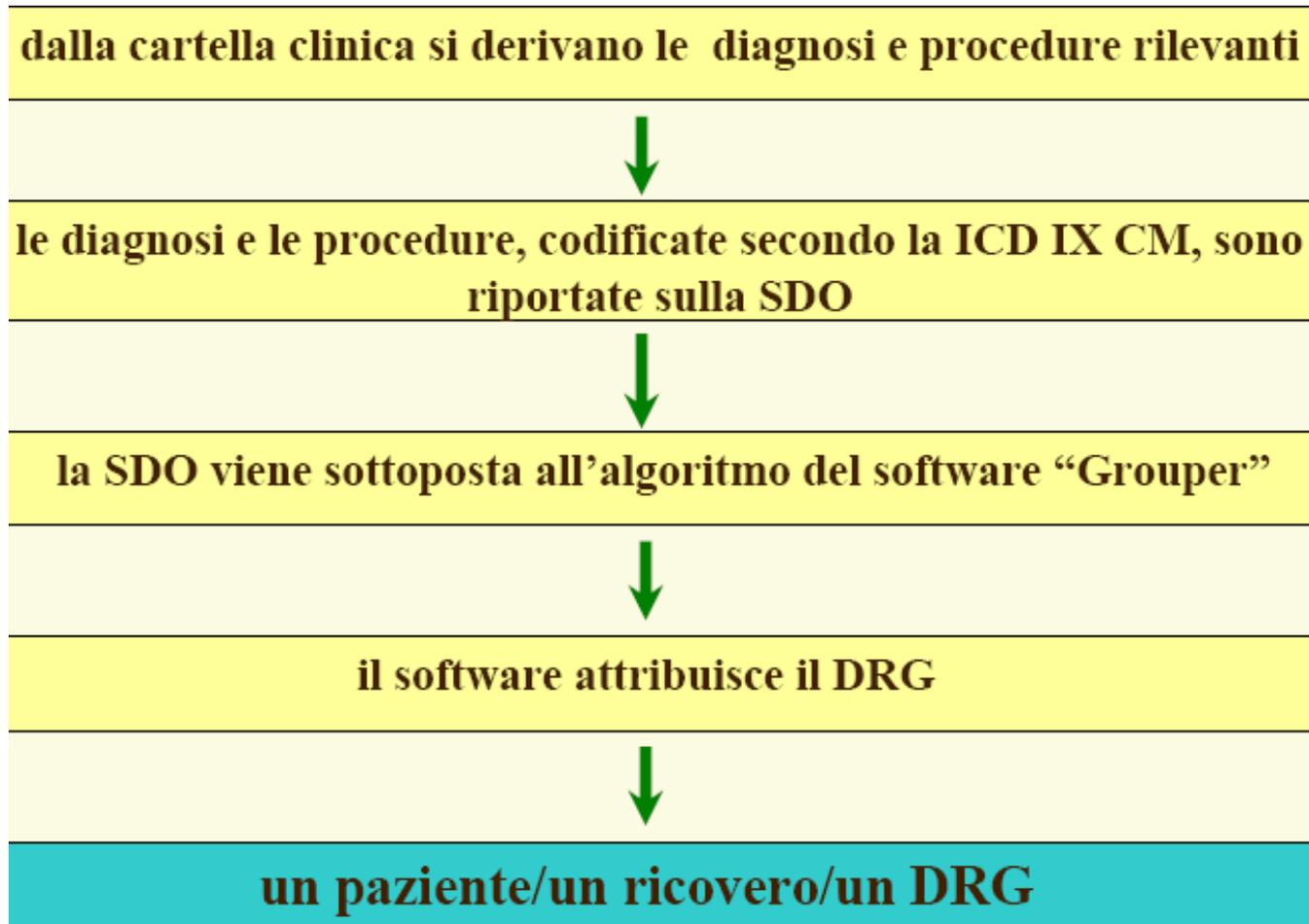
I DRG classificano i dimessi dagli istituti di ricovero per acuti in gruppi significativi dal punto di vista clinico ed omogenei al loro interno in relazione alla quantità di risorse assistenziali consumate durante il ricovero e quindi ai **costi sostenuti**.

Utilizzo dei DRG:

- Valutare la performance degli ospedali.
- Remunerazione prospettica in base a tariffe predefinite.

A partire dal 2006 è stata adottata la nuova versione 19 del grouper.

Attribuzione del ricovero al DRG



DRG nella MDC 19 "Disturbi psichici"

- 424 C Interventi chirurgici con diagnosi principale di malattia mentale
- 425 M Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale
- 426 M Nevrosi depressive
- 427 M Nevrosi eccetto nevrosi depressive
- 428 M Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi
- 429 M Disturbi organici e ritardo mentale
- 430 M Psicosi
- 431 M Disturbi mentali dell'infanzia
- 432 M Altre diagnosi relative a disturbi mentali

DRG nella MDC 20 "Abuso di alcol e farmaci e disturbi mentali organici indotti"

Versione 14 del grouper:

- 433 M Abuso/dip. da alcool/farmaci, dimesso contro il parere
- 434 M Abuso/dip. da alcool/farmaci, disintossicazione o altro trattamento sintomatico, con complicanze
- 435 M Abuso/dip. da alcool/farmaci, disintossicazione o altro trattamento sintomatico, senza complicanze
- 436 M Dip. da alcool/farmaci con terapia riabilitativa
- 437 M Dip. da alcool/farmaci, terapia riabilitativa e disintossicante

Versione 19 del grouper:

- 433 M Abuso/dip. da alcool/farmaci dimesso contro parere
- 521 M Abuso/dip. da alcool/farmaci con complicanze
- 522 M Abuso/dip. da alcool/farmaci con terapia riabilit. senza complic.
- 523 M Abuso/dip. da alcool/farmaci senza terapia riabilit. senza complic.

Criticità dei DRG

- Qualità della codifica SDO, possibili comportamenti opportunistici.
- Limiti di codifica ICD-9-CM per le diagnosi.
- Non considerano la gravità clinica.
- Noti limiti specifici per la psichiatria: scarsa validità della Dx di dimissione nel predire il consumo di risorse.

