

LA QUALITA' DELLA CURA NEI DISTURBI MENTALI GRAVI IN LOMBARDIA

a cura di
Antonio LORA e Emiliano MONZANI



RegioneLombardia

ANTONIO LORA, EMILIANO MONZANI

La qualità della cura nei disturbi mentali gravi in Lombardia

Nel presente report sono contenuti la metodologia e i risultati del progetto 'La valutazione della qualità e dell'esito dei programmi di cura', attuato dalla Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP) all'interno dell'incarico conferito a Éupolis dalla Direzione Generale Salute di Regione Lombardia (decreto n.12404 del 24/11/2009) per l'attuazione del programma di formazione degli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) (DGR 26.11.2008 n VIII/8501). Il responsabile scientifico del Progetto è stato il dott. Emiliano Monzani.

La finalità del progetto descritto è stata quella di valutare tramite Indicatori Clinici (IC) la qualità della cura erogata nei DSM lombardi nei confronti dei pazienti con disturbo mentale grave.

La relazione parte da un'analisi della letteratura in salute mentale sugli IC (capitolo 1), per poi descrivere la metodologia di individuazione degli indicatori utilizzata (capitoli 2 e 3). Il capitolo 4 descrive le banche dati e la procedura per il calcolo degli indicatori, mentre il capitolo 5 delinea le metodologie statiche per l'analisi e per il benchmarking. Il capitolo 6 analizza i risultati ottenuti, fotografando la qualità della cura erogata nei confronti dei pazienti con disturbi gravi all'interno del sistema di salute mentale lombardo, mentre il capitolo 7 sintetizza le conclusioni del progetto e propone alcuni scenari futuri nell'utilizzo degli indicatori. Infine il capitolo 8 descrive, suddividendoli per diagnosi, gli IC individuati per il progetto dagli esperti della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica.

Indice

Elenco degli autori	Pag. .6
CAPITOLO 1	Pag. 10
Indicatori clinici in salute mentale	
CAPITOLO 2	Pag. 26
La revisione della letteratura	
CAPITOLO 3	Pag. 30
Lo sviluppo degli indicatori clinici	
CAPITOLO 4	Pag. 39
La costruzione degli indicatori	
CAPITOLO 5	Pag. 46
La metodologia statistica	
CAPITOLO 6	Pag. 51
Risultati	
CAPITOLO 7	Pag.57
Considerazioni conclusive e proposte	
CAPITOLO 8	
Indicatori clinici nei disturbi mentali gravi	
8.1. Indicatori clinici nel disturbo schizofrenico	Pag. 63
8.2. Indicatori clinici nel disturbo bipolare	Pag. 124
8.3. Indicatori clinici nel disturbo depressivo	Pag.163

Elenco degli autori

Francesco Amaddeo

Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità , Sezione di Psichiatria, Università di Verona.

Maurizio Bacigalupi

Psichiatra psicoterapeuta, già direttore del DSM della ASL Roma B.

Angelo Barbato

Laboratorio di Epidemiologia e Psichiatria Sociale, IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano.

Corrado Barbui

Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità ,Sezione di Psichiatria, Università di Verona.

Massimo Casacchia

Unità di Psichiatria Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, Unità di Psichiatria, Università degli Studi dell'Aquila.

Panfilo Ciancaglini

Psichiatra, Gruppo Redancia, Savona.

Andrea Cipriani

Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità , Sezione di Psichiatria , Università di Verona.

Angelo Cocchi

Programma 2000, Dipartimento di Salute Mentale, AO Ospedale Niguarda Ca' Granda Milano.

Giuseppe Corlito

Psichiatra e psicoterapeuta, Clinica Psichiatrica Università di Siena, Editor Nuova Rassegna Studi Psichiatrici.

Giovanni Corrao

Unità di Biostatistica, Epidemiologia e Salute Pubblica, Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Walter Di Munzio

Dipartimento di Salute Mentale, Area Nord - ASL Salerno.

Arcadio Erlicher

Già Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, AO Ospedale Niguarda Ca' Granda" – Milano.

Giulia Fantini

Centro Studi e Ricerche in Psichiatria – ASLTO2 – Torino.

Angelo Fioritti

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL Bologna.

Buthaina Ibrahim

Unità di Biostatistica, Epidemiologia e Salute Pubblica, Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Andrea Gaddini

Salute Mentale, Area Epidemiologia e stato di salute della popolazione, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica.

Antonio Lasalvia

Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Sezione di Psichiatria, Università di Verona.

Pietro Giorgio Lovaglio

Dipartimento di statistica e metodi quantitativi, Università Milano Bicocca.

Antonio Lora

Dipartimento di Salute Mentale , AO della Provincia di Lecco.

Lorenza Magliano

Dipartimento di Psicologia Seconda Università di Napoli.

Maurizio Miceli

Dipartimento Salute Mentale, Azienda USL 10, Firenze.

Emiliano Monzani

Dipartimento di Salute Mentale , AO Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano.

Carla Morganti

Dipartimento di Salute Mentale, AO Ospedale Niguarda Ca' Granda Milano.

Werner Natta

Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica, Sezione di Psichiatria, Università degli Studi di Genova.

Giovanni Neri

Docente a contratto presso l'Università di Modena e Reggio Emilia.

Alberto Parabiaghi

Laboratorio di Epidemiologia e Psichiatria Sociale, IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano.

Rita Roncone

Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, Unità di Psichiatria Università degli Studi dell'Aquila.

Mirella Ruggeri

Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Sezione di Psichiatria, Università di Verona.

Mario Serrano

Dipartimento di Salute Mentale, USL6 di Livorno.

Fabrizio Starace

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL Modena.

Giuseppe Tibaldi

Centro Studi e Ricerche in Psichiatria – ASLTO2 – Torino.

Franco Veltro

Dipartimento di Salute Mentale di Campobasso, ASReM.

CAPITOLO 1 - INDICATORI CLINICI IN SALUTE MENTALE

Antonio Lora ed Emiliano Monzani

Come indicato dal rapporto “*Crossing the Quality Chasm*”(1), noi assistiamo in questi anni ad uno squilibrio sempre maggiore tra la velocità con cui acquisiamo conoscenze sugli interventi sanitari efficaci e la capacità di trasferirli nella pratica di tutti i giorni. Questo fenomeno si traduce a livello di servizi in un *gap* sempre più ampio tra la cura che il paziente riceve e quella che potrebbe ricevere e nel fallimento a implementare trattamenti riconosciuti come efficaci. Un numero sempre maggiore di evidenze suggerisce che la qualità della cura non sia ottimale e vari in misura significativa tra Regioni e tra servizi di salute mentale anche all'interno della stessa Nazione o Regione (2-4).

In un'epoca di crisi economica e di riduzione delle risorse disponibili esiste una spinta potente da parte di amministratori e politici a dare maggiore valore alle risorse impegnate in salute mentale e a migliorare, a parità di risorse spese, l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi. In questa ottica politici e amministratori guardano con particolare attenzione a metodi in grado di misurare la qualità erogata e di effettuare *benchmarking* tra servizi.

Anche il tema dell'*accountability*, cioè il dovere da parte di un'organizzazione di documentare e rendicontare ciò che si è fatto sia verso coloro che hanno fornito le risorse e finanziato i servizi (amministratori e politici) sia verso utenti e cittadini, sta diventando un elemento chiave del sistema di salute mentale. I servizi devono dimostrare che le risorse sono state usate nel modo più efficace ed efficiente. In quest'ottica una componente indispensabile dell'*accountability* sono i sistemi di misura delle *performance* non solo quantitative, ma anche qualitative.

Nonostante queste spinte, le conoscenze che abbiamo della qualità della cura erogata nei servizi di salute mentale sono ancora limitate. La mancanza di informazioni sulla qualità erogata, la scarsità di solide evidenze su cosa sia una cura appropriata, l'assenza di misure comuni e standardizzate per valutare la qualità dei trattamenti ha reso difficile fino ad oggi comparare tra di loro i servizi di salute mentale (5). In questo contesto particolare rilevanza riveste il ruolo della informazione. Come afferma *Decision Support 2000+*, il programma della *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) sui bisogni informativi dei servizi di salute mentale americani, “in salute mentale la qualità dell'informazione determinerà la qualità della cura”. Questo concetto è ripreso dall'*Institute of Medicine* (6), quando sottolinea il ruolo da un lato delle informazioni e della infrastruttura di valutazione della qualità e dall'altro dell'*accountability* nel migliorare la qualità dei servizi di salute mentale. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (7) nella Conferenza Ministeriale Europea sulla Salute Mentale tenutasi nel 2005 ad Helsinki ha indicato, tra le azioni prioritarie, lo

sviluppo di sistemi di monitoraggio e la produzione di dati comparativi sullo stato e sul progresso della salute mentale negli stati membri.

La limitata diffusione dei sistemi informativi nei servizi di salute mentale e i ridotti investimenti in termini di *information technology* rappresentano degli ostacoli importanti per un sistematico utilizzo delle informazioni. I sistemi informativi rappresentano, infatti, il principale strumento per veicolare le informazioni che riguardano i pazienti in contatto con i servizi di salute mentale e i trattamenti loro erogati. Ma per valutare la qualità della cura non sono sufficienti i dati ricavati dal solo sistema informativo psichiatrico, bisogna integrare queste informazioni con quelle relative ad altri *database*, come quello relativo ai trattamenti farmacologici erogati, muovendosi nella direzione di un sistema informativo clinicamente orientato (8).

GLI 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 (9). Più nello specifico gli Indicatori Clinici (IC) sono variabili che misurano la qualità professionale in ambito clinico e sono utili a prendere decisioni al fine di migliorarla. Alcune delle caratteristiche degli IC sono elencate nella Tabella 1.

Tabella 1 – Proprietà degli indicatori clinici

Mainz (10)	Wollersheim (11)
Basati su definizioni condivise e descritte in maniera esaustiva	Legati a <i>standard</i> elevati di qualità
Altamente specifici e sensibili al cambiamento	Costruiti in modo trasparente e accurato
Validi e riproducibili	Rilevanti rispetto ad aspetti importanti della qualità della cura (ad esempio sicurezza, efficacia, efficienza)
In grado di discriminare	In grado di misurare la qualità in modo valido e riproducibile con scarsa variabilità intra ed extraosservatori
Rilevanti per la pratica clinica	Selezionati con considerazione alla cura ottimale derivata dalle linee guida
Utili a confronti	Rilevanti per clinici, amministratori e pazienti
Basati sulle evidenze	Praticabili

Secondo Mainz (10) gli IC servono come base a clinici, amministratori e politici interessati a miglioramenti nella cura erogata al paziente e sono relativi sia al processo che all'esito. Un IC ben fatto

dovrebbe porre attenzione ad uno specifico argomento clinico, non dando risposte definitive, ma indicando potenziali problemi che devono essere affrontati. Gli indicatori sono utili pertanto per valutare se il paziente ottiene o no una cura secondo *standard* di qualità (12). Secondo Hermann (13,14), gli IC sono focalizzati sulla qualità della cura, non sull'utilizzo dei servizi o sui costi, misurano la qualità professionale, non quella interpersonale o la soddisfazione del paziente, sono tratti da singoli item e non da scale, sono utili a valutare il sistema di salute mentale piuttosto che il singolo erogatore, e sono derivati da dati amministrativi piuttosto che da specifiche raccolte di dati. Inoltre coprono i domini più rilevanti per la valutazione della qualità (ad esempio appropriatezza, sicurezza e continuità della cura), sono specifici per le singole patologie e sono in rapporto alle evidenze derivate dalle raccomandazioni delle linee guida.

Gli indicatori devono possedere alcune caratteristiche legate alla loro comprensibilità, applicabilità e capacità di indurre azioni migliorative:

- per essere comprensibile un IC deve riguardare questioni clinicamente rilevanti e significative per gli *stakeholders*, essere basato su evidenze, essere validato empiricamente e devono essere definite specifiche soglie di qualità.
- Per quanto riguarda la fattibilità, un IC deve essere definito operazionalmente, deve basarsi su dati raccolti routinariamente, permettere il *severity adjustment* quando richiesto e deve essere stato testato in differenti *setting*.
- Per quanto riguarda la capacità di indurre azioni migliorative, l'IC deve essere in grado di attivare azioni, se la qualità della cura scende sotto un certo livello o se aspetti indesiderati della cura crescono sopra un livello di attenzione. Gli utilizzatori sono così in grado di agire sul problema rilevato, implementando azioni migliorative basate sulle evidenze. Il *National Health Service* Scozzese (15) sottolinea che gli IC possono essere utilizzati per valutare se vi sono variazioni significative nell'erogazione dei servizi in differenti aree o contro un *benchmark* nazionale.

L'utilizzo di IC può essere però limitato da alcune condizioni (16):

1. l'abilità con cui viene definito e quantificato che cosa si intenda per qualità della cura, oppure un esito ottimale;
2. la disponibilità di evidenze;
3. la disponibilità di dati da cui derivare misure di qualità;
4. la robustezza e la validità dei dati rilevati (ad esempio l'accuratezza dei codici diagnostici e clinici);
5. la disponibilità di un'infrastruttura valutativa in grado di valutare la qualità della cura e di permettere l'accesso a dati significativi;

6. la possibilità di dare un rapido *feedback* ai clinici e di integrare i risultati ottenuti in strategie di miglioramento di qualità;
7. l'assenza da parte delle amministrazioni e dei governi di strategie che supportino come una priorità l'utilizzo di IC.

Al tempo stesso l'utilizzo degli IC può essere associato anche ad 'effetti collaterali'. Lester et al. (17) ne elencano alcuni come il rischio di enfatizzare eccessivamente gli aspetti coperti dagli indicatori a scapito di altri non menzionati, ma altrettanto importanti. Altri effetti non voluti sono la possibilità di *gaming* in particolare di fronte ad incentivi economici legati agli indicatori e la presenza di 'fissazione sulla misura', vale a dire un'inappropriata attenzione ad isolati aspetti della cura che confligge con l'agenda più ampia di cura centrata sul paziente.

PROPRIETA' PSICOMETRICHE E CARATTERISTICHE DEGLI INDICATORI CLINICI

Accanto alle precedenti caratteristiche ve ne sono altre legate alle proprietà psicometriche dell'indicatore (18):

1. l'applicabilità o *feasibility* degli indicatori è legata alla disponibilità di dati per la costruzione dell'indicatore e all'onerosità del carico informativo per gli operatori. La *feasibility* è quindi relativa alla possibilità concreta che un indicatore possa essere implementato a livello di sistema di salute mentale, stante l'attuale struttura informativa e supporto organizzativo.
2. la **validità** è articolata in tre aree: a) la validità di contenuto o *face validity* indica se la misura è significativa in senso clinico e si riferisce all'evidenza che l'indicatore copre aspetti importanti della qualità del sistema di salute mentale; b) la validità riferita ad un criterio esterno o *criterion validity* riguarda l'evidenza che un indicatore sia collegato ad alcuni criteri esterni osservabili e misurabili, che apportino elementi di validità al costrutto dell'indicatore ed infine c) la validità legata al costrutto dell'indicatore o *content validity* indica se la misura cattura aspetti significativi della qualità della cura o di *performance* del sistema.
3. la riproducibilità dei dati riguarda l'accuratezza e completezza dei dati secondo le finalità proposte per l'uso.

Laurikis et al. (18) analizza gli IC usati a livello internazionale per valutare le *performance* dei sistemi di salute mentale pubblici, valutando 106 pubblicazioni per complessivi 1.480 indicatori. Gli autori valutano nello specifico le proprietà psicometriche degli IC analizzati.

Nella maggioranza dei lavori esaminati gli aspetti di praticabilità e di validità di contenuto sono stabiliti attraverso la revisione della letteratura e la consultazione con gli esperti. Quasi tutti gli IC analizzati hanno usato questi due metodi per stabilire qualche forma di evidenza sulla validità di

contenuto degli indicatori proposti, anche se la forza delle evidenze varia e dipende strettamente dal metodo usato per consultare gli esperti. In una certa misura l'analisi di aspetti di applicabilità e validità di contenuto fa parte del processo di sviluppo della maggior parte degli indicatori analizzati.

La riproducibilità, intesa come accuratezza e completezza delle banche dati utilizzate, è stata raramente valutata, nonostante questa caratteristica non possa essere assunta a priori ma debba attentamente essere monitorata. Sebbene alcuni autori abbiano riconosciuto che le informazioni contenute nei *database* utilizzati potessero essere incomplete o inaccurate e che questo avrebbe potuto avere un effetto importante sull'utilizzabilità e applicabilità del dato, questa dimensione è stata effettivamente valutata solo in due lavori tra quelli analizzati.

Per quanto riguarda la validità rispetto ad un criterio esterno questa è stata valutata solo in una minoranza dei casi (meno del 20%). Alcuni studi hanno posto in relazione l'indicatore con la soddisfazione dei pazienti oppure con altri criteri come le riammissioni in Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), l'adeguatezza del dosaggio di farmaco usato nel trattamento, la durata della degenza, i giorni di malattia con assenze dal lavoro, il tasso di suicidi. L'assenza di analisi della *criterion validity* può essere spiegata con il fatto che la tale ricerca è costosa, richiedendo risorse e tempo e il valore di tale analisi non è spesso compreso dagli *stakeholders*. Questi ultimi hanno infatti più interesse per le informazioni generate dagli indicatori, piuttosto che per la valutazione di una caratteristica psicometrica degli stessi.

Laurikis (18) nella sua revisione della letteratura internazionale classifica anche le caratteristiche degli indicatori, analizzandone la metodologia utilizzata per lo sviluppo e i campi di applicazione. Per quanto riguarda il metodo di sviluppo degli IC, la maggioranza (41%) ha utilizzato la ricerca in letteratura degli indicatori insieme con le opinioni degli esperti, mentre un quarto dei lavori è basato solo sulle opinioni degli esperti e solo un decimo è raccolto utilizzando metodi strutturati (come il Delphi).

Per quanto riguarda il livello di valutazione, la maggioranza (56%) valuta la qualità del sistema di salute mentale utilizzando dati forniti da più *provider* all'interno di una determinata area (nazione, regione, provincia), contro il *benchmark* provvisto dal legislatore o contro quello provvisto da altre regioni. Solo l'1% degli indicatori valuta le *performance* del singolo clinico, mentre il 43% valuta le *performance* a livello del singolo servizio al fine di migliorarne la qualità della cura, la trasparenza per gli amministratori e per informare le scelte del paziente.

Per quanto concerne i domini di cura, il 36% degli indicatori riguarda l'esito in termini di tasso di suicidi, di pazienti che commettono reati e di nuovi casi di pazienti *homeless*; la metà (47%) è costituita da misure di processo basate su linee guida che specificano le pratiche migliori in termini di durata del trattamento, intensità del contatto o dosaggio del farmaco. Questi indicatori sono formulati usualmente come percentuale di una popolazione a cui è erogato un trattamento in accordo alle linee guida. Tuttavia vi sono parecchie differenze sia nelle linee guida usate e quindi nelle raccomandazioni seguite (il numero di giorni raccomandato tra la dimissione da un reparto per acuti e il primo contatto a livello

territoriale varia tra 1 e 30 giorni), sia nella popolazione usata come denominatore (la percentuale della popolazione nella regione versus quella della popolazione che riceve trattamento).

Le dimensioni della *performance* rappresenta l'area più differenziata all'interno degli IC. Raggruppando tra loro le diverse dimensioni, il 43% degli indicatori valuta l'efficacia nella pratica e provvede agli *stakeholders* una misura del grado di raggiungimento di esiti favorevoli. Il 20% valuta l'accessibilità e l'equità, mentre l'appropriatezza e l'accettabilità sono valutate rispettivamente dal 10% degli indicatori e la continuità e la sicurezza nel 4% degli indicatori. Solo il 3% valuta l'efficienza e i costi. La diversità delle dimensioni analizzate è indicativa da un lato della mancanza di consenso sulla definizione di qualità di un sistema di salute mentale non solo tra nazioni, ma perfino all'interno della stessa nazione, e dall'altro dell'interesse politico per gli indicatori di *performance*. Quando vengono designati gli indicatori di *performance*, gli sviluppatori spesso considerano l'interesse degli amministratori e dei politici, che sono principali utilizzatori degli indicatori stessi.

Una larga maggioranza degli indicatori (70%) non è specifica per un particolare gruppo diagnostico, mentre circa il 10% degli indicatori è stato sviluppato per le psicosi e l'abuso di sostanze.

In ultimo le fonti di dati sono nella maggioranza dei casi *database* amministrativi o cartelle cliniche e solo in un quarto dei casi ricerche specifiche e *audit* clinici. Solo una piccola parte degli autori combina più fonti informative. Sebbene l'obiettivo sia quello di misurare a livello globale il sistema di cure, alcuni elementi come la *privacy*, l'incomunicabilità delle diverse fonti, la proprietà dei dati, la mancanza di formati comuni impediscono l'integrazione di più fonti dati.

INDICATORI CLINICI IN SALUTE MENTALE: ALCUNE ESPERIENZE INTERNAZIONALI

Se quindi negli ultimi anni è cresciuta l'importanza attribuita a misure di *performance*, utili a monitorare e valutare la qualità delle cure, ancora non vi è piena convergenza sui sistemi e sugli strumenti da utilizzare.

Il panorama è piuttosto articolato e talvolta frammentato. Accanto a numerosi esempi di revisioni realizzate da istituzioni, generalmente anglosassoni, che contemplano definizioni precise e rigorose dei termini utilizzati e del *framework* (13,19-21), troviamo un proliferare di termini - *clinical indicators*, *performance indicators*, *quality indicators*, *performances measuremen* - usati talvolta indistintamente e un'altrettanta ampia produzione e implementazione di indicatori (una stima di qualche anno fa riferisce di una 'produzione' - solo negli USA - di circa 300 indicatori da parte di più di 50 gruppi di *stakeholders*(13).

Se da una parte uno scenario così nutrito testimonia l'interesse per la valutazione delle *performance*, dall'altra riflette le marcate differenze tra i sistemi di cura di paesi diversi, la diversa capacità di strutturare - e imporre - sistemi di valutazione da parte degli *stakeholders* (amministratori, accreditatori

istituzionali e non, pazienti e familiari etc....) e probabilmente riflette anche alcune carenze di validità e attendibilità delle misure elaborate (22).

È possibile passare in rassegna alcuni di questi sistemi, limitando l'analisi a quelli sviluppati da organizzazioni governative e indirizzati ad una valutazione dei sistemi di salute mentale pubblici.

In Canada la valutazione delle *performance* non è responsabilità del Governo centrale, ma delle singole Province e Territori. Tuttavia il *Canadian Institute for Health Information* (CIHI) ha lanciato la *Road Map Initiative* per costruire un sistema informativo per la salute mentale, con relativi indicatori di *performance* per i servizi di salute mentale. Adottando i domini individuati dal CIHI, il *Canadian Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health* (ANMH) (23) ha preparato un set di 56 indicatori che coprono otto domini di *performance* (accettabilità, accessibilità, appropriatezza, competenza, continuità, efficienza, efficacia e sicurezza). Utilizzando i domini definiti da ANMH e CIHI, le singole Province e Territori, quali Ontario, Alberta, New Brunswick e Saskatchewan hanno sviluppato strumenti per valutare le *performance* e migliorare l'*accountability* in salute mentale.

In Australia esiste una strategia nazionale relativa agli indicatori di *performance* e di esito. Il *National Mental Health Performance Framework* (24) ha individuato 13 indicatori per facilitare il *benchmarking* tra servizi di salute mentale pubblici, basandosi sui dati disponibili a livello sia di Stati che di Territori. Un programma simile, l'*Australasian Clinical Indicator Report* (25), ha raccolto la maggiore quantità di dati sulla qualità della cura disponibile oggi in Australia, analizzando 23 indicatori sui servizi di ricovero e 6 sui servizi territoriali.

Nel Regno Unito ci sono differenti schemi utilizzati a livello nazionale. In Inghilterra e Galles la *Care Quality Commission's (formerly Healthcare Commission) Annual Health Check* (26) valuta le *performance* dei *Local Trusts* attraverso un set di 11 indicatori, basati su qualità clinica, sicurezza, focus diretto al paziente e accesso. Il *National Planning Guidance and Vital Signs*. (27-28) supporta la valutazione delle priorità individuate a livello nazionale nel campo della salute mentale attraverso 4 indicatori su accesso ed esito. La *DRE Dashboard* (29) è stata sviluppata per misurare e migliorare l'accesso ai servizi di salute mentale: contiene 25 indicatori basati su 6 priorità nel campo dell'accessibilità. La *Joint Community Mental Health Services Review* (30) valuta 13 indicatori a cavallo tra area sanitaria e area sociale in tre domini (accesso, gestione della cura, servizi di supporto per la *recovery* e l'inclusione sociale). La Scozia ha individuato un set di 22 indicatori nel *Mental health benchmarking project* (31) che coprono 5 domini (efficienza, equità, efficacia, attenzione centrata sul paziente e sicurezza).

In Olanda il *Basic Set of Performance Indicators for Mental Health Care and Addiction Care* (32-33) sviluppato dal *Mental Health Care Transparency Steering Group* ha strutturato 47 indicatori per la valutazione dell'efficacia, della sicurezza e dell'orientamento al cliente per i servizi di salute mentale al fine di raggiungere misure certe della qualità erogata.

In *Danimarca* il *Danish Indicator Project* (34) è stato attivato nel 2000 e copre 6 aree legate a malattie significative per la salute pubblica, tra cui la schizofrenia e la depressione. Sono presenti 22 indicatori che rilevano dal processo diagnostico alla presenza di effetti collaterali e di specifici interventi rivolti alla famiglia. La partecipazione a questo programma è obbligatoria per tutti i servizi di salute mentale danesi.

A livello internazionale la *Commission of the European Communities' National Research and Development Centre for Welfare and Health* (STAKES) (35) ha coordinato un progetto per stabilire un set di indicatori comuni a livello europeo: ne sono stati individuati 32 che valutano la salute mentale e i suoi determinanti, insieme con caratteristiche del sistema di salute mentale. Solo pochi degli indicatori raccolti sono stati trovati comparabili e utilizzabili nei diversi stati, stante la diversità delle fonti informative e dei sistemi di salute mentale. L'*Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) *Health Care Quality Indicators Project* (36) ha proposto 12 indicatori che coprono il trattamento, la continuità terapeutica, il coordinamento della cura e l'esito a livello di paziente. Anche in questo caso la selezione degli indicatori per un uso internazionale è stata grandemente limitata dalla ridotta disponibilità di dati comparabili tra i paesi.

Negli Stati Uniti è stato sviluppato un numero considerevole di iniziative miranti a valutare le *performance* nel settore pubblico: una recente *review* ne ha individuate 36 (37). Questo si può spiegare con la struttura del sistema di salute mentale americano, basato in misura significativa sul settore privato, e dove da sempre vi è enfasi sulla trasparenza e l'*accountability* dei costi e delle *performance*.

La *Veterans Health Administration* (VHA) (38) ha sviluppato un progetto per la valutazione dei programmi di salute mentale attraverso 88 indicatori, che coprono le diagnosi a maggiore costo ed impatto per la VHA. Un sistema ampio e comprensivo di indicatori è *Health plan/Employer Data Information System* (HEDIS) (39), un set di indicatori disegnati per rendere comparabili le *performance* dei piani di *managed care*, che contiene però solo 6 misure legate alla salute mentale. Un set di indicatori invece più specifico per la salute mentale è stato sviluppato dal *Mental Health Statistics Improvement Program* (MHSIP) (40), che valuta per mezzo della *Consumer Oriented Card* 24 indicatori di accesso, appropriatezza, esito e prevenzione. Un'altra importante iniziativa è stata l'*Experience of Care and Health Outcomes Survey* (41-42), che sintetizzando le misure di HEDIS e di MHSIP ha portato l'*Agency for Healthcare Research and Quality* a proporre 51 indicatori per i servizi di salute mentale.

A partire dagli indicatori MHSIP, la *National Association Representing State Mental Health Commissioners/Directors And Their Agencies* (NASMHPD) (43) ha proposto 32 indicatori per i sistemi di salute mentale dei singoli stati. Il NASMHPD's *Sixteen State Study On Mental Health Performance Measures*, sempre promosso dal NASMHPD, ha valutato indicatori di accesso, appropriatezza, esito e gestione dei programmi, dimostrando la possibilità di sviluppo di misure standardizzate comuni tra gli stati (44). L'*American College of Mental Health Administration* (ACMHA)(45) ha proposto 35 indicatori

organizzati in tre domini (accesso, processo ed esito), utili sia al confronto tra servizi che alle attività interne di *quality assurance*. Il *Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health* (CQAIMH) (46) raccoglie in un *database online* più di 300 indicatori di *performance*: ciascuna misura è accompagnata da un razionale clinico, dalle specifiche del numeratore e del denominatore, da informazioni sulle fonti di dati, dai domini della qualità interessati e dalle evidenze di supporto. Questo è il più comprensivo strumento di rilevazione degli indicatori di *performance* esistente nel campo della salute mentale.

INDICATORI CLINICI IN SALUTE MENTALE: LE ESPERIENZE ITALIANE

Le esperienze italiane di utilizzo di IC in salute mentale sono molto limitate. Le ragioni di questo risiedono essenzialmente nell'arretratezza dei sistemi informativi e della *Information Technology* nei servizi di salute mentale italiani. La psichiatria comunitaria italiana fino ad oggi non è riuscita a darsi un sistema informativo in grado di monitorare e valutare i risultati ottenuti. A trenta anni dalla approvazione della Legge n.180 del 13 maggio del 1978, (*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*), sono ancora poche le Regioni che possiedono un Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) rispondente al modello approvato nel 2010 dal Ministero della Salute e recentemente entrato a fare parte dei debiti informativi delle Regioni(10). La carenza di informazioni precise e tempestive ha ostacolato in molte Regioni una programmazione razionale dei servizi e ha impedito che familiari, utenti e cittadini fossero consapevoli dei punti di forza e delle criticità dei rispettivi sistemi regionali di salute mentale. Un sistema informativo non è la bacchetta magica, ma un passo nella giusta direzione, quella della valutazione dei servizi e della loro *accountability* di fronte ai cittadini. Questa arretratezza spiega perché sia così limitata in Italia l'applicazione di IC. Gli IC necessitano di sistemi informativi su cui appoggiarsi proprio perché basati su dati esistenti e senza sistemi informativi avanzati l'applicazione di IC risulta onerosa dal punto di vista del carico informativo e non sostenibile routinariamente.

La prima esperienza italiana è il Progetto SIEP-Direct's (Discrepanze fra pratiche di Routine ed Evidenze nella psichiatria di Comunità per il Trattamento della Schizofrenia) promosso dalla Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (47) (SIEP). L'obiettivo del progetto è stato quello di individuare indicatori in grado di misurare la discrepanza fra le pratiche di routine nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) italiani e le raccomandazioni contenute nelle linee guida del *National Institute for Clinical Excellence* (48) (NICE) inglese sulla schizofrenia. Sono stati sviluppati 103 indicatori, in parte quantitativi, in parte qualitativi, che investigano 5 fasi della cura (gli elementi comuni a tutte le fasi di assistenza, il trattamento del primo episodio, il trattamento dell'episodio acuto, la promozione del recupero psico-sociale, la gestione dell'urgenza e la sedazione rapida). Gli indicatori sono stati applicati in 19 DSM nel 2008, evidenziando alcune criticità rispetto alle raccomandazioni delle linee guida NICE. In particolare sono stati individuati problemi relativi alla scarsità di protocolli e linee guida, all'assenza di informazione strutturata per utenti e familiari, alle carenze dei processi di valutazione e monitoraggio delle attività, nonché alla difficoltà di implementare alcune forme specifiche e strutturate di intervento (quali la psicoterapia cognitiva, la psicoeducazione, gli interventi specifici di supporto alle famiglie). Dal punto di vista dell'implementazione degli indicatori SIEP Direct's, si sono osservati risultati positivi rispetto alla partecipazione degli operatori, mentre appare problematica la loro applicazione al di fuori di contesti di ricerca per la numerosità degli indicatori e per il carico informativo legato alla loro raccolta.

Una seconda esperienza italiana fa capo al gruppo di Tibaldi e Munizza (49) che hanno rivisto le raccomandazioni estratte da tre linee guida sulla schizofrenia, operazionalizzandole in IC. È stato

definito un set di 15 indicatori (9 legati al trattamento farmacologico e 6 relativi al trattamento psicosociale) che è stato applicato a 807 pazienti con disturbo schizofrenico trattati nei DSM della Regione Piemonte. Un elemento caratterizzante questa esperienza è stata l'applicazione per il singolo paziente di criteri di eleggibilità al trattamento (i criteri che il paziente deve possedere per essere incluso nella raccomandazione), di conformità (i criteri che devono essere presenti per dire che la raccomandazione è stata soddisfatta) e l'inclusione di fattori moderatori (fattori che possono spiegare la mancanza di applicazione di una data raccomandazione). In particolare i fattori moderatori, come ad esempio il rifiuto da parte del paziente della terapia farmacologica o un livello di disabilità così elevato da non permettere specifici programmi psicosociali, rende ragione in parte del livello elevato di non conformità rilevato.