Aggregati clinici di codici (ACC)

- Sviluppati a partire dal 1993 dall'Agenzia Federale Sanitaria statunitense.
- Tradotti in italiano dall'ISTAT (versione 2000).
- Raggruppano i codici **ICD-9-CM** della diagnosi principale in un set ristretto di classi omogenee dal punto di vista **clinico ed epidemiologico**.



**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 in “L’ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici – Anni 1999-2002” (ISTAT, 2006).

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 Veneto, 2000 e 2006

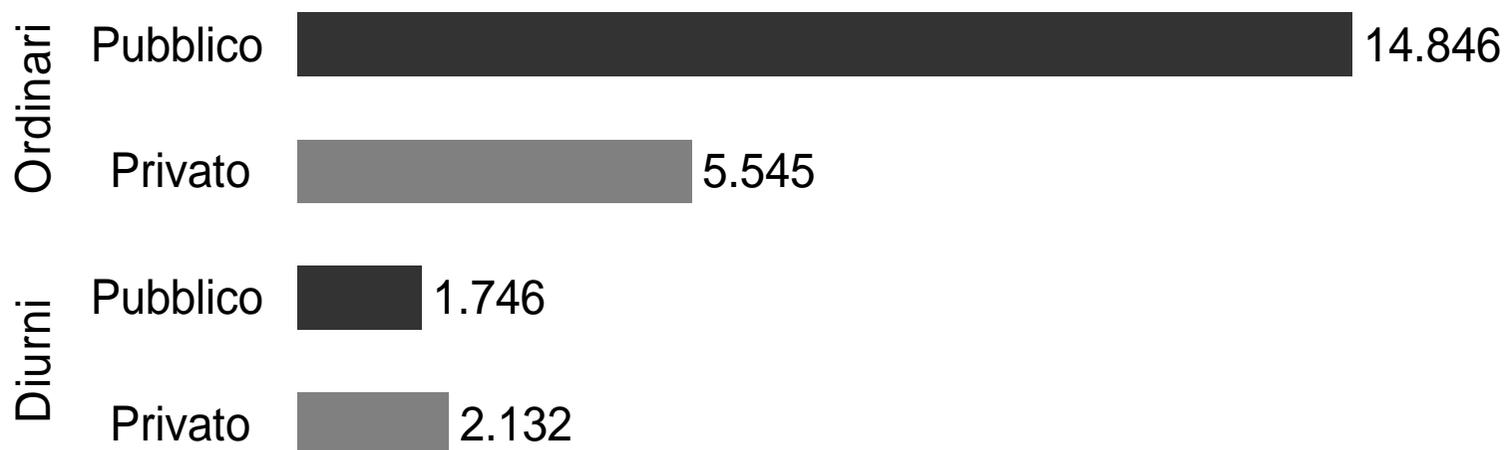
Anno	Disturbi psichici	Totale ricoveri
2000	27.633	901.111
2006	22.604	831.132
<i>Variazione per anno</i>	-3,0%	-1,3%

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%

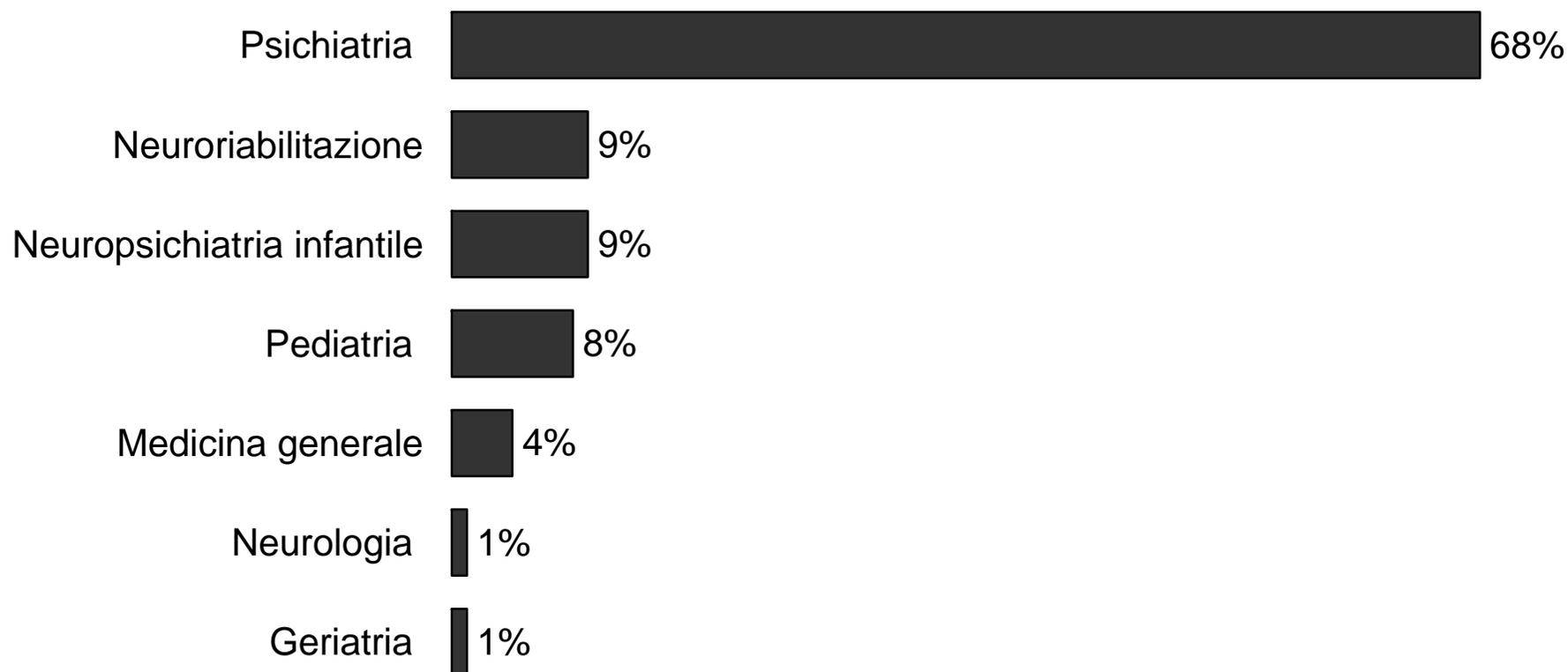
Tasso di ospedalizzazione nel 2006 per disturbi psichici : 4,8 per 1.000 residenti