Alcune esperienze di applicazione di IC sono state condotte all'interno di Regione Lombardia ed hanno mostrato che è possibile muoversi nella direzione di misurare la qualità attraverso sistemi informativi orientati clinicamente. Utilizzando i dati dell'assistenza farmaceutica e di quelli relativi all'attività dei DSM lombardi nel 2007 (50) è stato rilevato un indicatore di adeguatezza del trattamento usato in maniera estensiva a livello internazionale. Un paziente riceve un trattamento minimamente adeguato quando osserva in un anno almeno due mesi di trattamento con farmaci specifici per la sua patologia (antidepressivi nella depressione, stabilizzatori dell'umore nel disturbo bipolare, antipsicotici nella schizofrenia) e viene visitato almeno 4 volte da uno psichiatra oppure nel caso della depressione riceve, in alternativa alle visite psichiatriche e al trattamento farmacologico, almeno 8 sedute di psicoterapia (51). Questo criterio è stato applicato a circa 45.000 pazienti trattati nel 2007 nei DSM lombardi e affetti da disturbi mentali gravi (disturbo schizofrenico, depressione e disturbo bipolare). Ha ricevuto un trattamento minimamente adeguato il 45% dei pazienti con schizofrenia, il 53% dei pazienti con disturbo bipolare e il 42% dei pazienti con disturbi depressivi. Se poi focalizziamo la nostra attenzione sui circa 7.300 giovani affetti da disturbi mentali gravi e di età compresa tra 18-34 anni, osserviamo risultati anche migliori (52). Hanno infatti ricevuto un trattamento adeguato il 58% dei pazienti con disturbo schizofrenico, il 55% di quelli con disturbo bipolare ed il 41% di quelli con disturbo depressivo. Un altro esempio delle possibilità di valutazione della qualità della cura è relativa all'analisi della continuità della terapia psicofarmacologica nei pazienti con disturbo mentale grave (53). La ricerca ha misurato la persistenza del trattamento farmacologico in circa 12.000 pazienti con disturbo mentale grave seguiti dai DSM lombardi, che hanno iniziato una terapia psicofarmacologica specifica per il loro disturbo nel 2007. L'utilizzo incrociato dei dati dei sistemi informativi relativi alla salute mentale e all'assistenza farmaceutica ha permesso di valutare come complessivamente più di due terzi del campione (72.1%) hanno interrotto il trattamento durante i 12 mesi di *follow up*, con percentuali molto simili tra depressione, disturbo bipolare e schizofrenia. Interessante è l'osservazione che all'interno dell'analisi multivariata la continuità e l'intensità della cura erano i predittori più robusti della persistenza della terapia farmacologica. Questi risultati legano l'aderenza del paziente al trattamento farmacologico alla capacità del sistema di salute mentale di assicurare trattamenti intensivi e continuativi ai pazienti con disturbo mentale grave.

BIBLIOGRAFIA

1. Institute Of Medicine (2001) Crossing The Quality Chasm - A New Health System for the 21st Century Committee on Quality of Health Care in America National Academy Press Washington, D.C.
2. Lehman AF, Steinwachs DM (1998) Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. Schizophrenia Bulletin 24:11–20
3. Conti V, Lora A, Cipriani A, Fortino I, Merlino L, Barbui C. (2012) - Persistence with pharmacological treatment in the specialist mental healthcare of patients with severe mental disorders.-European Journal of Clinical Pharmacology 2012 May 10. [Epub ahead of print]
4. Lora A, Conti V, Leoni O, Rivolta AL. (2011) -Adequacy of treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders and affective disorders in Lombardy, Italy. Psychiatric Services 62(9):1079-84.
5. Kilbourne AM, Keyser D., Pincus HA (2010) Challenges and opportunities in measuring the quality of mental health care. Canadian Journal of Psychiatry 55, 549-557
6. Institute of Medicine (2006) Improving the quality of health care for mental and substance conditions. National Academy Press
7. Organizzazione Mondiale della Sanità “Conferenza Ministeriale europea sulla Salute mentale” Helsinki, Finlandia, 12-15 gennaio 2005 Dichiarazione sulla Salute mentale per l’Europa Affrontare le sfide, creare le soluzioni;
8. RAND corporation (1998), McGlynn E., Cheryl L. Damberg C.L., Kerr E. ,Brook R., Health Information Systems Design Issues and AnalyticApplications MR-967
9. P.Morosini e F. Perraro Enciclopedia della gestione di qualità in sanità Centro Scientifico Editore Torino 1999
10. Mainz J. (2003) Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International Journal for Quality in Health Care 15(6):523-30.
11. Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Braspenning J, Ouwens M, Schouten J, et al. (2007) Clinical indicators: development and applications. Netherlands Journal of Medicine; 65(1):15-2

12. Australian Council on Healthcare Standards. Clinical indicators. Sydney: Australian Council on Healthcare Standards, 2009. Accessed on 19 June 2009, accessed at <http://www.achs.org.au/ClinicalIndicators>
13. Hermann RC, Palmer RH (2002) Common ground: a framework for selecting core quality measures for mental health and substance abuse care. *Psychiatric Services* 53:281–287.
14. Hermann RC, Mattke S, Somekh D, Silfverhielm H, Goldner E, Glover G, Pirkis J, Mainz J, Chan JA (2006) Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *International Journal Quality in Health Care* 18(Suppl 1):31–38
15. National Health Service Scotland. What are Clinical Indicators? Edinburgh: National Health Service Scotland, 2007. Accessed on 10 May 2009, accessed at <http://www.clinicalgovernance.scot.nhs.uk/section1/clinicalindicators.asp>
16. Kilbourne AM, Keyser D., Pincus HA (2010) Challenges and opportunities in measuring the quality of mental health care. *Canadian Journal of Psychiatry* 55:549-557
17. Lester HE, Hannon KL, Campbell SM. Identifying unintended consequences of quality indicators: a qualitative study. (2011) *BMJ Quality and Safety* 20(12):1057-61. Epub 2011 Jun 21.
18. Lauriks S, Buster MC, de Wit MA, Arah OA, Klazinga NS.(2012) Performance indicators for public mental healthcare: a systematic international inventory. *BMC Public Health*.;12:214.
19. Travaglia J DD. Clinical indicators: a comprehensive review of the literature. 2009.
20. Adair C, Simpson, L Birdsell, JM Omelchuk K, Casebeer, AL Gardiner, HP Newman, S Beckie A, Clelland, S Hayden K, Beausejour P. Performance Measurement Systems in Health and Mental Health Services: Models , Practices and Effectiveness A State of the Science Review. 2003.
21. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. (2006) A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International journal for quality in health care Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua* [Internet]. 18 Suppl 1(suppl_1):5–13. Available from: http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/18/suppl_1/5
22. Campbell SM, Kontopantelis E, Hannon K, Burke M, Barber A, Lester HE. (2012) Framework and indicator testing protocol for developing and piloting quality indicators for the UK quality and outcomes framework. *BMC Family Practice* 12(1):85. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3176158&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
23. McEwan K, Goldner EM: Accountability and performance indicators for mental health services and supports: a resource kit Ottawa: Health Canada; 2001.

24. National Mental Health Working Group Information Strategy Committee (ISC) Performance Indicator Drafting Group. Key performance indicators for Australian Public Mental Health Services. ISC discussion paper no 5. Canberra (AU): Australian Government Department of Health and Ageing; 2005.
25. The Australian Council on Healthcare Standards/Health Services Research Group at the University of Newcastle. Australasian clinical indicator report: 2001–2008. Determining the potential to improve quality of care. 10th ed [Internet]. Ultimo (AU): Australian Council on Healthcare Standards; 2008 [cited 2009 Dec 10]. Available from: http://www.achs.org.au/pdf/temp/Australasian_Clinical_Indicator_Report_200108_10thEdition.pdf.
26. Care Quality Commission. Performance Assessment 2008/2009. Mental health trust indicators. [Internet]. Newcastle-upon-Tyne (GB): Care Quality Commission; 2009 Apr 29 [cited 2009 May 11]. Available from http://www.cqc.org.uk/_db/_documents/MH_EC_and_NP_200902261020.pdf.
27. Healthcare Commission. The annual health check 2008/09. Assessing and rating the NHS. London (GB): Healthcare Commission; 2008 Jun [cited 2009 Nov 11]. Available from: <http://www.cqc.org.uk/guidanceforprofessionals/healthcare/nhsstaff/annualhealthcheck2008/09.cfm>
28. Department of Health, NHS Finance Performance and Operations. Operational plans 2008/09–2010/11 (implementing the 2008/09 operating framework). National planning guidance and “vital signs” [Internet]. London (GB): Department of Health; 2008 Jan 31 [cited 2009 May 27]. Available from: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_082542.
29. Care Services Improvement Partnership, National Institute for Mental Health England. DRE Programme. Delivering Race Equality (DRE) Dashboard [Internet]. London (GB): Department of Health; 2008 Sep 15 [cited 2009 Jun 15]. Available from: <http://www.northeast.csip.org.uk/silo/files/dre-dashboard.pdf>.
30. Healthcare Commission. Commission for Social Care Inspection. Joint Community Mental Health Services review. Summary of the scored assessment framework [Internet]. London (GB): Healthcare Commission; [date of publication unknown] [cited 2009 May 11]. Available from: http://cpaa.org.uk/files/summary_scoring_framework_Joint_Review_Community_Mental_Health.pdf.
31. Coia D, Anderson K, Dutta S, et al. Mental health project final report: national benchmarking project. Report 2 [Internet]. Edinburgh (GB): NHS Scotland; 2008 Jan [cited 2009 Jun 30]. Available from: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2008/01/22113703/0>.

32. GGZ Transparency Steering Group. Basic set of performance indicators for mental health care and addition care 2007–2008. Den Haag (NL): Health Care Inspectorate; 2007.
33. Steering Committee Responsible Care. Quality framework responsible care—nursing, care, and home care. Den Haag (NL): Health Care Inspectorate; 2008 May.
34. Danish Indicator Project (2011)
http://www.nip.dk/files/Subsites/NIP/Om%20NIP/About%20NIP/DNIP_Schizophrenia_adult_indicatorform_20100728.pdf
35. National Research and Development Centre for Welfare–Health STAKES. Establishment of the indicators for mental health monitoring in Europe [Internet]. Helsinki (FI): National Institute for Health and Welfare; 2002 Feb [cited 2009 Mar 16]. Available from: <http://groups.stakes.fi/MTR/EN/projects/past/mhindicators.htm>.
36. Hermann R, Mattke S, and the members of the OECD Mental Health Care Panel. Health technical papers no 17. Selecting Indicators for the quality of mental health care at the health system level in OECD countries [Internet]. Paris (FR): OECD; 2004 Oct 28 [cited 2009 Jun 30]. Available from: <http://www.oecd.org/dataoecd/28/32/33865630.pdf>.
37. Herbstman BJ, Pincus HA. (2009) Measuring mental healthcare quality in the United States: a review of initiatives. *Current Opinion in Psychiatry* ;22:623–630.
38. Horovitz-Lenon M, Watikins KE, Pincus HA, et al. Working paper. Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation technical manual. [place of publication unknown]: RAND Health; 2009 Feb [cited 2009 May] Available from: http://www.rand.org/pubs/working_papers/WR682/.
39. National Committee for Quality Assurance. Health Plan Employer Data Information Set. [<http://www.ncqa.org/tabid/59/Default.aspx>].
40. Mental Health Statistics Improvement Program: MHSIP online document: Report Card Overview. S.I. 1996 [<http://www.mhsip.org/library/pdfFilesoverview.pdf>]
41. Eisen SV, Shaul JA, Leff HS, Stringfellow V, Clarridge BR, Cleary PD (2001): Toward a national consumer survey: evaluation of the CABHS and MHSIP instruments. *Journal Behaviour Health Services Research* 28(3):347-369.
42. Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services. Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS). Experience of Care and Health Outcomes (ECHO) Survey [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; [date of publication unknown] [cited 2009 Oct 16]. Available from: <http://www.cahps.ahrq.gov>.

43. NASMHPD Presidents Task force on Performance Measures: Recommended operational definitions and measures to implement the NASMHPD framework of mental health performance indicators. S.I. 2000 [http://www.nri-inc.org/reports_pubs/2001/PresidentsTaskForce2000.pdf].
44. Young AS, Klap R, Sherbourne CD, Wells KB (2001) The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives General Psychiatry* 58:55-61
45. American College of Mental Health Administration: A proposed consensus set of indicators for behavioral health. Interim report by the Accreditation Organization Workgroup Pittsburgh: American College of Mental Health Administration; 2001.
46. Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health: National inventory of mental health quality measures.[<http://www.cqaimh.org/quality.html>].
47. Ruggeri M., Lora A. & Semisa D. on behalf of the SIEP-DIRECT'S Group (2008). The SIEP-DIRECT'S Project on the discrepancy between routine practice and evidence. An outline of the main findings and the practical implications for the future of community based mental health services. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17(4), 358-368
48. National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004). *Schizofrenia. Linee Guida Cliniche Complete per gli Interventi Fondamentali nella Medicina di Base e Specialistica* (ed. it. a cura di G. Carrà, F. Barale e A. Marinoni). Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
49. Bollini P, Pampallona S, Nieddu S, Bianco M, Tibaldi G, Munizza C. (2008) Indicators of conformance with guidelines of schizophrenia treatment in mental health services. *Psychiatric Services* 59(7):782-91.
50. Lora A, Conti V, Leoni O, Rivolta AL. (2011) Adequacy of treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders and affective disorders in Lombardy, Italy. *Psychiatric Services* 62(9):1079-84.
51. Wang PS, Lane M, Olfson M, et al (2005): Twelvemonth use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62:629–640,
52. Lora A. e Monzani E. (2012) Servizi di salute mentale e disturbi mentali all'esordio: una prospettiva di salute pubblica in Cocchi e Meneghelli *Rischio ed esordio psicotico : una sfida continua* Manuale di intervento precoce Edi-ermes Milano pp 48-56
53. Conti V., Lora A., Cipriani A., Fortino I., Merlino L. & Barbui A.(2012) Persistence with pharmacological treatment in the specialist mental healthcare of patients with severe mental disorders *European Journal Clinical Pharmacology* DOI 10.1007/s00228-012-1298-2

CAPITOLO 2 - LA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Werner Natta, Emiliano Monzani ed Antonio Lora

È stata condotta una revisione della letteratura finalizzata all'identificazione degli IC esistenti per i seguenti disturbi mentali: disturbo depressivo maggiore, disturbo bipolare, schizofrenia.

Le fonti utilizzate per la revisione sono state in primo luogo la letteratura scientifica disponibile attraverso *database* informatizzati e successiva ricerca di ulteriori articoli citati nella bibliografia. Inoltre sono stati consultati i siti web di organizzazioni, enti governativi e società scientifiche che contenessero informazioni sugli IC sviluppati e/o utilizzati in ambito psichiatrico. La ricerca è stata focalizzata su indicatori utilizzati nel trattamento specialistico dei disturbi mentali, escludendo pertanto gli indicatori utilizzati nell'assistenza primaria. I domini della qualità considerati sono stati cinque: accessibilità, continuità, appropriatezza, efficacia e sicurezza.

All'interno dei principali *database* di letteratura biomedica (*PubMed/Medline*, *PsycINFO*, *Embase* e *British Nursing Index*) è stata condotta una ricerca includendo tutti gli articoli in lingua inglese riguardanti IC pubblicati tra il 1990 e maggio 2010. Gli articoli sono stati identificati utilizzando le seguenti parole chiave:

- *benchmarking*
- *clinical indicator*
- *guideline adherence*
- *indicator monitoring*
- *outcome assessment*
- *outcome indicator*
- *outcome measurement*
- *process assessment*
- *process indicator*
- *process measurement*
- *program evaluation*

- *quality assessment*
- *quality control*
- *quality improvement*
- *quality indicator*
- *quality of health care*
- *standards of care*

Queste parole chiave sono state combinate attraverso operatori booleani e gli appropriati termini *Mesh* alle parole chiave relative ai disturbi mentali: *Depressive Disorder*, *Depression*, *Bipolar Disorder*, *Schizophrenia*.

La ricerca così effettuata ha fornito un totale di 2.018 articoli scientifici. È stato quindi effettuato uno *screening* degli *abstract* che ha consentito di identificare 33 articoli utili per la revisione.

A completamento della ricerca bibliografica è stata condotta una ricerca per identificare siti web che potessero contenere informazioni su IC sviluppati da fonti scientificamente autorevoli. Sono stati consultati i siti web delle seguenti organizzazioni: *World Health Organization* (WHO), *European Commission* (EC), *Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD), *Canadian Institute for Health Information* (CIHI), *Canadian Advisory Network on Mental Health* (ANMH), *Australian Council on Healthcare Standards* (ACHS), *Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health* (CQAIHM), *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO), *National Committee for Quality Assurance* (NCQA), *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), *Danish Healthcare System*, *National Institute for Health and Welfare* (Finland), *United Kingdom Department of Health* (DH). Gli IC sviluppati all'interno del progetto *SIEP Direct's* sono stati inoltre inclusi nella valutazione.

La ricerca così condotta ha consentito di identificare un totale di 281 IC in grado di soddisfare i criteri di inclusione prestabiliti.

Nel corso della ricerca si è reso evidente che alcuni IC utilizzati nell'ambito dei disturbi mentali, pur non avendo una specifica indicazione per una singola patologia, potevano risultare di interesse per l'impiego in uno o più dei disturbi considerati nella revisione. Pertanto è stato creato un quarto gruppo di IC sotto la denominazione generica di 'IC per disturbi mentali gravi'.

I 281 IC identificati sono stati suddivisi quindi in quattro gruppi: Disturbo Depressivo Maggiore (47 indicatori), Schizofrenia (116 indicatori), Disturbo Bipolare (44 indicatori), Disturbi Mentali Gravi (74 indicatori).

La fonte principale di IC è risultato essere il *Centre for Quality Assessment and Improvement in Mental Health* (CQAIHM) che contiene due differenti gruppi di indicatori: *National Inventory of Mental Health Quality Measures* (NIMHQ) e *STAndards for Bipolar Excellence* (STABLE). Il NIMHQ è un *database* liberamente accessibile che contiene più di 300 misure di processo, utilizzabili nell'area della salute mentale e delle sostanze d'abuso, che sono state sviluppate da diversi soggetti tra cui agenzie governative, ricercatori, professionisti, aziende sanitarie e associazioni di utenti. Per gli indicatori qui contenuti è indicato, in aggiunta alle informazioni di base, anche il livello di evidenza. All'interno dello *STABLE* sono contenuti 15 indicatori sviluppati sulla base di dati scientifici e consenso di esperti e di cui è stata valutata affidabilità e validità. Questo progetto è stato finanziato da un'azienda farmaceutica.