Ricoveri per tipo di struttura e tipo di ricovero Veneto, 2006



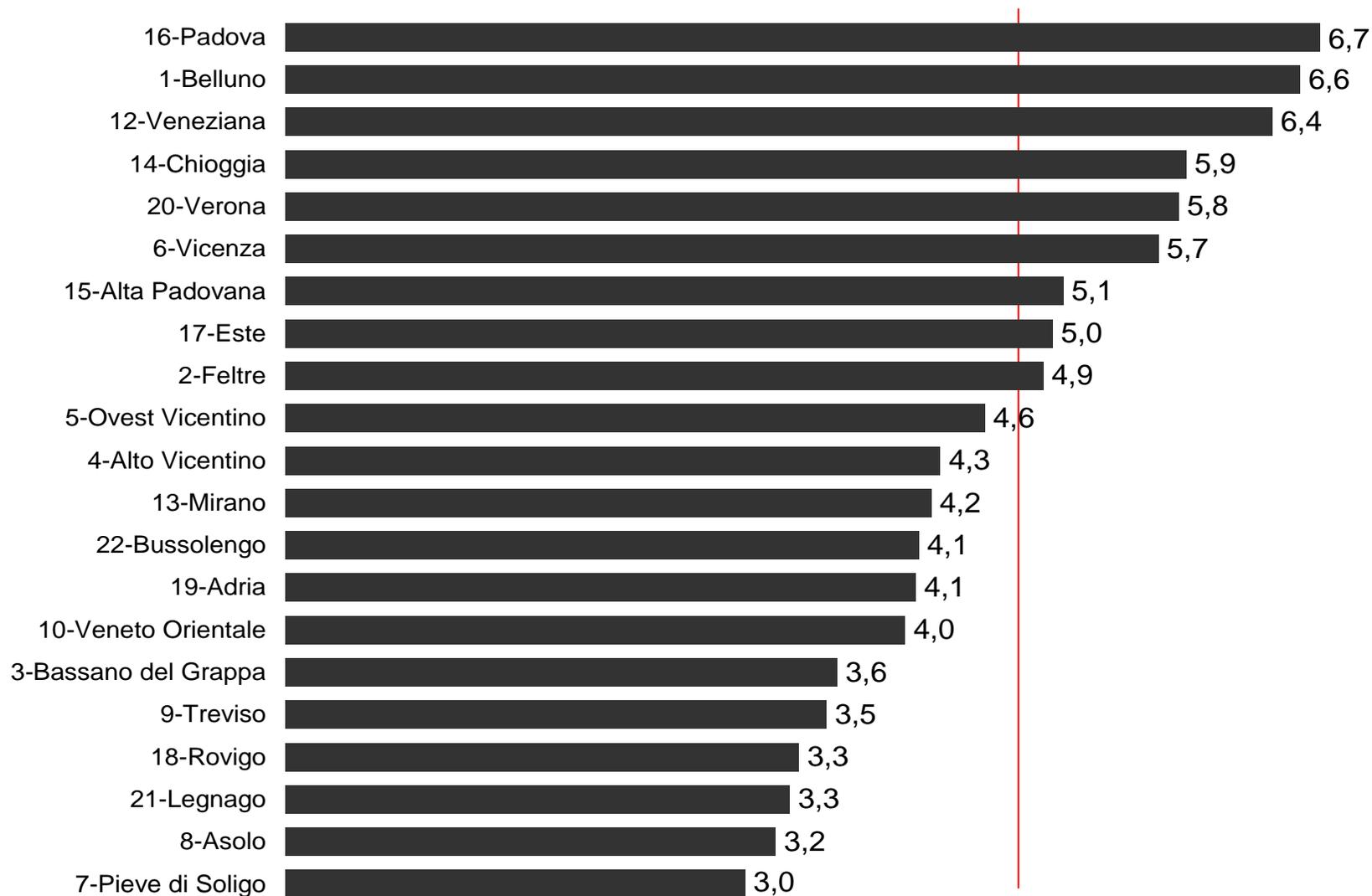
(esclusi 492 ricoveri in IRCCS e Istituti privati qualif. presidi ULSS)

Ricoveri per reparto di dimissione (%) Veneto, 2006

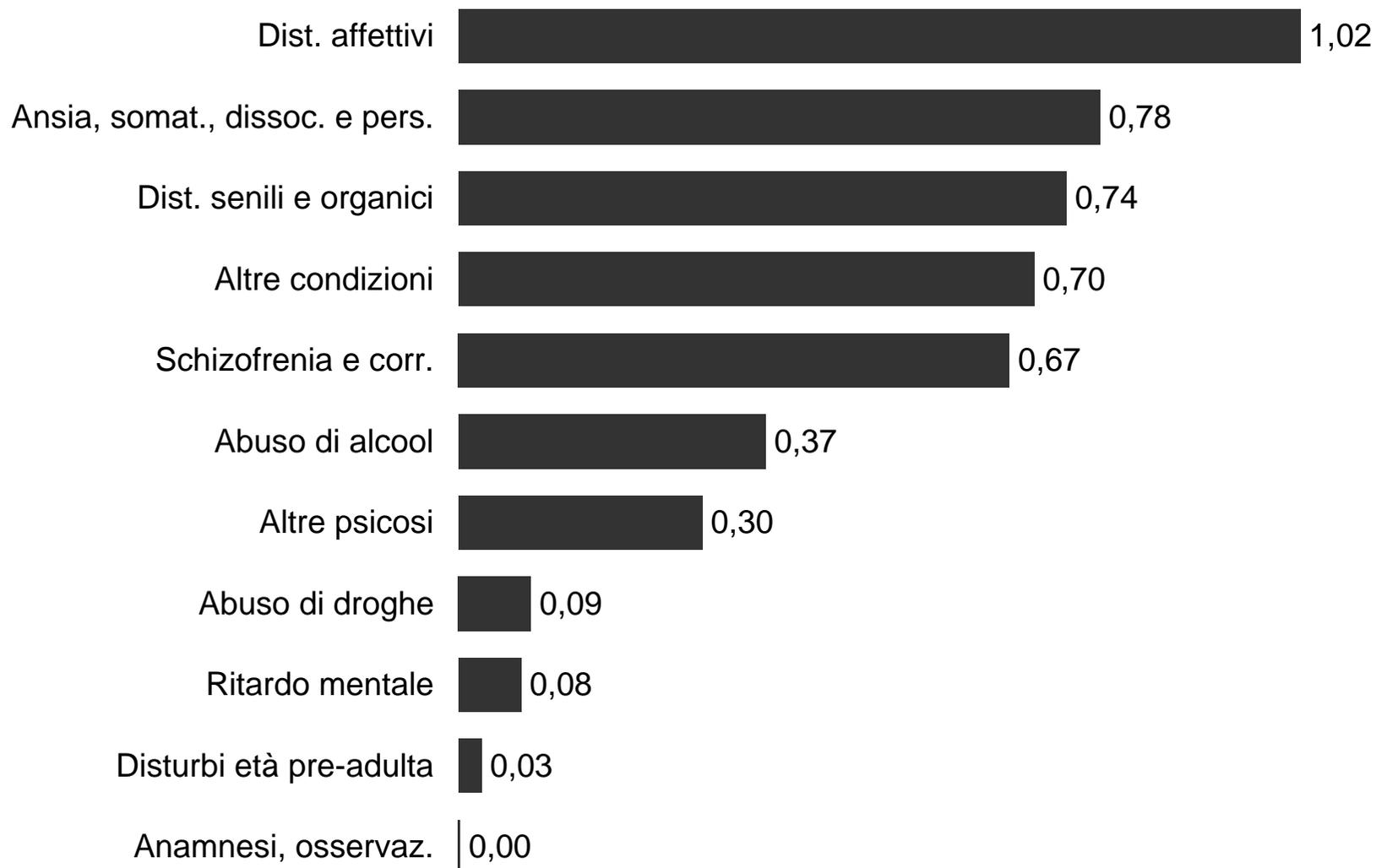


Tassi di ospedalizzazione per 1.000 abitanti

per disturbi psichici per Azienda ULSS di residenza. Veneto, 2006.

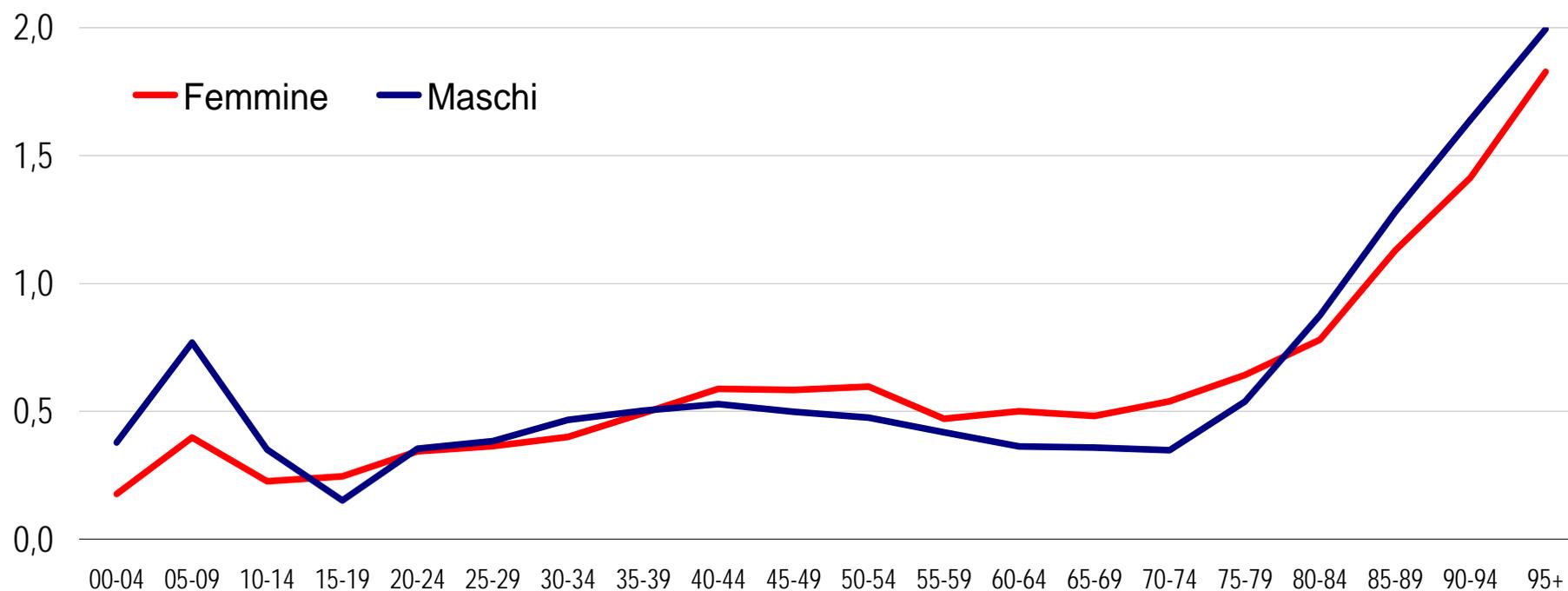


Tassi di ospedalizzazione per 1.000 abitanti per disturbi psichici per ACC. Veneto, 2006.