Un'altra importante fonte di IC è stato il progetto *SIEP Direct's* che ha raccolto numerosi indicatori derivati dalle linee guida per il trattamento della schizofrenia realizzate dal NICE.

Il *Canadian Advisory Network on Mental Health* (ANMH) comprende un ampio *database* di indicatori relativi anche a dimensioni della qualità non considerate in questa revisione come l'accettabilità e il rapporto costi/efficacia.

L'*Australian Council on Healthcare Standards* (ACHS) contiene, in aggiunta ai dati sugli IC, anche un ampio *database* di analisi e *report* di utilizzo, con informazioni sull'implementazione degli indicatori. Sono inoltre disponibili *report* di commento annuali a cura del *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*.

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEGLI INDICATORI

I dati relativi a ciascun indicatore sono stati inseriti in un *database* ad hoc e quindi riassunti in una tabella sintetica per ciascun indicatore di seguito riportata e comprendente le informazioni più rilevanti per il successivo processo di selezione.

Tabella 1 - Variabili rilevate

Nome e codice	Il nome dell'indicatore come riportato dalla fonte accompagnato da un codice numerico identificativo univoco utilizzato per la creazione del <i>database</i>
Descrizione	Una descrizione sintetica dell'indicatore come riportata dalla fonte
Tipo di misura	Percentuale, tasso, media, mediana, frequenza
Numeratore	Descrizione dettagliata del numeratore
Tipologia	Indicatore di processo o di esito

Dominio della qualità	Accessibilità, continuità, appropriatezza, efficacia e sicurezza Quando il dominio non era esplicitamente indicato nella fonte è stato derivato dalla descrizione dell'indicatore
Fase del trattamento	Prevenzione, valutazione iniziale, fase acuta, fase di mantenimento, riabilitazione. Quando la fase del trattamento non era esplicitamente indicata nella fonte è stata derivata dalla descrizione dell'indicatore
Razionale	Razionale fornito dalla fonte o derivato dai riferimenti bibliografici
Livello di evidenza	A, B, C o GPP (livello di evidenza secondo le linee guida NICE)
Fonte dei dati	Tra quelle disponibili nell'ambito dei servizi sanitari della Regione Lombardia.
Dati aggiuntivi	Eventuali informazioni aggiuntive che devono essere raccolte per utilizzare l'indicatore
Note	Commenti dell'autore della revisione
Fonte	Fonte principale dei dati relativi all'indicatore
Riferimenti bibliografici	Articoli scientifici, linee guida, siti web contenenti informazioni sul razionale dell'indicatore

Una descrizione dettagliata non è disponibile per tutti gli indicatori, ma tipo di misura, numeratore e denominatore sono disponibili per tutti gli indicatori. La tipologia dell'indicatore, il dominio della qualità e la fase di trattamento sono stati derivati dalla descrizione dell'indicatore quando non esplicitamente riportati dalla fonte. Il razionale scientifico è stato riportato solo quando esplicitamente indicato dalla fonte. Solo poche fonti riportavano il livello di evidenza e solo una fonte riportava dettagli sulla forza della raccomandazione per cui quest'ultimo dettaglio è stato omissso.

Tenendo in considerazione l'organizzazione dei servizi sanitari di Regione Lombardia sono state inserite alcune indicazioni relative alla fonte dei dati per la costruzione di ciascun indicatore e a eventuali informazioni aggiuntive che dovrebbero essere raccolte. In molti casi venivano citati più di un riferimento bibliografico per ciascun indicatore e nel caso non vi fossero riferimenti, la fonte stessa è stata considerata come riferimento.

Valori di riferimento per gli indicatori erano riportati solo da una minima parte delle fonti, per cui tali dati sono stati omessi. Analogamente le esperienze di implementazione sono risultate limitate ed estremamente eterogenee, per cui sono state anch'esse omesse. Le schede riassuntive di ciascun indicatore sono state quindi raccolte per patologia e ordinate alfabeticamente per poi essere utilizzate nella successiva fase di selezione.

CAPITOLO 3 - LO SVILUPPO DEGLI INDICATORI CLINICI

Giulia Fantini, Antonio Lora ed Emiliano Monzani

LA SELEZIONE DEGLI INDICATORI ATTRAVERSO IL GRUPPO DI CONSENSO

Per selezionare gli indicatori si è scelto il metodo Delphi, un processo decisionale strutturato applicato per la selezione di indicatori in ambito sanitario (1)(2)(3) e specificatamente nella salute mentale (4)(5)(6)(7)(8).

Strutturare un processo decisionale coinvolgendo un gruppo di esperti è indicato laddove si operi su dati non elaborabili attraverso l'uso di meta-analisi o di altri metodi statistici o in situazioni ad elevata complessità, come ad esempio quando le evidenze sull'efficacia o sull'esito dei trattamenti non sono conclusive o quando i trattamenti stessi comportano gravi rischi o effetti collaterali per i pazienti. Richiedere ad un gruppo di esperti di esprimere il proprio giudizio per arrivare ad un accordo, può aiutare a bilanciare rischi e benefici, temperare il peso delle evidenze con le richieste che provengono dai pazienti e dai loro familiari e considerare le caratteristiche e le risorse del contesto organizzativo e sociale (9).

Attraverso i gruppi di consenso si mira a massimizzare i vantaggi derivanti dall'apporto congiunto dei pareri di esperti, che operano in situazioni e luoghi geografici diversi e spesso distanti tra loro, minimizzando alcuni effetti negativi di una decisione collettiva, quali ad esempio il prevalere di posizioni dominanti o di interessi particolari.

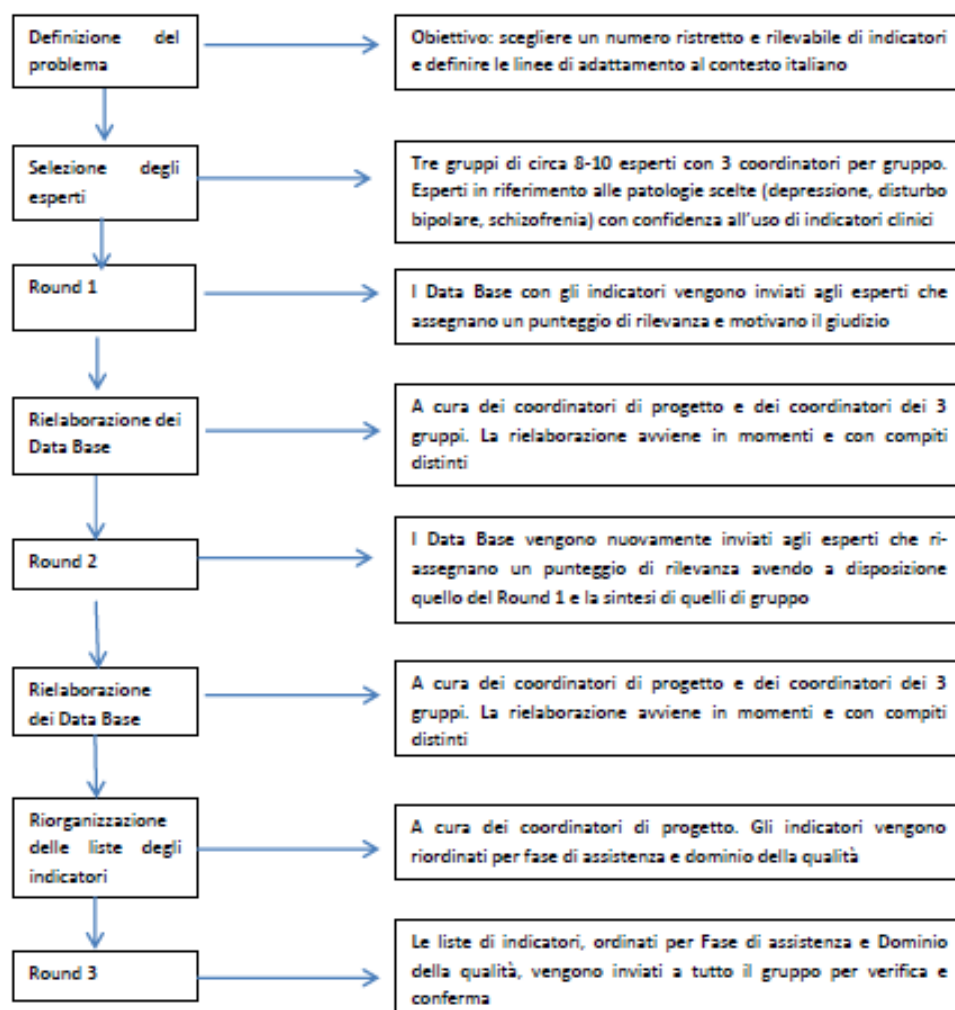
Operativamente i gruppi di consenso, come il Delphi o i Gruppi Nominali (2), si svolgono secondo uno schema organizzato che prevede:

- un certo numero di consultazioni successive, dette anche *round*, che varia di solito tra 2 o 3;
- l'espressione di un giudizio in forma anonima, attraverso l'attribuzione di un punteggio, e una restituzione dei giudizi tra un turno e l'altro;
- l'assenza d'interazione *de visu*, prevista al contrario nei Gruppi Nominali, che si realizza tipicamente attraverso uno scambio di e-mail.

Nel nostro caso è stato applicato un Delphi modificato, il cui flusso è descritto nella figura 1.

La novità introdotta rispetto allo schema 'tradizionale', riguarda il fatto che per ognuno dei 3 sottogruppi di esperti (esperti schizofrenia, esperti depressione maggiore ed esperti disturbo bipolare), sono stati nominati 3 coordinatori. I coordinatori, oltre a partecipare alle fasi di consultazione, hanno collaborato con compiti specifici alla rielaborazione dei materiali tra un *round* e l'altro.

Fig.1- Flusso delle consultazioni svolte secondo un metodo Delphi



GLI ESPERTI E IL GRUPPO DI COORDINAMENTO

Per formare il gruppo sono stati selezionati 28 esperti, 24 dei quali hanno effettivamente partecipato alle consultazioni. Si è scelto di creare 3 gruppi di circa 8-10 esperti in modo da avere un numero significativo di giudizi. Ad ogni *round* gli esperti hanno ricevuto ed esaminato gli indicatori specifici per il disturbo di riferimento (schizofrenia, disturbo bipolare, depressione maggiore) e una parte di quelli relativi ai disturbi mentali gravi. I professionisti coinvolti sono tutti medici psichiatri - esperti in riferimento alle patologie d'interesse - che hanno consuetudine all'utilizzo degli indicatori nella direzione o gestione operativa dei servizi e/o nella ricerca clinica ed epidemiologica. Diciotto esperti operano prevalentemente nell'ambito dei servizi pubblici e 6 operano in ambito accademico o presso istituti di ricerca. Sebbene in letteratura si suggerisca di creare gruppi di consenso formati dai diversi *stakeholders* (18), la scelta di coinvolgere solo medici psichiatri nel progetto è parsa coerente con la specificità degli indicatori. Infatti, la quasi totalità degli indicatori (274 su 281) si riferisce ad aspetti clinici del processo di cura e un terzo circa (95) riguarda trattamenti farmacologici. Sono stati selezionati psichiatri sensibili agli obiettivi del progetto (e a una successiva implementazione degli indicatori) e con ampia gamma di esperienze e provenienze (vedi Tabella 1).

Tabella 1 - Caratteristiche del gruppo di esperti

	Area Geografica in cui operano gli esperti (Nord/Centro/Sud)	Contesto prevalente in cui operano (Università o Istituti di Ricerca/Servizi Territoriali o Ospedalieri)
Schizofrenia	Nord 5 Centro 0 Sud 3	Ricerca 4 Servizi 4
Disturbo Bipolare	Nord 5 Centro 2 Sud 1	Ricerca 5 Servizi 3
Depressione Maggiore	Nord 2 Centro 4 Sud 2	Ricerca 4 Servizi 4

Come anticipato, per ogni gruppo sono stati individuati tre coordinatori con il compito di collaborare alla revisione dei materiali tra un *round* e l'altro. I due coordinatori di progetto - entrambi medici psichiatri esperti in sistemi informativi e integrazione dei *database* - non hanno invece partecipato alle fasi di valutazione, ma hanno progettato e supervisionato il processo di selezione. In particolare hanno curato la valutazione della rilevabilità in riferimento ai sistemi informativi effettivamente implementati, l'integrazione delle osservazioni emerse nel testo degli indicatori, l'adattamento degli indicatori alla realtà italiana - anche dal punto di vista lessicale - e la valutazione complessiva della presenza di indicatori a presidio dei diversi domini della qualità e delle fasi di trattamento individuate.

Uno psichiatra esperto di revisioni si è occupato della prima fase di ricerca della letteratura; uno psicologo psicoterapeuta, che si era già occupato di progetti di ricerca sull'applicazione di IC, ha supportato i coordinatori di progetto nella pianificazione e nella gestione delle consultazioni.

LE CONSULTAZIONI

Le consultazioni sono state realizzate tramite posta elettronica, facendo circolare i dati in forma anonima. Sono stati condotti due *round* e un terzo è stato fatto a conclusione dei lavori per confermare la lista finale degli indicatori.

A ogni esperto è stato inviato il *database* relativo al disturbo di competenza e quello relativo ai disturbi mentali gravi.

L'esame dei *database* aveva evidenziato alcune disomogeneità: alcuni indicatori erano molto simili tra di loro ed altri molto diversi; ad esempio solo per 109 dei 281 indicatori selezionati era indicato il livello di evidenza.

Nonostante ciò si è scelto di sottoporre agli esperti tutti gli indicatori, senza effettuare alcuno *screening* preventivo. È stato chiesto agli esperti di attribuire un giudizio di rilevanza in modo semplice e immediato (una scala da 1 a 4 dove 1 è non rilevante e 4 molto rilevante) e di motivare il giudizio se ritenuto opportuno. Inoltre gli esperti sono stati invitati ad aggiungere un commento nel caso in cui l'indicatore fosse ritenuto rilevante, ma richiedesse un adattamento al contesto dei servizi italiani.

Nelle istruzioni formulate per gli esperti si chiedeva di tenere in considerazione per ogni indicatore i seguenti criteri di qualità:

- consenso e condivisione del significato e delle modalità di utilizzo (l'indicatore deve essere chiaro nella sua descrizione e riferirsi ad aspetti significativi per clinici e/o utenti, etc.);
- capacità di orientare le decisioni (ai vari livelli clinici, amministrativi, etc.);
- validità generale come misura (validità, precisione, accuratezza e riproducibilità);
- capacità discriminante, intesa come capacità di differenziare condizioni che è importante considerare come differenti;
- misurabilità dell'indicatore, intesa come possibilità di essere rilevato nel contesto delle risorse disponibili e con tempestività.

L'aspetto della rilevabilità tramite i Sistemi Informativi - prendendo a riferimento quelli implementati nella Regione Lombardia (vedi Tabella 2) è stato considerato prioritario. Sono stati deliberatamente esclusi indicatori che prevedano dati generati dalle cartelle cliniche.

Tabella 2 - Principali dati derivabili dai Sistemi Informativi – Regione Lombardia

1. Assistenza psichiatrica (informazioni relative all'attività territoriale, semiresidenziale, residenziale ed ospedaliera delle strutture del DSM e private accreditate comprendente anche un glossario degli interventi territoriali).
2. Assistenza farmaceutica (principio attivo prescritto, tipo di formulazione, numero di compresse/fiale contenute nella confezione - con riferimento alla farmaceutica territoriale e al servizio farmaceutico delle strutture). Esclusi i trattamenti farmacologici durante la degenza.
3. Specialistica ambulatoriale (esami di laboratorio prescritti in regime ambulatoriale, visite psichiatriche e non psichiatriche eseguite in Pronto Soccorso, visite specialistiche ambulatoriali di carattere non psichiatrico).
4. Assistenza ospedaliera (ricoveri sia psichiatrici che di carattere non psichiatrico per patologia somatica –SDO).
5. Servizi per le alcooldipendenze e tossicodipendenze.
6. Anagrafe regionale assistiti (decessi).

Dopo la prima consultazione i giudizi di rilevanza sono stati sintetizzati; i giudizi pari a 3 o 4 (rilevante e molto rilevante) sono stati conteggiati e rapportati percentualmente al totale dei giudizi effettivamente espressi. Sulla base del giudizio formulato dagli esperti gli indicatori sono stati classificati come indicatori giudicati rilevanti nella stragrande maggioranza dei casi (i giudizi rilevante o molto rilevante sono superiori al 75%), indicatori in una posizione intermedia (la percentuale di giudizi 3 o 4 è uguale o inferiore al 75% ma superiore o uguale al 50%) e indicatori giudicati debolmente rilevanti o non rilevanti (con una percentuale di giudizi 3 o 4 inferiore al 50%). Le osservazioni, molto numerose, sono state riportate integralmente in quanto necessarie a contestualizzare o integrare il giudizio attribuito; le situazioni prive di uno o più giudizi sono state evidenziate in quanto potevano segnalare dubbi o incomprensioni.

A seguito del primo *round* i due coordinatori di progetto hanno integrato i *database* specificando per ogni indicatore la rilevabilità, ossia la possibilità di ottenere l'informazione in oggetto attraverso l'integrazione dei sistemi informativi sanitari. Un'unica eccezione alla rilevabilità è stata proposta per l'indicatore sulla contenzione, cui è stato riconosciuto un particolare valore etico.