Tassi di ospedalizzazione per 1.000 abitanti

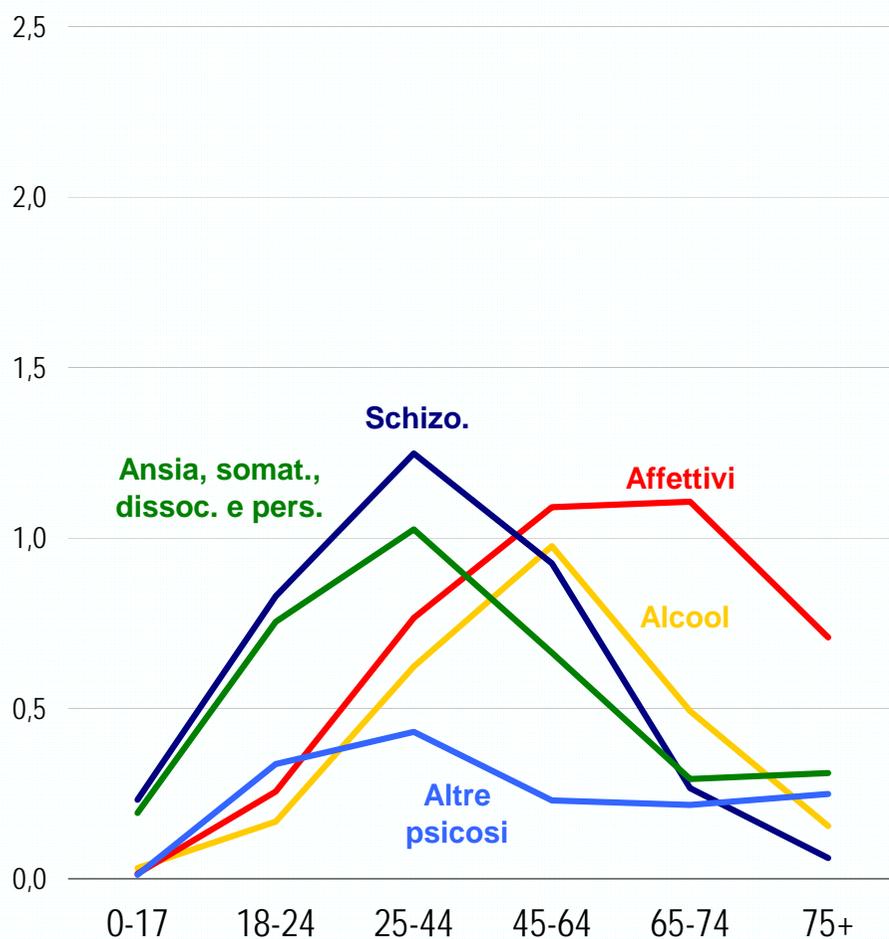
per disturbi psichici per classe di età e sesso. Veneto, 2006.



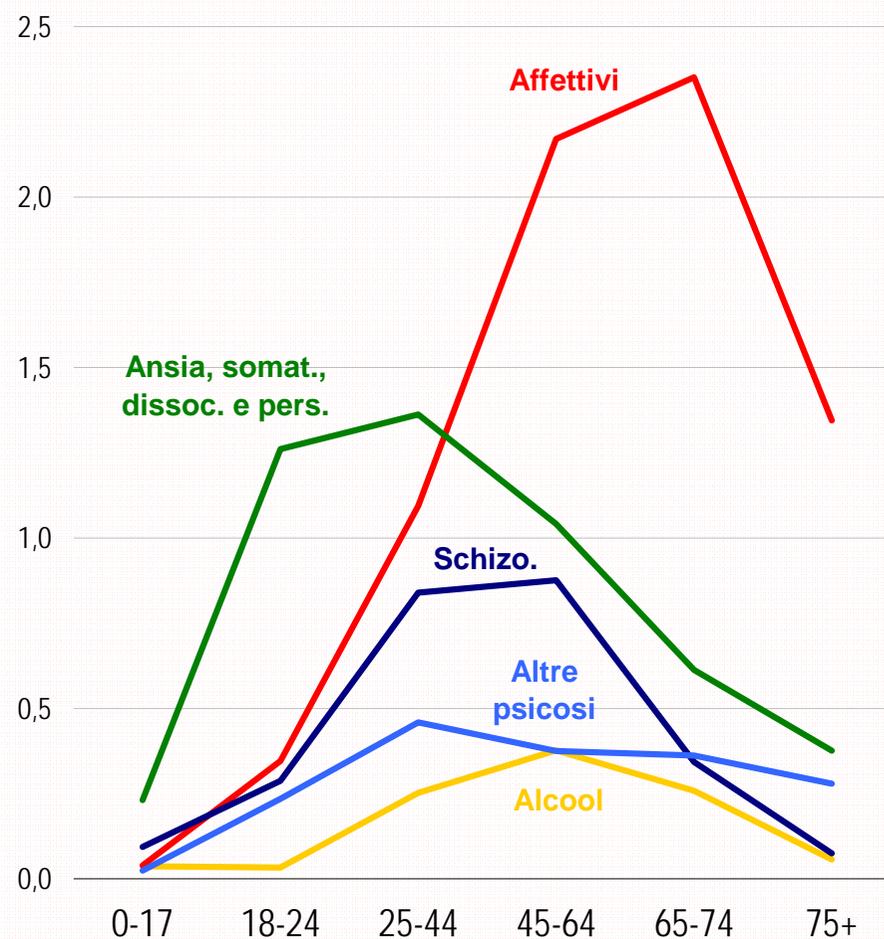
Tassi di ospedalizzazione per 1.000 abitanti

per disturbi psichici per età e ACC. Anno 2006.

Maschi



Femmine



Flussi informativi correnti

- Assistenza psichiatrica territoriale (APT)
- Registro delle cause di morte
- Ricoveri ospedalieri (SDO)
- **Pronto soccorso**
- Prescrizioni farmaceutiche
- Esenzioni per patologia
- Specialistica ambulatoriale e altri...