Inoltre, per facilitare il raffronto, gli indicatori simili sono stati raggruppati per aree di appartenenza (area accessibilità ai servizi/trattamenti, area continuità della cura–servizi/trattamenti, area intensità di cura–servizi/trattamenti, area stile di lavoro, area *assessment* dei bisogni, area appropriatezza dei trattamenti farmacologici–utilizzo Electro Convulsive Therapy (ECT), area monitoraggio dei trattamenti farmacologici – ECT, area supporto a familiari e rete sociale, area auto-etero aggressività – gravi eventi, contenzione – isolamento, mortalità).

I *database*, integrati con le informazioni indicate (sintesi dei giudizi espressi, rilevabilità e area di appartenenza) sono stati inviati, sempre in forma anonima, ai coordinatori dei tre gruppi.

I coordinatori hanno riesaminato gli indicatori per confermare l'eliminazione di quelli non rilevabili, individuare quelli da rivalutare al secondo *round* e quelli candidati all'eliminazione (indicatori debolmente rilevanti o non rilevabili dai sistemi informativi).

I coordinatori di progetto hanno quindi scelto di non applicare un criterio quantitativo rigido per eliminare gli indicatori, ma di coinvolgere i coordinatori dei 3 gruppi per considerare sia i giudizi quantitativi sia le osservazioni e i commenti registrati sui *database* dagli esperti, spesso molto significativi. Dai coordinatori dei sottogruppi è giunta invece la proposta di dare continuità agli indicatori selezionati in un precedente studio promosso dalla SIEP (10).

Per giungere a una selezione degli indicatori condivisa è stata condotta la seconda consultazione. È stato chiesto agli esperti di ri-attribuire un giudizio di rilevanza avendo a disposizione quello precedentemente assegnato, i commenti e la sintesi di quelli assegnati dagli altri esperti e le integrazioni dei coordinatori.

Tra il primo e il secondo *round* si sono registrati un certo numero di cambiamenti di giudizio da parte degli esperti (un terzo degli esperti ha cambiato il proprio giudizio), ma non si è ottenuta una significativa riduzione del numero di indicatori come invece era accaduto dopo il primo turno.

Per pervenire ad un consenso rispetto agli indicatori da eliminare sono stati coinvolti i 9 coordinatori, dando loro indicazione di considerare in particolare il significato clinico dell'indicatore (e non semplicemente la sua utilità ai fini del monitoraggio) e l'adattabilità al contesto italiano.

Con i coordinatori si è inoltre convenuto di inserire gli indicatori riferiti ai disturbi mentali gravi (appartenenti in particolare alle aree auto eteroaggressività, contenzione e isolamento e mortalità) nelle liste dei 3 disturbi, in modo da completare lo svolgimento logico del processo di cura. Seguendo la medesima logica due indicatori del *database* relativo alla schizofrenia (appartenenti all'area sull'*assessment* dei bisogni e al supporto ai familiari e alla rete sociale) sono stati invece 'traslati' ai *database* depressione e disturbo bipolare.

La Tabella 3 che segue riporta il numero di indicatori all'origine e nelle successive fasi.

Tabella 3 - La progressiva riduzione del numero di indicatori

	Indicatori all'origine	Indicatori eliminati dopo round 1	N. indicatori proposti per round 2	Risultato dopo ulteriore riduzione	N. indicatori finali
Schizofrenia	116	47	69	61	41
Depressione	47	20	27	18	13
Disturbo bipolare	44	8	36	33	33
Disturbi mentali gravi	74	32	42	36	0
Totale	281	107	174	148	90

I 2 coordinatori di progetto hanno infine:

- verificato l'omogenea applicazione da parte dei tre gruppi dei criteri stabiliti;
- armonizzato, anche sotto il profilo lessicale, le proposte di adattamento degli indicatori alla realtà italiana;
- rivisto le fasi del processo di cura e i domini della qualità per allinearli al set di indicatori selezionati e renderli coerenti, a livello terminologico e concettuale, al contesto dei servizi italiani.

In particolare sono state riviste le fasi di trattamento inizialmente associate ad ogni indicatore (vedi tabella 4), eliminando la fase della prevenzione, includendo l'*assessment* nella fase di primo contatto, accorpando le fasi di mantenimento e riabilitazione in un'unica di mantenimento e promozione del recupero psico-sociale ed inserendo gli elementi comuni a tutte le fasi di assistenza, logico effetto dell'accorpamento degli indicatori del *database* dei disturbi mentali gravi negli altri *database*.

Anche i domini della qualità sono stati rivisitati, scorporando il dominio dell'appropriatezza in appropriatezza dei trattamenti psicosociali e appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici (che assorbe anche l'*effectiveness*) e declinando più precisamente la *safety* in due distinti domini relativi alla sicurezza dei pazienti e agli eventi sentinella.

Tabella 4 - Domini della qualità e fasi del processo di cura

DOMINI DELLA QUALITÀ		FASI DEL PROCESSO DI CURA
Emersi dalla revisione della letteratura	Adattati alla selezione degli indicatori e al contesto italiano	Emersi dalla revisione della letteratura
1. <i>Accessibility</i> 2. <i>Continuity</i> 3. <i>Appropriateness</i> 4. <i>Effectiveness</i> 5. <i>Safety</i>	1. Accessibilità 2. Continuità 3. Appropriately trattamenti psicosociali 4. Appropriately trattamenti psicofarmacologici 5. Sicurezza dei pazienti 6. Eventi sentinella (Auto-eteroaggressività, eventi gravi, contenzione, mortalità)	a. <i>Prevention</i> b. <i>Assessment</i> c. <i>Acute phase</i> d. <i>Maintenance</i> e. <i>Rehabilitation</i>

Le liste di indicatori, ordinati per fase e dominio, sono state infine inviate per verifica e approvazione a tutto il gruppo degli esperti.

BIBLIOGRAFIA

1. Fink a, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH.(1984) Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *American journal of public health* . 74(9):979–83.
2. Jones J, Hunter D. (1995) Consensus methods for medical and health services research. ;311(August):376–80.
3. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson a, Marshall M. (2002) Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality & safety in health care* . 11(4):358–64.
4. Fiander M, Burns T.(2000) A Delphi approach to describing service models of community mental health practice. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* [Internet]. 51(5):656–8.
5. Hermann RC, Finnerty M, Provost S, Palmer RH, Chan J, Lagodmos G, et al.(2002) Process measures for the assessment and improvement of quality of care for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* . 28(1):95–104.
6. Hermann RC, Mattke S, Somekh D, Silfverhielm H, Goldner E, Glover G, et al. (2006) Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *International journal for quality in health care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua* Suppl 1(September):31–8.
7. Weinmann S, Roick C, Martin L, Willich S, Becker T.(2010) Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* . 19(1):52–62.

8. Addington DE, McKenzie E, Wang J, Smith HP, Adams B, Ismail Z. (2012) Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.). (9):1–8.
9. Naylor C.D. (1998) What Is Appropriate Care? *N.E.J.M.* 338:1918–20.
10. Ruggeri M., Semisa D., Lora A., Morosini P. (2008) The SIEP-DIRECT'S Project on the discrepancy between routine practice and evidence in the treatment of schizophrenia. The design, the indicators, and the methodology of the study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 17(4):278–90.

CAPITOLO 4 - LA COSTRUZIONE DEGLI INDICATORI

Buthaina Ibrahim e Giovanni Corrao

L'UTILIZZO DEI DATABASE ELETTRONICI IN SANITA'

La progressiva diffusione dei sistemi informatizzati nell'amministrazione pubblica ha reso possibile l'archiviazione elettronica di enormi quantità di dati anche in ambito sanitario, su tutti i soggetti assistiti dal Sistema Sanitario. La Lombardia ha un patrimonio significativo di dati di questo tipo per diversi motivi: (i) la numerosità dei cittadini (oltre 9 milioni) che ricevono gratuitamente le prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Regionale (SSR); questo consente di disporre di un sistema di monitoraggio delle prestazioni erogate all'intero insieme degli individui coperti dal SSR, quindi su una popolazione ampia e non selezionata; (ii) la ricchezza degli archivi disponibili ognuno dei quali riguarda una specifica tipologia di prestazione; ad esempio le prescrizioni farmaceutiche, i ricoveri ospedalieri, le prestazioni ambulatoriali etc.; (iii) la possibilità di linkare tra loro gli archivi riconoscendo, attraverso un codice identificativo, le prestazioni erogate ad ogni singolo individuo coperto dal SSR; questo consente di effettuare analisi basate sull'individuo (piuttosto che sulla prestazione) ricostruendone la storia clinica (almeno quella tracciabile dalle informazioni registrate negli archivi correnti).

Le Aziende Sanitarie locali/regionali dispongono dei seguenti archivi informatizzati:

- *database* anagrafici assistibili/medici: in essi sono registrate tutte le informazioni anagrafiche dei medici e degli assistibili dall'Azienda Sanitaria (codice fiscale, data di nascita, sesso, distretto di appartenenza).
- *Database* farmaceutico: registra il volume di spesa relativo al rimborso dei farmaci acquistati (farmaci in fascia A). Questo archivio provvede alla raccolta di tutte le richieste di rimborso inoltrate dalle farmacie. I dati disponibili nel farmaceutico territoriale per ogni *record* (ricetta) sono il codice identificativo del paziente, il codice del medico prescrittore, il codice AIC (Autorizzazione Immissione in Commercio), il numero di scatole, la data di prescrizione e la data di dispensazione.
- *Database* nosologico ospedaliero: archivio per la rilevazione dei ricoveri ospedalieri generato dalle diagnosi di dimissione codificate secondo *International Classification of Disease* (ICD) registrate nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). Questo *database* contiene alcune informazioni di carattere amministrativo e clinico relative alle degenze, come, ogni ricovero, il

codice identificativo del paziente, la data di ammissione e di dimissione, il reparto di ammissione e di dimissione, la data e i reparti di eventuali trasferimenti interni, la diagnosi principale, le diagnosi concomitanti, lo stato di dimissione, il regime di ricovero, il *Diagnosis-Related Group* (DRG) assegnato ovvero la tariffa di rimborso del ricovero.

In realtà, le potenzialità degli archivi informatizzati vanno ben oltre la mera gestione amministrativa e, pur considerando i limiti intrinseci a questa tipologia di raccolta dei dati, le informazioni in essi contenute possono essere sfruttate per studi osservazionali sull'uso delle prestazioni sanitarie, sui percorsi assistenziali, sugli esiti e sui costi nella pratica clinica corrente.

Nell'ambito della ricerca sui servizi sanitari vi è oggi una grande attenzione alla valutazione di quale possa essere l'utilità di questi *database* ai fini di una descrizione e dell'analisi della qualità dell'assistenza sanitaria e dei suoi determinanti. Le ragioni di questo interesse sono facilmente intuibili. I *database* amministrativi offrono informazioni a basso costo, dal momento che sono già disponibili, tendenzialmente relative a tutti i servizi presenti in un determinato contesto e soprattutto, diversamente dalle altre modalità di monitoraggio e valutazione della qualità dell'assistenza, non richiedono investimenti aggiuntivi in termini di risorse. Ovviamente, anche questo approccio presenta alcuni limiti, rappresentati anzitutto dalla necessità di verificare in che misura un flusso informativo pensato e realizzato per rispondere essenzialmente a esigenze amministrative del governo clinico offra anche quel grado di completezza e dettaglio necessari ai fini di una valutazione epidemiologica.

L'integrazione dei diversi archivi si concretizza nell'attribuzione al singolo paziente del complesso dei fattori (data nascita, sesso, eventuali prescrizioni farmacologiche, eventuali ricoveri) e nella distribuzione di questi dati lungo un intervallo temporale non finito. Il risultato finale di questo procedimento è, a livello del singolo assistito, la definizione di un profilo clinico, analitico e cronologico e, a livello di aggregato, la creazione di una banca dati epidemiologica di popolazione.

Sebbene i *database* amministrativi possano essere utilizzati per rispondere a diversi quesiti di ricerca, la loro applicazione dipende dalle variabili generalmente richieste per ogni tipo di ricerca e dalla validità delle sue informazioni

1. PUNTI DI FORZA

Gli archivi sanitari elettronici hanno diversi vantaggi importanti. Questi includono il loro potenziale nel fornire un campione di dimensioni molto grande. I dati hanno immediata accessibilità e permettono di osservare grandi popolazioni nella loro *routine* assistenziale. Ciò è particolarmente importante nel campo della epidemiologia, dove è opportuno raggiungere una dimensione adeguata del campione. Inoltre, questi *database* sono relativamente poco costosi, soprattutto in considerazione della dimensione del campione disponibile, in quanto sono sottoprodotti dei sistemi amministrativi. Gli studi che utilizzano questi archivi elettronici non hanno la necessità di sostenere il costo considerevole di un'eventuale raccolta dei dati, diversamente dagli studi di popolazione per i quali sono estratte le cartelle cliniche e/o

sono condotte interviste. Inoltre, con questi *database* si evitano errori/*bias* da richiamo e intervista, in quanto non si basano sul ricontatto del paziente o su interviste per ottenere i dati.

2. PUNTI DEBOLI

Il punto di debolezza principale di tali sistemi è la validità dei dati per diagnosi incerte. Questo vale in particolar modo per i dati ambulatoriali. È meno problematico per le diagnosi di degenza e per i *database* delle cartelle cliniche. Inoltre, tali banche dati possono mancare di informazioni su alcune potenziali variabili di confondimento. Il principale limite delle banche dati amministrative è infatti la mancanza di dati clinici; di fatto, nascendo per scopi contabili, tralasciano completamente dati relativi alle abitudini e caratteristiche di vita del paziente (come il fumo, l'alcool, la data della menopausa, ecc), ai sintomi ed alle diagnosi e agli indicatori di esito intermedio (parametri vitali o livelli biochimici). In diversi studi condotti con gli archivi sanitari elettronici, questo limite è stato almeno in parte ridimensionato in due modi. Innanzitutto molti *outcome* clinici possono essere approcciati attraverso l'uso di indicatori di *proxy*, come i dati sulle prescrizioni farmaceutiche per le diagnosi, le visite specialistiche o i test diagnostici per i trattamenti. Questi indicatori hanno limiti intrinseci a causa, per esempio, delle indicazioni sovrapposte, le differenti prescrizioni e visite redatte da medici diversi e le diverse politiche nel prescrivere i farmaci. Alternativamente le informazioni cliniche possono essere integrate attraverso il *linkage* con altri *database* quali i registri di morte o i registri dei tumori.

IL SISTEMA INFORMATIVO PSICHIATRICO DELLA REGIONE LOMBARDIA

I dati sono stati ricavati dal Sistema Informativo (SI) psichiatrico della Regione Lombardia che, sul modello del registro dei casi, raccoglie a livello regionale le informazioni relative ai pazienti e ai loro contatti con le strutture psichiatriche. Il SI psichiatrico regionale comprende sia i DSM pubblici che le strutture private accreditate residenziali e semiresidenziali, mentre sono esclusi dalla rilevazione i pazienti che hanno avuto solo contatti con le strutture private accreditate di ricovero (case di cura) e i pazienti che hanno avuto solo contatti ambulatoriali con strutture private accreditate.

Il flusso informativo rileva da un lato le caratteristiche sociodemografiche, diagnostiche e di contatto con i servizi psichiatrici dei pazienti trattati dalle Unità Operative di Psichiatria (UOP) della Regione e delle strutture private accreditate, e dall'altro l'attività erogata dalle strutture (contatti territoriali, presenze semiresidenziali, ricoveri ospedalieri e residenziali). È merito della architettura del sistema la possibilità di identificare in maniera univoca attraverso il codice sanitario individuale i pazienti trattati e di attribuire loro l'intera gamma di interventi erogati. La struttura del SI psichiatrico della Regione Lombardia riflette da vicino l'architettura del nuovo sistema informativo della salute mentale nazionale, stabilito in base all'Accordo Stato Regioni del 2001.

Nato nel 1982 e sviluppato inizialmente a partire da dati aggregati raccolti su base cartacea, negli anni novanta si è progressivamente informatizzato attraverso il *software* regionale Psiche, che

attualmente rappresenta il *software* in rete utilizzato dagli erogatori pubblici e privati in Lombardia. Il sistema informativo svolge oggi non solo le funzioni di monitoraggio epidemiologico e valorizzazione delle prestazioni psichiatriche, ma garantisce anche la continuità informativa e gestionale tra le diverse strutture della UOP, favorendo il coordinamento delle attività di cura.

A livello di singola struttura i dati vengono raccolti tramite il *software* Psiche, che collega in rete tutte le strutture della Unità Operativa e che contiene al suo interno strumenti per l'analisi dei pazienti in contatto e delle attività erogate. Ne deriva la possibilità per ciascuna struttura collegata in rete di analizzare i dati propri e quelli della Unità Operativa cui appartiene, monitorando sia i pazienti che le attività erogate. Dal *server* centrale della UOP, dove i dati delle singole strutture vengono raccolti, i dati sono trasmessi a cura dell'Azienda Ospedaliera, a cui l'Unità Operativa afferisce, mensilmente e per via telematica alla Direzione Generale Salute della Regione Lombardia. In Regione i dati sono utilizzati per la valorizzazione delle prestazioni, per il monitoraggio delle attività delle Unità Operative e per la valutazione di carattere epidemiologico.