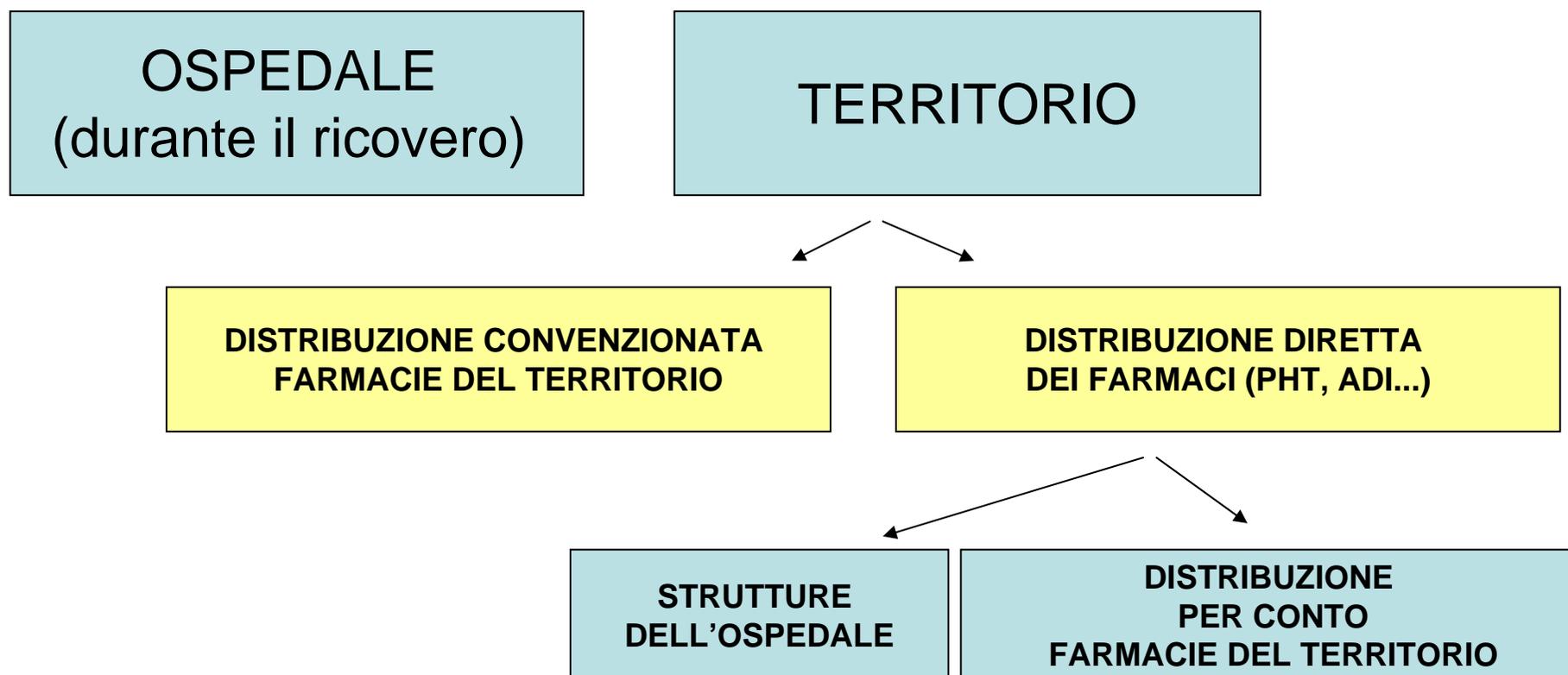
Flusso del Pronto Soccorso

- Rilevazione sistematica degli accessi in PS.
- Istituito con nota regionale n. 328027, 8/6/2007.
- Attivo dal 1 luglio 2007.
- Contiene:
 - dati demografici: età, sesso, residenza, ecc.
 - dati clinici: diagnosi, triage, causa dell'evento (**incidente/autolesionismo**), sintomi, motivo dell'accesso, ecc.
- Parziale implementazione in alcune ULSS.

Flussi informativi correnti

- Assistenza psichiatrica territoriale (APT)
- Registro delle cause di morte
- Ricoveri ospedalieri (SDO)
- Pronto soccorso
- **Prescrizioni farmaceutiche**
- Esenzioni per patologia
- Specialistica ambulatoriale e altri...

Distribuzione dei farmaci



Flussi che rilevano i farmaci erogati

Farmaceutica ospedaliera

Farmaci erogati durante il ricovero
(dati non nominativi)

Farmaceutica territoriale

Farmaci prescritti con ricetta ed erogati
dalle farmacie del territorio.
Farmaci in PHT erogati in DPC.
Dati nominativi, rilevati a livello aziendale.

Farmaci erogati in
distribuzione diretta

Farmaci erogati
in dimissione ospedaliera
e diretta propriamente detta
(PHT, ADI, residenziali o semiresidenziali)

Informazioni flusso farmaceutica territ.

Prescrittore

Firma

Timbro con codice

Prestazione

Farmaco

Quantità

Assistito

Codice fiscale

Provincia di residenza

ASL di residenza

Flusso farmaceutica territoriale

- Il trattamento farmacologico per malattie mentali è spesso cronico.
- Farmaci considerati traccianti di patologia.
- La rilevazione delle prescrizioni farmaceutiche (lettura ricette) tramite il sistema ATC consente di individuare popolazioni da seguire nel tempo.
- Esempio:
 - N05A antipsicotici
 - N05B ansiolitici
 - N05C ipnotici e sedativi
 - N06A antidepressivi

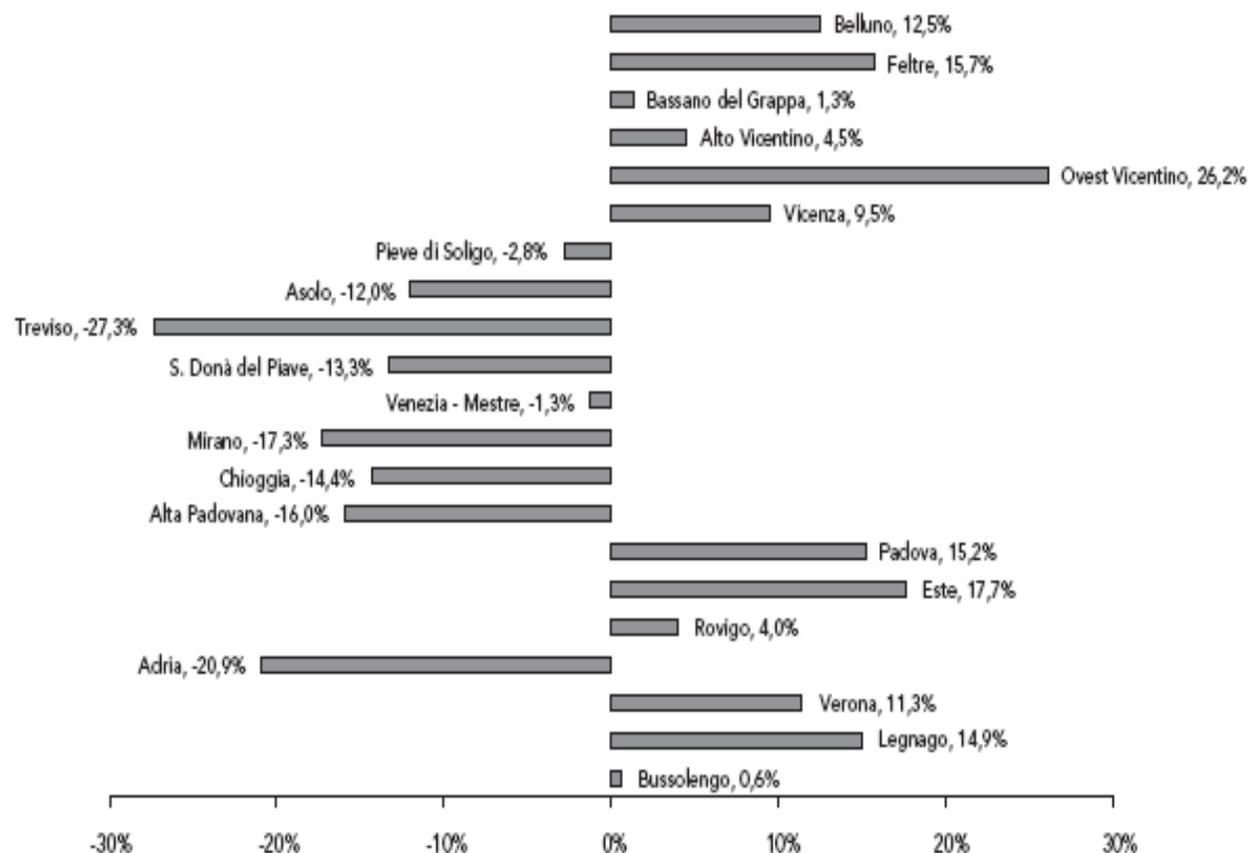
Esempio di utilizzo dei dati della farmaceutica territoriale



Esempio di utilizzo dei dati della farmaceutica territoriale

DDD 1.000 ABITANTI DIE ANTIDEPRESSIVI - ANNO 2007

% scostamento dalla media regionale



Flussi informativi correnti

- Assistenza psichiatrica territoriale (APT)
- Registro delle cause di morte
- Ricoveri ospedalieri (SDO)
- Pronto soccorso
- Prescrizioni farmaceutiche
- **Esenzioni per patologia**
- Specialistica ambulatoriale e altri...

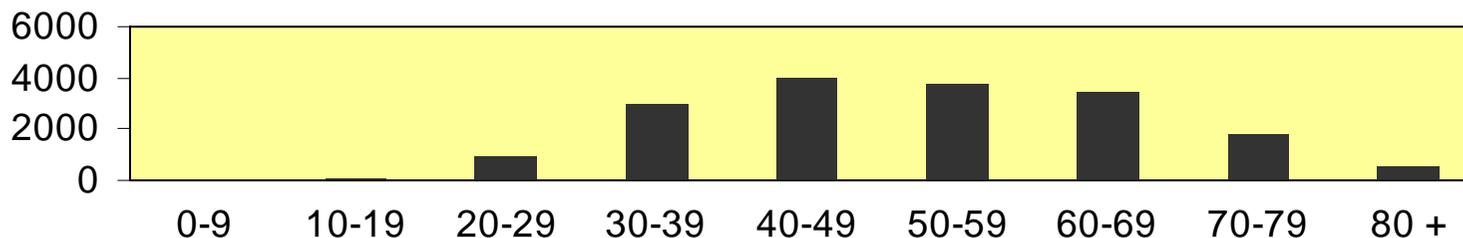
Esenzioni per patologia

Codici di esenzione specifici per patologie croniche e invalidanti:

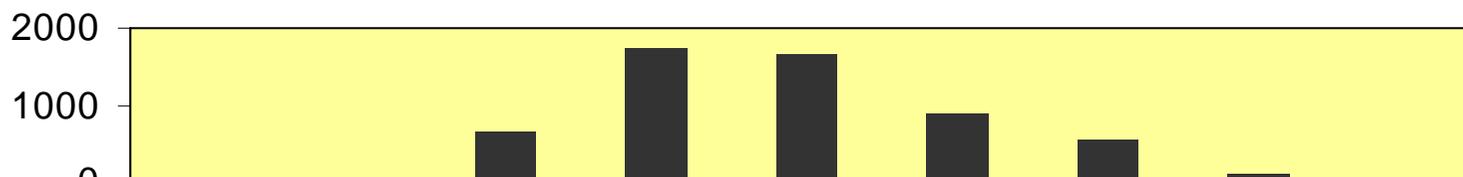
- Psicosi
- Demenze
- Malattia di Alzheimer
- Anoressia nervosa, bulimia
- Dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool.

N° esenti per patologia. Veneto, 2006.