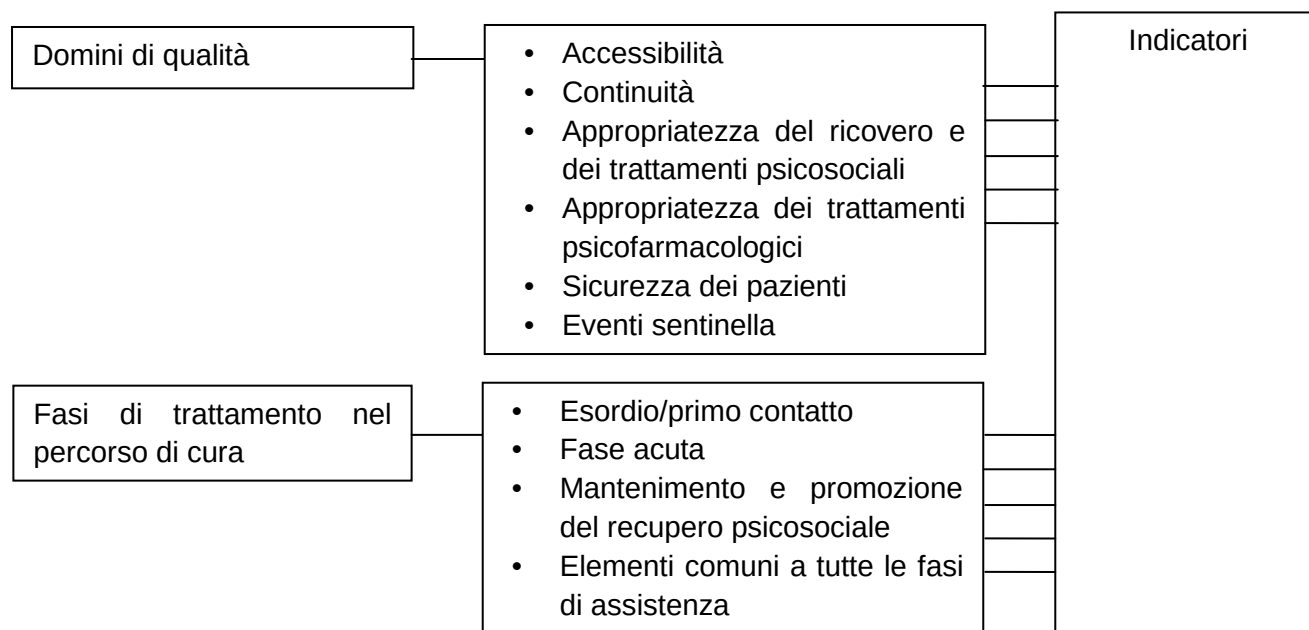
In questi anni il sistema informativo è diventato una sorta di linguaggio comune tra le strutture psichiatriche, i DSM, le Aziende Sanitarie e la Regione, favorendo l'integrazione gestionale tra i diversi attori del sistema.

COSTRUZIONE DEGLI INDICATORI CLINICI NEI DISTURBI MENTALI GRAVI

La qualità della cura erogata nei servizi di salute mentale è sempre più oggetto di attenzione non solo da parte dei clinici, ma anche da utenti, familiari ed amministratori. In un'epoca di riduzione delle risorse disponibili esiste una spinta potente da parte di tutti questi soggetti a dare maggiore valore alle risorse impegnate in salute mentale e a migliorare l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi a parità di risorse e spese.

Nel tentativo di valutare la qualità della cura psichiatrica appariva necessaria una particolare attenzione nella definizione e nella specificazione delle dimensioni che la compongono. Per valutare la qualità delle risorse e delle prestazioni erogate, sono state individuate due grandi aree, a loro volta articolate in sottoaree.

Figura 1 – Domini della qualità e fasi di trattamento.



Tale schema è il risultato di una revisione della letteratura e delle evidenze derivate dalle raccomandazioni delle linee guida internazionali. Gli indicatori di questo progetto sono stati selezionati in virtù non solo della loro rilevanza clinica, ma anche del fatto di essere totalmente rilevabili dai sistemi informativi sanitari, senza carico aggiuntivo per gli operatori.

Le fonti informative utilizzate per costruire gli indicatori, sono rappresentate dai sistemi informativi incentrati sul singolo paziente oggi disponibili in Regione Lombardia. Per questo progetto sono stati utilizzati i flussi relativi a:

- archivio degli assistiti (che riporta alcune informazioni anagrafiche sugli individui che hanno diritto a ricevere le prestazioni sanitarie dal SSR),
- archivio informativo delle prestazioni psichiatriche,
- archivio delle prescrizioni farmaceutiche,
- archivio delle prestazioni ambulatoriali (limitatamente alle prestazioni di laboratorio e alle visite specialistiche non psichiatriche),
- archivio delle schede di dimissione ospedaliera.

Dall'archivio del SI psichiatrico regionale sono stati estratti tutti i pazienti di entrambi i generi con una diagnosi di schizofrenia (ICD-10: F 2x.xx), disturbo bipolare (ICD-10 : F 30.xx, F31.xx, F34.0x, F38.0x) o depressione (ICD-10: F32.xx, F33.xx, F34.1x, F34.8x, 3F4.9x, F38.1x, F38.8x) che tra il 01/01/2009 ed il 31/12/2009 avevano avuto almeno un contatto con una struttura psichiatrica appartenente ai DSM o privata accreditata (prevalenza trattata). Per tale popolazione sono stati successivamente estratti tutti i dati relativi agli altri flussi informativi.

Attraverso il codice identificativo di ciascun paziente, si sono linkati i vari *database* per ricostruirne il percorso clinico-terapeutico nei 365 giorni successivi al primo contatto avuto nell'arco del 2009. Si sono creati *dataset* separati a seconda della patologia.

Per ogni indicatore è stato costruito un algoritmo per identificare i pazienti che avevano ricevuto un particolare trattamento farmacologico e/o terapeutico, combinando i codici di intervento di SI psichiatrico con le informazioni contenute negli altri *database*. I pazienti che risultavano avere le caratteristiche stabilite sono stati successivamente aggregati per UOP di residenza. Il *set* di indicatori finale é di tipo descrittivo in modo da permettere una chiara interpretazione degli stessi e da costituire una sorta di guida grazie a cui ogni UOP può valutare da sola le prestazioni e i trattamenti erogati durante un anno di *follow-up*.

COMPLETEZZA E QUALITÀ DEI DATI

Attualmente il SI psichiatrico regionale contiene informazioni che possono essere utilizzate prevalentemente per il monitoraggio e la valorizzazione delle prestazioni e in ambito regionale per la programmazione delle spese sanitarie. Il flusso informativo rileva da un lato le caratteristiche socio-demografiche, diagnostiche e degli interventi erogati ai pazienti trattati dalle UOP di Regione. Il SI psichiatrico lombardo che identifica ogni singolo contatto come occasione per rilevare una serie di variabili cliniche e terapeutiche, rappresenta un modello informativo al tempo stesso gestibile per i servizi e ricco di potenzialità amministrative e valutative per la Regione. I punti di forza sono:

- essere contemporaneamente un sistema finalizzato al monitoraggio dei servizi e strutturato per la valorizzazione delle prestazioni;
- essere punto di raccolta dati di tutte le UOP pubbliche e di tutte le strutture residenziali e semiresidenziali private.

A fronte di tale ricchezza di informazioni, poco frequentemente i dati del SI psichiatrico sono utilizzati in progetti per migliorare la qualità dell'assistenza. Nonostante la completezza dei dati e la loro ricchezza, sono emerse alcune criticità nella costruzione degli indicatori da collegare a:

- maggiore attenzione posta dagli utilizzatori del SI (Aziende Ospedaliere, Aziende Sanitarie Locali, erogatori privati) alle funzioni di valorizzazione delle prestazioni rispetto a quelle di monitoraggio e valutazione. Ad esempio, in caso di interruzione del percorso di cura, ci sono dati mancanti del codice che identifica la motivazione dell'interruzione e la data della chiusura del trattamento. Questo ha portato ad un limitato utilizzo in chiave valutativa delle informazioni raccolte a livello dei DSM a fronte delle potenzialità del sistema informativo, che può diventare uno strumento per il miglioramento continuo di qualità e per il governo clinico dei DSM;
- qualità non ottimale di alcune informazioni raccolte, soprattutto di quelle non legate al processo di valorizzazione. Ad esempio, le informazioni relative all'anno del primo contatto psichiatrico (in assoluto) e all'anno del primo contatto con le strutture di una specifica Unità Operativa non sono complete, come ad esempio lo stato civile dei pazienti trattati. Questi problemi non sono ugualmente diffusi in tutte le strutture, ma concentrati in alcuni servizi e necessitano di interventi migliorativi.

CAPITOLO 5 - LA METODOLOGIA STATISTICA

Piegiorgio Lovaglio ed Emiliano Monzani

EFFICACIA RELATIVA E MODELLO STATISTICO

Tra le possibili modalità di valutazione della *performance* esistenti (tramite standard di riferimento, valutazioni di efficienza, efficacia, etc.) in questo studio l'attenzione si concentra sulla misurazione della qualità delle UOP di psichiatria lombarda. La misurazione valuta le *performance* non in assoluto, ma in una logica comparativa, cioè rispetto ad altri erogatori (1-2). La qualità viene quindi considerata nell'accezione di efficacia relativa, intendendosi come il livello dei risultati ottenuti sulla base di un determinato grado, più o meno elevato, di appropriatezza di erogazione dei servizi sanitari; in tale ambito la qualità di una UOP non viene misurata in generale, ma rispetto alla performance delle altre UOP che erogano servizi all'interno del sistema che si sta valutando (sistema di salute mentale lombardo). La valutazione delle *performance* in ambito di efficacia relativa ha la funzione fondamentale di delineare degli *outliers* situati in aree di potenziale rischio di natura non casuale per i pazienti, ma perde forza nel caso si volessero utilizzare i risultati per fornire un giudizio assoluto rispetto alla qualità della cura erogata da una struttura.

In una logica comparativa è fondamentale attuare strategie di *risk adjustment* attraverso una valutazione *coeteris paribus* che tenda ad eliminare possibili distorsioni nelle graduatorie indotte dalle differenze presenti nei pazienti e nelle caratteristiche strutturali delle strutture. Ormai numerose esperienze anche nell'ambito della salute mentale dimostrano che il confronto fra dati *severity adjusted* versus *unadjusted*, produce risultati diversi rispetto alla *performance* dei trattamenti e/o delle strutture valutate (2-4). La scarsa considerazione spesso attribuita al *case-mix* negli studi di esito fin qui apparsi in letteratura, è uno dei problemi individuati da alcuni autori in una recente *review* dedicata all'analisi degli studi di *outcome* (5).

Il modello statistico che meglio si adatta a questo tipo di studio è il modello *multilevel* (6-7), sia per la capacità di applicare il criterio del *coeteris paribus* sia per la capacità di rispettare la struttura gerarchica dei dati d'analisi (informazioni a livello di pazienti, di struttura e di UOP entro cui le strutture e i pazienti appartengono). In ambito psichiatrico, numerosi autori (8-9) suggeriscono l'adozione di modelli *multilevel* longitudinali per superare le criticità legate alla valutazione degli indicatori nell'ambito della salute mentale. Tale struttura gerarchica consente al modello di considerare non solo l'effetto della variabilità tra UOP, ma al contempo la variabilità all'interno delle singole UOP.

In tale ottica la *performance* di una UOP non viene valutata sull'indicatore grezzo, ma sul *valore aggiunto*, cioè sul contributo della UOP depurando l'indicatore grezzo dal contributo imputabile ai predittori inseriti nel modello (che riassumono le caratteristiche dei pazienti, delle strutture e delle UOP analizzate). La scelta del modello *multilevel* e la procedura di correzione e standardizzazione messa in atto sia a livello di struttura sia a livello di casistica dei pazienti, permette quindi di prevedere e correggere le differenze esistenti tra UOP che incidono sui risultati (indicatori). Il valore aggiunto di ciascuna UOP coincide allora con la differenza tra l'indicatore grezzo e il valore dell'indicatore (per la stessa UOP) atteso sulla base delle sue caratteristiche (*case mix* dei pazienti trattati e caratteristiche della struttura tipicamente inerente i volumi e il personale). Così facendo il risultato evidenzia il confronto della 'vera' efficacia relativa tra UOP al netto dei predittori inseriti, che costituiscono fattori di confondimento e di non confrontabilità.

Sebbene tale impostazione consenta di confrontare tra loro le UOP in maniera *coeteris paribus*, al netto cioè di fattori di non confrontabilità, in una logica più cautelativa si preferisce tipicamente valutare la differenza tra il valore aggiunto di una UOP e la media dei valori aggiunti calcolata sul complesso delle UOP considerate (valore aggiunto di sistema o valore aggiunto regionale). Più specificamente, oltre al valore aggiunto delle UOP, il modello produce la stima del suo intervallo di confidenza, che consente di valutare la significatività delle differenze di *performance* tra ogni UOP e il valore aggiunto regionale. L'applicazione del modello statistico consente quindi di valutare, per ogni indicatore, se la *performance* di una UOP (valore aggiunto sull'indicatore grezzo aggiustato) varia rispetto alla *performance* media (valore aggiunto medio aggiustato per il livello medio dei predittori) delle altre UOP valutate.

In tale fase quindi, più che un vero *benchmarking*, in una maniera più cautelativa si producono *gruppi di UOP omogenei* rispetto alla *performance* media complessiva del sistema (complesso di UOP valutate). Tali gruppi contengono UOP con *performance* significativamente migliori della media (sopra media), significativamente peggiori della media (sotto media) o situazioni che non si discostano significativamente dalla media (in media). Tale *performance* non viene valutata ovviamente se l'indicatore grezzo presenta un valore mancante (*missing*).

INDICATORI, DIMENSIONI E STRUTTURA GERARCHICA

Gli indicatori su cui è basato il processo comparativo sono gli indicatori del progetto, tipicamente IC di processo che descrivono la qualità del processo assistenziale. Il monitoraggio attraverso IC rende possibile documentare la qualità della cura erogata, comparare tra di loro servizi attraverso il *benchmarking*, stabilire priorità, supportare i processi di *accountability* e accreditamento.

Le dimensioni rappresentate dagli indicatori sono le seguenti: accessibilità, continuità, appropriatezza dei trattamenti psicosociali e delle attività di ricovero, appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici, sicurezza ed eventi sentinella.

Il livello gerarchico analizzato ha considerato la struttura come unità di I livello e la UOP corrispondente come unità di II livello. Le strutture sono caratterizzate da cinque tipologie: Centro Psico – Sociale (CPS) – attività clinica (erogata solo da psichiatri e psicologi), CPS – attività multidisciplinare, Centro Diurno, SPDC e struttura residenziale.

PREDITTORI PER IL *RISK-ADJUSTMENT*

Rispetto alle variabili di *risk adjustment* da inserire nel modello per rispettare il criterio *coeteris paribus*, si sono scelti i predittori che riuscissero in primis ad intercettare i volumi e le caratteristiche dei pazienti.

Per standardizzare le condizioni dovute all'età, al sesso, alla patologia e alla durata del contatto con la UOP sono state considerate come predittori le seguenti variabili individuali, aggregate a livello di struttura:

- età media,
- % pazienti di sesso femminile,
- % pazienti in carico con sindromi depressive, disturbo bipolare, schizofrenia,
- anzianità media dal primo contatto,
- % pazienti per condizione occupazionale,
- % pazienti per stato civile (nubile/celibe, separato/a, divorziato/a, vedovo/a),
- % pazienti per collocazione ambientale (da solo/a, famiglia di origine, famiglia acquisita, con altri familiari/persona, comunità alloggio/protetta, casa di riposo per anziani, altro istituto non psichiatrico, carcere, senza fissa dimora, altra collocazione socio-ambientale),
- % pazienti per livello scolarità (scuola non dell'obbligo, scuola dell'obbligo, laurea),
- % pazienti per tipologia della struttura al primo contatto (CPS, ambulatorio, Centro Diurno, SPDC, struttura residenziale).

Per controllare le diverse caratteristiche delle strutture appartenenti alle UOP si sono considerate le seguenti variabili (a livello di struttura appartenente alla UOP):

- posti letto (numero di posti letto per SPDC e strutture residenziali; posti semiresidenziali in Day Hospital, in Centri Diurni, strutture residenziali),
- ore giornaliere di apertura della struttura alla settimana,
- ore di lavoro annuali per figura professionale.

ANALISI DI BENCHMARKING

Attraverso il *benchmarking* si confronta un servizio mediante indicatori opportuni con quelli forniti da organizzazioni simili, in particolare da quelle più affermate e prestigiose. Presupposto del *benchmarking* è quindi la possibilità di confrontare risultati, processi e strutture tra organizzazioni diverse tramite indicatori. In questo caso il *benchmarking* è stato effettuato con il valore medio regionale, che rappresenta non uno standard ideale di qualità, ma un risultato effettivamente ottenuto. Dalla stima del valore aggiunto di ogni UOP e, sulla base della significatività statistica del confronto tra valore aggiunto di una UOP e il valore medio regionale, il prodotto finale è costituito, per ogni indicatore, dalla costruzione di tre gruppi ben definiti: UOP con *performance* significativamente migliore della media (sopra la media), UOP con *performance* non significativamente diversa dal valore medio (in media) e UOP con *performance* significativamente peggiore della media (sotto la media).

Per l'analisi di *benchmarking* si sono selezionati solo gli indicatori che a livello di struttura presentavano un numero di valori non mancanti tale da permettere l'analisi comparativa in almeno 50% delle 65 UOP coinvolte. A tale proposito si osserva che un valore mancante per una struttura non necessariamente identifica un *missing* di sistema, ma potrebbe evidenziare il fatto che tale indicatore non è applicabile a tale struttura. In entrambi i casi, il modello non ne risente in quanto il *benchmarking* si applica solo a quelle UOP per le quali almeno una struttura presenti valori non *missing*, mentre la *performance* di una UOP non viene valutata se l'indicatore è mancante per tutte le strutture associate a tale UOP. Il fatto che una UOP non venga valutata può quindi dipendere dalle tipologie esistenti delle sue strutture.

Per concludere questo primo esercizio di valutazione dei servizi psichiatrici lombardi, si è provveduto a ricavare un *benchmarking* tra UOP, non per singolo indicatore, ma per ogni dimensione della qualità (accessibilità, continuità, appropriatezza dei trattamenti, appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici e sicurezza) attraverso misure complessive di dimensione che riassumessero le *performance* delle UOP nei vari indicatori associati alla stessa dimensione. Nella fattispecie, partendo dai valori aggiunti aggiustati delle UOP del modello *multilevel* per ogni blocco di indicatori, si è ricavata, attraverso una tecnica di riduzione dei dati, nota come Analisi in Componenti Principali, una misura complessiva del valore aggiunto di ogni dimensione analizzata. Tale analisi, oltre a fornire indicazioni sintetiche delle UOP nelle varie dimensioni, permette di valutare l'eventuale correlazione esistente tra le *performance* delle UOP nelle differenti dimensioni.

BIBLIOGRAFIA

1. Gori E, Vittadini G. (1999), *Qualità e valutazione nei servizi di pubblica utilità*. Etas Libri, Milano.
2. Iezzoni L. (1997) The risk of risk adjustment. *Journal of the American Medical Association* 278(19) : 1600-1607.
3. Hendrix MS, Dyck DG, Srebnik D (1999) Risk-adjusted Indicator models for public mental health outpatient programs. *Health Service Research* 34: 171-95.
4. Goldstein H. Spiegelhalter D.J. (1996) League tables and their limitations: statistical issues in comparisons of institutional performances. *Journal of the Royal Statistical Society* 159(3) : 385-443
5. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA (2002) Indicators research in mental health. Systematic review. *British Journal of Psychiatry* 181 : 8-16.
6. Goldstein H. (1995), *Multilevel Statistical Models*. Wiley, Londra
7. Hox JJ. (1995), *Applied Multilevel Analysis*. TT-Publikaties, Amsterdam.
8. Lambert EW, Doucette A, Bickman L (2001) Measuring mental health Indicators with pre-post designs. *Journal of Behavioural Health Service and Research* 28(3) : 273-86.
9. Monzani E., Erlicher A, Lora A, Lovaglio PG, Vittadini G. (2008) Does community care work? A model to evaluate the effectiveness of mental health services. *International Journal of Mental Health Systems* 2:10.

CAPITOLO 6 – RISULTATI

Buthaina Ibrahim, Piergiorgio Lovaglio, Antonio Lora ed Emiliano Monzani

In questo capitolo verrà descritta la qualità erogata dai servizi di salute mentale lombardi nel 2009 a partire dai risultati ottenuti attraverso gli indicatori del progetto. Il capitolo è diviso in due parti:

- analisi descrittiva degli indicatori,
- analisi di *benckmarking* tra le UOP.

L'analisi dei risultati è effettuata solo per dimensione della qualità e non per fase di trattamento.

ANALISI DESCRITTIVA

I dati mostrati si riferiscono al dato regionale, calcolato sulla totalità dei pazienti in trattamento, e non ad una media tra le Unità Operative. Il Coefficiente di Variazione (CV), calcolato invece sulle Unità Operative di Psichiatria, indica la variabilità tra le UOP: se superiore a 100 prova un'ampia variabilità dell'indicatore in questione.

Alcuni indicatori non sono stati analizzati (conclusione non concordata del trattamento, Piano di Trattamento Individuale (PTI), presenza di *case manager*, contenzione fisica e suicidio), in quanto non ricavabili dai sistemi informativi correnti, ma è auspicabile che lo siano in futuro grazie agli sviluppi previsti per il SI salute mentale di Regione Lombardia. Altri indicatori (presenza di trattamenti psico-educativi, trattamento con farmaci stabilizzatori dell'umore nel periodo successivo all'episodio acuto, controllo della glicemia e iperlipidemia nei pazienti all'inizio del trattamento, controllo della litiemia nei pazienti all'inizio del trattamento) sono stati analizzati in termini di risultato regionale, non è stato possibile analizzarli ai fini dell'analisi di *benchmarking* a causa del ridotto numero di UOP nel campione che presentavano dati di questo tipo.

A. DISTURBI AFFETTIVI

I disturbi affettivi in Lombardia rappresentano una quota importante della prevalenza trattata, interessando nel 2009 circa un quarto dei pazienti in cura nei DSM lombardi. Il campione è formato da 22.234 pazienti con disturbo depressivo (F32.XX- F33.XX) e 8.223 pazienti con disturbo bipolare

(F30.XX-F31XX). I disturbi di carattere affettivo assorbono anche una quota significativa delle risorse erogate a livello di DSM. Ai pazienti con disturbi depressivi è erogato circa il 10% degli interventi dei CPS e il 6% delle giornate di degenza in SPDC, mentre a quelli con disturbo bipolare è erogato il 7% degli interventi territoriali e delle giornate di degenza in SPDC. Minore è il ruolo che svolgono Centri Diurni e strutture residenziali nel trattamento di questi pazienti.

1. DISTURBO BIPOLARE

Per quanto riguarda l'accessibilità, il *treatment gap*, ovvero la differenza tra il rapporto tra i pazienti trattati nei servizi e le persone nella popolazione che hanno bisogno di trattamento, appare rilevante (42%) con un basso CV tra le UOP. Questo significa che quattro persone su dieci nella popolazione generale, pur soffrendo di disturbo bipolare, non hanno accesso ai servizi. Problemi di accessibilità sono indicati anche dall'età media (28,9 anni) in cui vengono presi in carico i pazienti a fronte di un esordio secondo i dati di letteratura nettamente più precoce. Anche in questo caso il basso CV indica un'omogeneità tra le UOP su questo aspetto. Di segno opposto invece sono i tempi di attesa per i pazienti che accedono per la prima volta ai CPS: solo un quarto dei pazienti (25%) ha tempi di attesa superiori ai 7 giorni nella maggioranza dei casi. Questo indicatore presenta una bassa numerosità, accompagnata da una variabilità significativa tra le UOP (CV=90), maggiore degli altri indicatori, pur non arrivando al livello soglia per l'alta variabilità.

Per quanto riguarda la continuità della cura, circa la metà dei pazienti in trattamento (45%) ha almeno un contatto ogni 90 giorni nei 365 giorni che seguono al primo contatto nell'anno, mentre questa percentuale diventa più alta (53%) nei pazienti all'esordio. La metà (50%) dei pazienti dimessi dal SPDC riceve una visita psichiatrica nel CPS nelle due settimane seguenti alla dimissione, mentre nei sei mesi seguenti la dimissione è ridotta (22%) la percentuale di pazienti che ricevono almeno una visita medica in CPS al mese.

Per quanto riguarda l'appropriatezza dell'attività di ricovero, il 20% dei ricoveri è seguito da una riammissione entro 28 giorni dalla prima dimissione, mentre il 10% ha una degenza in ospedale maggiore di 30 giorni. Circa un decimo dei ricoveri relativi ai pazienti bipolari (9%) avviene in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO).

Relativamente all'appropriatezza dei trattamenti psicosociali, per quanto riguarda l'intensità degli interventi territoriali rivolti a pazienti e familiari, nel corso dell'anno circa due terzi dei pazienti (61%) ricevono più di 5 interventi, mentre solo il 8% dei familiari riceve più di 2 interventi nel periodo. Per i familiari il CV tra le UOP è ampio (CV=62), pur non superando il limite per l'alta variabilità. Ciascun paziente all'esordio riceve in media 2.2 interventi al mese, quindi questi pazienti presentano un'intensità maggiore di quella erogata ai pazienti in trattamento da più tempo, anche se l'ampio CV tra le UOP (108) indica che nel campo degli esordi esiste un'ampia variabilità tra UOP, legata probabilmente

all'implementazione maggiore o minore dei servizi di intervento precoce. Analoghe considerazioni per quanto riguarda il numero medio di interventi al mese rivolti ai familiari, uguale a 1.1, anche se in questo caso però il CV tra le UOP appare ridotto (25). Per quanto riguarda la psicoterapia, un decimo (11%) dei pazienti in trattamento è seguito con psicoterapia, mentre tale percentuale (18%) sale nei casi di pazienti all'esordio. Da rilevare il quasi impatto nullo, nel disturbo bipolare, degli interventi di tipo psicoeducativo, che appaiono erogati sporadicamente solo tra i pazienti all'esordio (1%).

Per quanto riguarda l'appropriatezza dei trattamenti farmacologici, la percentuale di pazienti che mantengono uno stabilizzatore dell'umore per almeno sei mesi nei nuovi casi è pari al 7%, mentre nei nuovi episodi è ancora più bassa (2%). Tra i casi prevalenti, già in trattamento, questa percentuale a sei mesi risulta più alta (46%). Quando il paziente bipolare assume un trattamento antidepressivo, lo stabilizzatore è presente nei due terzi dei pazienti (66%), mentre nel caso il paziente interrompa il trattamento farmacologico, nel 40% dei casi lo psichiatra che lo ha in cura ha un contatto con lui nei primi 90 giorni dalla interruzione del trattamento per verificare le sue condizioni cliniche. Il CV nell'area dell'appropriatezza dei trattamenti farmacologici appare contenuto, mostrando una certa uniformità tra le UOP.

Infine per quanto riguarda la sicurezza dei trattamenti e la presenza di eventi sentinella, il monitoraggio periodico della glicemia e della iperlipidemia nei pazienti in mantenimento con antipsicotici di seconda generazione avviene nel 52% dei casi in trattamento continuativo, mentre la raccomandazione relativa ai pazienti all'inizio del trattamento (almeno 2 controlli nelle 12 settimane iniziali) è osservata solo nel 10% dei casi. Anche per quanto riguarda la litiemia, osserviamo una differenza tra i pazienti in terapia di mantenimento con litio da più tempo, a cui nel 39% dei casi vengono praticati almeno tre controlli nel periodo (se il paziente è in terapia da almeno 210 giorni), e i pazienti all'inizio del trattamento, a cui solo nel 19% dei casi vengono eseguite due litiemie nelle prime 4 settimane. Il monitoraggio della funzionalità epatica dell'emocromo (almeno due volte in un periodo di 210 giorni) avviene nel 24% dei casi nei pazienti in mantenimento con carbamazepina e valproato, mentre quello della funzionalità renale e tiroidea (almeno una volta in sei mesi) è attuato nel 10% dei casi nei pazienti in terapia con litio. La mortalità nel disturbo bipolare è ampia con un Rapporto Standardizzato di Mortalità pari a 1,7: questo significa che i pazienti con disturbo bipolare hanno un tasso di mortalità maggiore del 70% rispetto alla popolazione generale.

2. DISTURBO DEPRESSIVO

Per quanto riguarda l'accessibilità, un quinto dei pazienti (18%) ha tempi di attesa superiori ai 7 giorni per ricevere la prima visita in CPS. La continuità della cura espressa nei termini di almeno un contatto ogni 90 giorni è assicurata al 37% dei pazienti. Anche in questo caso è significativa (45%) la percentuale di pazienti che ricevono una visita in CPS nelle due settimane seguenti alla dimissione dal

SPDC, mentre nei sei mesi seguenti la dimissione è ridotta (16%) la percentuale di pazienti che ricevono almeno una visita psichiatrica al mese.

Per quanto riguarda l'appropriatezza dell'attività di ricovero, questa si può definire complessivamente appropriata in quanto solo il 17% dei ricoveri è seguito da una riammissione entro quattro settimane dalla prima dimissione e solo il 8% delle degenze in ospedale ha durata maggiore di 30 giorni.

L'appropriatezza dei trattamenti psicosociali è valutata sia nella fase acuta che nel mantenimento. Nella fase acuta del trattamento, che corrisponde alle prime 12 settimane, solo 8% dei pazienti riceve una cura intensiva, cioè almeno 3 visite psichiatriche oppure 8 sedute di psicoterapia. Nel caso di depressione ricorrente il trattamento farmacologico e psicoterapico è combinato solo nel 4% dei casi. La psicoterapia interessa il 13% dei pazienti con disturbo depressivo, ma in misura quasi doppia i casi all'esordio (24%).

Per quanto riguarda l'appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici, la terapia di mantenimento con farmaci antidepressivi nella depressione ricorrente è effettuata per almeno 6 mesi nel 60% dei casi e per almeno 12 mesi nel 38% dei pazienti.

B. DISTURBI SCHIZOFRENICI

I disturbi schizofrenici in Lombardia rappresentano il 23,4% della prevalenza trattata nel 2009, interessando 30.742 pazienti con diagnosi F2 secondo l'ICD 10. I nostri dati confermano che tale percentuale di pazienti trattati assorbe in realtà una quota altissima delle risorse erogate a livello di DSM. Ai pazienti con disturbi schizofrenici viene infatti erogato il 46,2% degli interventi territoriali, il 42,1% delle giornate di degenza in SPDC ed il 63,1 delle giornate di degenza nelle strutture residenziali.

Per quanto riguarda l'accessibilità, il *treatment gap*, vale a dire la differenza tra il rapporto tra i pazienti trattati nei servizi e le persone nella popolazione che hanno bisogno di trattamento, appare rilevante (40,1%); questo significa che 4 persone su dieci nella popolazione generale, pur soffrendo di un disturbo schizofrenico, non hanno accesso ai servizi. Tale dato appare notevolmente diverso nelle varie UOP, essendo disperso in un *range* che va dal 5,7 al 76,3%.

Problemi rispetto all'accessibilità sono indicati anche dal valore dell'età media (27,8 anni) in cui vengono presi in carico i pazienti a fronte di un esordio secondo i dati di letteratura nettamente più precoce. Per quanto riguarda i tempi di attesa per i pazienti che accedono per la prima volta ai CPS il 18% dei pazienti ha tempi superiori ai 7 giorni.

Per quanto riguarda la continuità della cura il 67% dei pazienti ha almeno un contatto ogni 90 giorni nei 365 giorni che seguono al primo contatto nell'anno, mentre questa percentuale si contrae

leggermente (60%) nei pazienti all'esordio. La metà (52%) dei pazienti dimessi dal SPDC riceve una visita psichiatrica nel CPS nelle due settimane seguenti alla dimissione, mentre nei sei mesi seguenti la dimissione è ridotta (27%) la percentuale di pazienti che ricevono almeno una visita medica in CPS al mese. L'attività domiciliare nelle due settimane seguenti la dimissione dal SPDC interessa il 7% dei pazienti.

In riferimento all'appropriatezza dell'attività di ricovero il 12% dei ricoveri è seguito da una riammissione entro 28 giorni dalla prima dimissione, ed il 12% ha una degenza in ospedale maggiore di 30 giorni. Circa un decimo dei ricoveri (12%) avviene in regime di TSO.

Relativamente all'appropriatezza dei trattamenti psicosociali, per quanto riguarda l'intensità degli interventi territoriali rivolti a pazienti e familiari, nel corso dell'anno circa due terzi dei pazienti (60%) ricevono più di 5 interventi, mentre solo l'11% dei familiari riceve più di 2 interventi nel periodo. Ciascun paziente all'esordio riceve in media 2.6 interventi al mese. Il numero medio di interventi al mese rivolti ai familiari risulta essere 1,3.

Un percorso caratterizzato da un approccio multidisciplinare coinvolge il 4% dei pazienti; tale percentuale sale al 5% nel sottogruppo dei pazienti al primo contatto.

Il 12% dei pazienti in trattamento è seguito con psicoterapia, mentre tale percentuale sale (23%) nei casi di pazienti all'esordio. Da rilevare il quasi nullo impatto degli interventi di tipo psicoeducativo che appaiono erogati sporadicamente (1%). Per i pazienti all'esordio tale percentuale sale al 9,4%. Il 5% dei pazienti all'esordio riceve almeno una visita domiciliare dopo le dimissioni dal SPDC.

Il 16% dei pazienti viene coinvolto in attività risocializzanti, il 5% riceve prestazioni finalizzate all'inserimento lavorativo.

Per quanto riguarda l'appropriatezza dei trattamenti farmacologici, durante il trattamento della fase acuta in SPDC, il 59% dei pazienti riceve un dosaggio appropriato di farmaci antipsicotici. Il trattamento continuativo con farmaci antipsicotici nel periodo successivo all'episodio acuto viene mantenuto per periodi di 6-12 mesi solo in una minima parte dei soggetti che iniziano un trattamento dopo una fase acuta, sia essa stata trattata in SPDC o in CPS. Anche tra coloro che hanno già iniziato un trattamento nei 12 mesi precedenti è significativa la percentuale di interruzione della terapia psicofarmacologica: dopo la prima prescrizione è ancora in terapia antipsicotica dopo 90 giorni il 65% dei pazienti, dopo 180 giorni il 49% e dopo un anno il 35%.