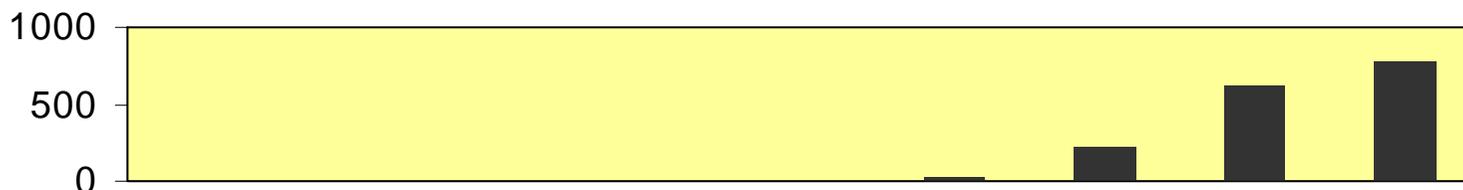
Psicosi
17.478



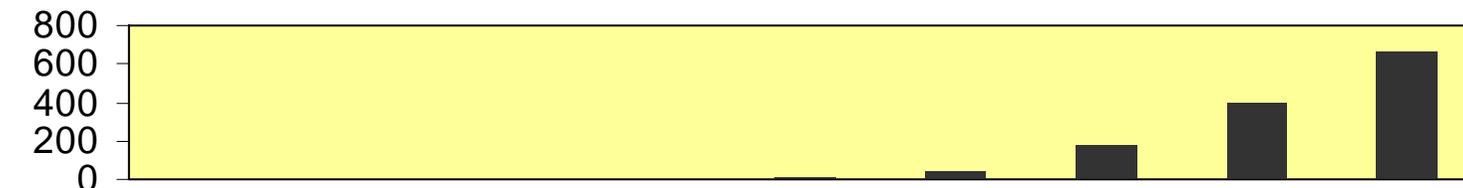
Dipendenze
stupef. e alcool
5.647



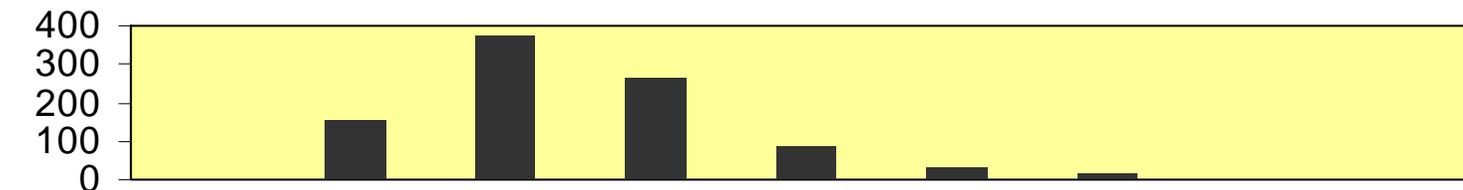
Alzheimer
1.655



Demenze
1.293



Anoressia nerv.,
bulimia
933



Possibili utilizzi

- Stima "grossolana" di prevalenza
- Integrazione con altri archivi amministrativi.

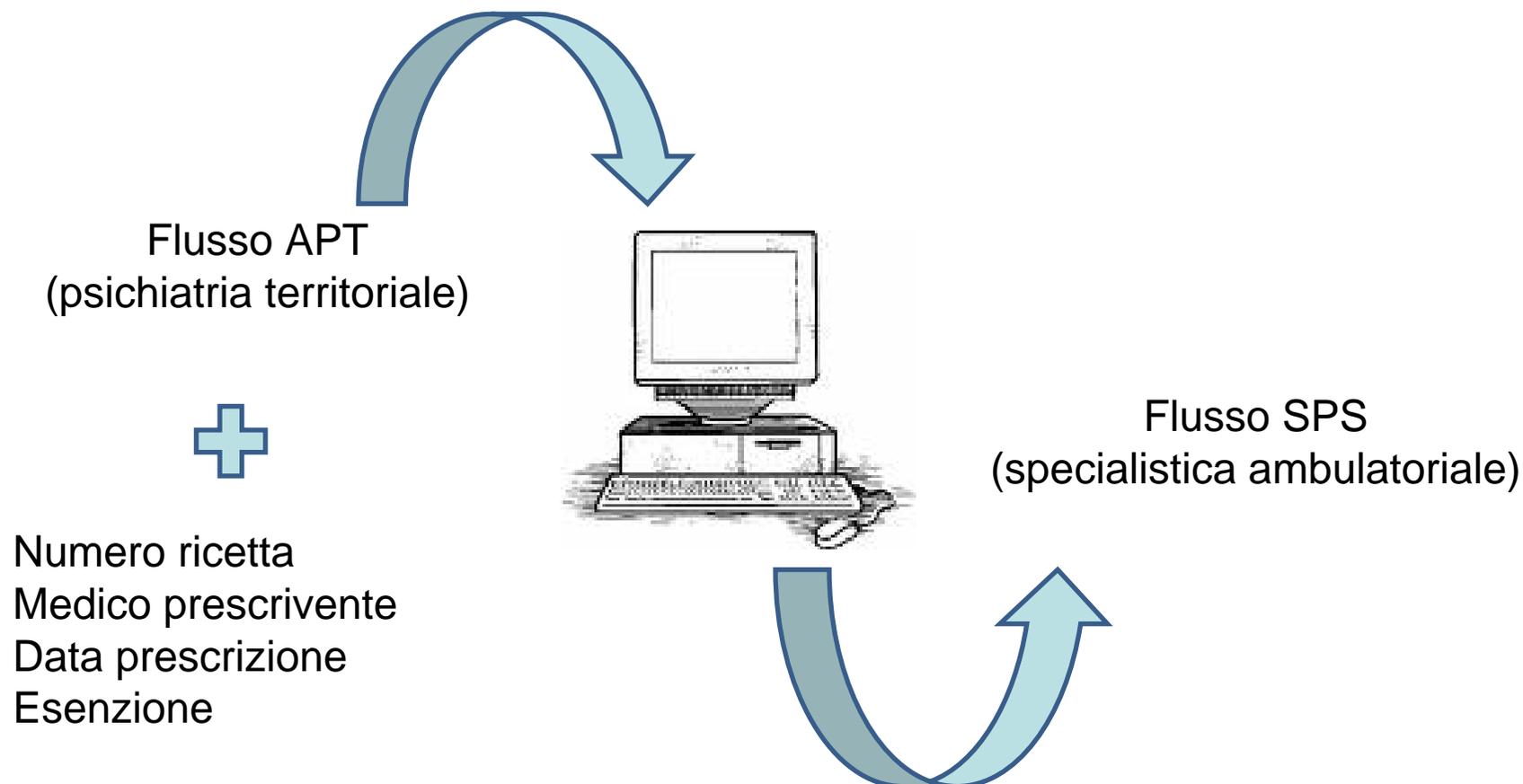
Criticità

- Selezione dei casi più gravi
- Possibile sovrapposizione con altre condizioni di esenzione (reddito, invalidità).

Flussi informativi correnti

- Assistenza psichiatrica territoriale (APT)
- Registro delle cause di morte
- Ricoveri ospedalieri (SDO)
- Pronto soccorso
- Prescrizioni farmaceutiche
- Esenzioni per patologia
- **Specialistica ambulatoriale** e altri...

Proposta di integrazione dei flussi informativi APT e SPS



**Integrazione APT-SDO
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).

Indicatori di "continuità assistenziale" ospedale-territorio per depressione, I semestre 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%

Considerazioni finali

I dati prodotti dai diversi flussi informativi correnti, pur caratterizzati da diversa copertura, contenuto e qualità, possono consentire di stimare la domanda di salute e individuare profili assistenziali per programmare e valutare le attività di tutela della salute mentale.

È necessario:

- Proseguire nelle azioni di miglioramento del contenuto e dell'organizzazione dei singoli flussi ri-orientandoli verso il paziente.
- Continuare e potenziare le attività di **integrazione dei vari flussi.**
- Definire metodologie di analisi e lettura delle informazioni prodotte secondo criteri condivisi tra manager, clinici, epidemiologi e statistici.
- Continuare a sviluppare il know-how necessario sia per la gestione dei sistemi informativi, sia per la lettura dei dati.