È alta la percentuale di pazienti (74%) che assume l'antipsicotico in monoterapia. Utilizzando una definizione operativa di farmacoresistenza ai farmaci antipsicotici, il 14% dei pazienti resistenti assume clozapina. Soddisfacenti sia la frequenza che il dosaggio dei farmaci antipsicotici *long-acting* a partire dalle raccomandazioni delle linee guida (il 98% dei pazienti in terapia *long acting* riceve una visita psichiatrica almeno ogni 90 giorni).

Se il paziente interrompe il trattamento farmacologico, nel 49% dei casi lo psichiatra che lo ha in cura ha un contatto con lui nei primi 90 giorni dalla interruzione del trattamento per verificare le sue condizioni cliniche.

Infine per quanto riguarda la sicurezza dei trattamenti e la presenza di eventi sentinella il monitoraggio periodico della glicemia e della iperlipidemia nei pazienti in mantenimento con antipsicotici di seconda generazione avviene nel 47% dei casi in trattamento continuativo, mentre la raccomandazione relativa ai pazienti all'inizio del trattamento (almeno 2 controlli nelle 12 settimane iniziali) è osservata solo nel 14% dei casi. La mortalità nel disturbo schizofrenico è ampia con un Rapporto Standardizzato di Mortalità pari a 1,16: questo significa che i pazienti hanno un tasso di mortalità maggiore rispetto alla popolazione generale.

CAPITOLO 7 – CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE E PROPOSTE

Antonio Lora e Emiliano Monzani

LA QUALITA' DELLA CURA NEI DISTURBI MENTALI GRAVI IN LOMBARDIA

I risultati della nostra ricerca sembrano indicare che il sistema di salute mentale lombardo presenta una certa discontinuità nella qualità erogata rispetto al trattamento dei disturbi mentali gravi: accanto ad aree di buona qualità coesistono criticità sulle quali appare possibile ed opportuno progettare e sviluppare azioni migliorative.

L'accessibilità in termini di *treatment gap* è stata valutata solo per i disturbi bipolari e per quelli schizofrenici, in quanto per quelli depressivi sarebbe stato necessario analizzare anche la quota predominante di pazienti in trattamento presso la medicina generale e questo oggi non è possibile, data la ridotta diffusione dei sistemi informativi nella medicina generale. Per quanto riguarda il disturbo bipolare e schizofrenico i dati sul *treatment gap* mostrano che circa quattro casi su dieci nella popolazione generale non arrivano a ricevere un trattamento specialistico. Anche se la costruzione di questo indicatore contiene alcune criticità (ad esempio non considera i pazienti che si rivolgono al settore privato, il cui conteggio abbasserebbe il *treatment gap*), tuttavia questi dati rilevano un bisogno in termini di accessibilità ancora da colmare. In ambedue questi disturbi l'età media dei pazienti entrati per la prima volta in contatto con i DSM conferma la necessità di rendere ancora più accessibili i servizi, riorientandone con decisione l'operatività sempre più verso gli aspetti preventivi diffondendo i programmi per l'intervento precoce, combattendo lo stigma e costruendo un rapporto strutturato con la medicina generale e con le agenzie che nel tessuto sociale sono in contatto con gli adolescenti ed i giovani adulti.

Una nota positiva è data dal ridotto intervallo per la prima visita in CPS, anche se su questo indicatore pesano problemi legati alla qualità del flusso in questo area.

La continuità della cura nel termine temporale di un anno è assicurata a due terzi dei pazienti con disturbo schizofrenico, a metà di quelli con disturbo bipolare e ad un terzo di quelli con disturbo depressivo. Questo indicatore, per quanto soddisfacente, necessita ancora più di altri, un *benchmarking* con rilevazioni provenienti da altre Regioni o Nazioni per valutare eventuali spazi di miglioramento, in quanto non abbiamo oggi robusti *standard* di riferimento in questa area. I dati relativi alla continuità della cura nei pazienti all'esordio sono sicuramente incoraggianti, indicando una discreta attenzione dei servizi verso tali pazienti, anche grazie alla presenza e all'impulso di programmi innovativi promossi da Regione Lombardia su questo ambito. Altre misure di continuità danno risultati contrastanti. Se è positivo che

circa la metà dei pazienti con disturbo mentale grave in Lombardia ricevano entro due settimane dalla dimissione dal SPDC una visita in CPS, il risultato relativo alla presa in carico territoriale nei sei mesi dopo la dimissione rileva come meno di un quarto dei pazienti dimessi riceva un *follow up* mensile nei sei mesi successivi. Questo dato evidenzia l'assenza di prassi e/o di protocolli a livello territoriale che diano indicazioni sull'intensità della cura territoriale ottimale per pazienti che hanno presentato un'acuzie sintomatologica di gravità tale da portare al ricovero.

L'appropriatezza dell'attività di ricovero in SPDC appare soddisfacente: la percentuale di TSO è ridotta, le riammissioni a meno di un mese dalla dimissione precedente si situano tra 10% ed il 20%, mentre solo una ammissione su dieci dura più di un mese.

In riferimento all'appropriatezza dei trattamenti psicosociali, nei disturbi bipolari e schizofrenici l'intensità della cura è maggiore nei casi all'esordio che in quelli in trattamento da più tempo, anche se resta complessivamente al di sotto delle indicazioni fornite dalla letteratura e da quanto si attendono le associazioni degli utenti e dei loro familiari. Questo risultato indica che l'implementazione di servizi di trattamento precoce inizia a dare i suoi frutti e a stimolare i servizi a investire maggiormente sugli aspetti preventivi. Discordante è il dato che fa emergere un'intensità non soddisfacente della cura nella fase iniziale di trattamento del disturbo depressivo: solo un paziente su dieci riceve almeno 3 visite psichiatriche, oppure 8 sedute di psicoterapia nei primi tre mesi di cura. Un'area critica è invece sicuramente quella relativa ai contatti con i familiari, che sono troppo esigui sia tra i casi in trattamento da più tempo (solo un familiare su dieci riceve più di due interventi nell'anno), sia tra i pazienti all'esordio. Gli indicatori relativi all'intensità degli interventi rivolta ai pazienti ed ai familiari richiedono ancora più di altri indicatori un *benchmarking* con le altre Regioni e Nazioni, in quanto non esiste uno standard legato a raccomandazioni di linee guida rispetto a cui confrontarsi per valutarne gli elementi positivi e le criticità. Per quanto riguarda i trattamenti psicosociali, un paziente con disturbo mentale grave su dieci riceve un trattamento psicoterapico e questa percentuale aumenta ad uno su cinque tra i pazienti all'esordio, mentre il trattamento combinato farmacologico e psicoterapico nella depressione ricorrente interessa meno di un paziente su venti. Nonostante le raccomandazioni delle linee guida, il trattamento psicoeducativo non viene quasi mai applicato nei pazienti con disturbo mentale grave. La mancata implementazione di interventi con un alto livello di efficacia e fortemente raccomandati dalla letteratura internazionale rappresenta un problema importante su cui riflettere nella programmazione dei servizi. Un problema da affrontare in modo realistico senza aspetti moralistici, ma anche ribadendo in modo chiaro che non implementare interventi efficaci significa ridurre l'efficacia complessiva dei trattamenti e che le risorse dovrebbero essere prioritariamente allocate verso questi tipi di trattamento.

Per quanto riguarda l'appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici, solo la metà dei pazienti con disturbo mentale grave mantiene una terapia con farmaci specifici a sei mesi dalla prima prescrizione nell'anno. I dati relativi ai pazienti al primo contatto danno risultati di gran lunga meno soddisfacenti, mostrando un'area di criticità durante la fase iniziale di terapia. Questi dati, in analogia a quelli presenti nella letteratura internazionale, indicano che deve essere posta un'attenzione maggiore

da parte dei curanti alla *compliance* dei pazienti in trattamento, da un lato non sopravvalutandola e dall'altro non sottovalutandone il ruolo importante nella prevenzione delle ricadute. Note positive riguardano l'osservanza delle raccomandazioni delle linee guida relativamente al trattamento combinato antidepressivo-stabilizzatore nel disturbo bipolare o alla prescrizione di un solo farmaco antipsicotico e al monitoraggio continuativo delle terapie *long-acting* nel disturbo schizofrenico. Un elemento sicuramente positivo è dato dal fatto che in circa la metà dei pazienti che interrompono un trattamento farmacologico sono presenti visite psichiatriche successive all'interruzione, finalizzate a verificare la stabilità delle condizioni cliniche.

Nel campo della sicurezza, l'aderenza alle raccomandazioni delle linee guida nel campo del monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci è assicurata in misura maggiore ai pazienti già in trattamento piuttosto che a quelli che iniziano un nuovo trattamento: ad esempio la percentuale di pazienti monitorati correttamente rispetto alla litiemia oppure rispetto alla glicemia e iperlipidemia nel corso del trattamento con antipsicotici di seconda generazione è doppia o tripla per i pazienti trattati da più tempo. In alcune aree, quali il monitoraggio della funzione tiroidea, renale ed epatica in soggetti trattati con farmaci stabilizzatori dell'umore, l'osservanza delle raccomandazioni delle linee guida sembra parziale. Questi dati non indicano che non esista alcuna attenzione al problema della sicurezza del paziente durante il trattamento farmacologico, ma piuttosto che questa attenzione non raggiunge il livello richiesto dalle raccomandazioni delle linee guida. Anche in questo caso la scarsa diffusione a livello locale di protocolli sul monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci rappresenta un elemento di criticità. Sempre in tema di sicurezza, nei prossimi anni sarà molto importante riuscire a valutare altri due indicatori relativi agli episodi di contenzione e alla frequenza dei suicidi.

UN'AGENDA PER LA QUALITA'

L'obiettivo di questa ricerca è stato quello di costruire un sistema di indicatori che siano ricavabili routinariamente dai sistemi informativi sanitari correnti e che, permettendo il *benchmarking* tra i servizi ed una migliore *accountability* del sistema, siano in grado di favorire il miglioramento della qualità dei trattamenti nei disturbi mentali gravi. Questo obiettivo è stato complessivamente raggiunto:

- gli indicatori sono stati individuati a partire dalla letteratura esistente e sono stati selezionati grazie ad uno strumento strutturato di analisi del consenso tra esperti, quale è il gruppo Delphi.
- Gli indicatori permettono di descrivere alcuni processi fondamentali del percorso di cura dei pazienti con disturbo mentale grave, analizzando la qualità sia secondo dimensioni della qualità sia secondo fasi di trattamento.
- Gli indicatori sono stati applicati ai sistemi informativi sanitari di Regione Lombardia, portando alla costruzione di un database che rispecchia il modello del sistema informativo orientato

cl clinicamente, delineato dalla *RAND Corporation*. Questo risultato è stato possibile grazie alla ricchezza e completezza dei sistemi informativi sanitari di Regione Lombardia, un punto di eccellenza tra le Regioni del nostro Paese.

- L'analisi su scala regionale è stata attuata senza che agli operatori siano state richieste ulteriori raccolte di informazioni e quindi senza ulteriore carico informativo per i servizi di salute mentale.
- Il progetto ha permesso per la prima volta in Lombardia ed in Italia una valutazione articolata ed estesa su base regionale della qualità della cura erogata dai DSM lombardi nei confronti dei pazienti con disturbi mentali gravi. Dalla loro applicazione sono emersi i punti di forza e di debolezza del sistema di salute mentale regionale nel trattamento dei disturbi mentali gravi.

Questo progetto sostiene il miglioramento del sistema di salute mentale lombardo, in quanto favorisce:

- un salto di qualità del sistema informativo regionale per la salute mentale, che non viene utilizzato solo per il monitoraggio delle attività erogate, ma anche per la valutazione della qualità della cura.
- La diffusione di pratiche basate sulle evidenze all'interno dei servizi, in quanto gli indicatori sono legati alle raccomandazioni delle linee guida o, in assenza di queste, a principi di buona pratica clinica raccomandati dalla letteratura internazionale.
- La costruzione di percorsi di cura basati sulle evidenze da confrontare con quelli erogati nella pratica dei servizi.
- Una maggiore *accountability* dei servizi di salute mentale di Regione Lombardia attraverso la promozione di processi di trasparenza e di responsabilizzazione.

Alcune criticità sono tuttavia presenti:

- se l'utilizzo di dati routinari è il punto di forza di questo progetto, ne rappresenta al tempo stesso una criticità, essendo i dati raccolti routinariamente più orientati agli aspetti amministrativi. Per renderli leggibili in senso clinico, devono essere 'trattati' grazie agli indicatori, che però rappresentano delle proxy dei fenomeni in oggetto. Gli indicatori che ne derivano non fotografano quindi la qualità complessiva della cura, ma la qualità di alcuni processi che insieme ad altri danno un'idea della qualità complessiva.
- Ne deriva che l'utilizzo degli indicatori è una condizione necessaria, ma non sufficiente a definire la qualità della cura nel sistema di salute mentale lombardo. Essa può e deve essere integrata anche da altri sistemi di valutazione del sistema di salute mentale, quali ad esempio le raccomandazioni presenti nelle procedure di accreditamento tra pari.

- Non è stato possibile calcolare alcuni indicatori anche significativi per problemi di scarsa numerosità del dato oppure di assenza dell'informazione nei sistemi informativi correnti al momento della rilevazione. È auspicabile che in un prossimo futuro sia possibile arricchire le banche dati delle informazioni mancanti.
- Un altro elemento critico è dato dalla qualità dei dati raccolti nel sistema informativo, relativamente ad esempio alla validità delle diagnosi psichiatriche o alla riproducibilità delle regole con cui vengono classificati gli interventi; dovranno pertanto essere messe in atto azioni migliorative a questo livello per ridurre la variabilità e aumentare la riproducibilità di alcune delle informazioni raccolte.
- L'analisi non ha coinvolto alcuni sistemi informativi regionali (Medicina Generale, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Servizi per le Dipendenze) che raccolgono una parte rilevante di informazioni inerenti ai problemi di salute mentale e che in futuro dovrebbero entrare a fare parte del processo.
- La validità di questi indicatori, cioè la loro capacità di descrivere il fenomeno qualità, è stata verificata da un gruppo di esperti a livello nazionale grazie al metodo Delphi, ma dovrà essere verificata nella realtà regionale grazie ad un confronto approfondito con gli operatori dei DSM lombardi.

Cosa resta da fare? Il progetto deve passare dalla fase sperimentale a quella di utilizzo routinario. A questo fine le nostre proposte si articolano su più livelli, sia rispetto al processo di analisi che alle iniziative di miglioramento della qualità.

Per quanto riguarda il processo di analisi si propone:

- la costruzione di un cruscotto regionale contenente questi indicatori ed in grado di dare informazioni periodiche sulla qualità della cura erogata nei DSM e sul *benchmarking* tra Dipartimenti. Lo sviluppo dei sistemi informativi regionali ed il prossimo passaggio ad un nuovo SISM basato sul web e all'interno del data *warehouse* regionale fanno ritenere questo obiettivo praticabile.
- Il miglioramento della qualità dei dati raccolti grazie ad azioni regionali su questo tema (ad esempio coinvolgendo gli operatori in gruppi di lavoro finalizzati a rivalutare le 'regole' di definizione degli interventi e a migliorare la validità delle diagnosi inserite).
- L'ampliamento delle informazioni disponibili, includendo i dati derivabili dai sistemi informativi della Medicina Generale, della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e dei Servizi per le Dipendenze.

I risultati di questa analisi al momento attuale permettono una valutazione dettagliata e sistematica della qualità erogata, ma non ne garantiscono il miglioramento. È necessario a questo fine attivare azioni migliorative nei servizi, che vadano al di là della semplice comunicazione agli operatori dei risultati della ricerca. Si tratta di una vera e propria fase due del progetto che individui a livello dei singoli DSM le aree di criticità e a partire da quelle implementi alcune azioni migliorative. È necessaria una strategia complessiva di lungo periodo che partendo da Regione Lombardia coinvolga tutti gli stakeholders interessati, dai DSM agli Uffici Qualità delle Aziende Ospedaliere (AO) e delle Aziende Sanitarie Locali (ASL).

A questo fine si propongono alcune azioni:

- a livello di singoli Dipartimenti di Salute Mentale attivare momenti di discussione sul significato degli indicatori e sui risultati della valutazione, individuando criticità e punti di forza rispetto alla qualità della cura erogata a livello locale.
- A livello di AO favorire, in sinergia con gli Uffici Qualità, dei percorsi migliorativi, anche inserendo all'interno degli obiettivi formativi l'analisi dei risultati ottenuti dalla singola UOP e, in una fase più avanzata, legando i progetti di miglioramento ad obiettivi di budget.
- A livello di Regione Lombardia costruire un percorso di qualità per i DSM, incentrato sulla produzione e verifica di IC. Questo significa individuare e poi implementare un cruscotto di IC che permettano da un lato una periodica verifica dei singoli DSM e dall'altro un *benchmarking* regionale.
- A livello di associazioni di familiari e di utenti favorire un dibattito sull'*accountability* e sulla qualità della cura come strumento di *empowerment* del cittadino, stimolandone in prospettiva anche un ruolo attivo e partecipato nel processo.

Crediamo che il contributo di questa ricerca vada al di là del campo della valutazione, ma si posizioni nel sentiero di quelle che saranno le modificazioni a cui i servizi di salute mentale andranno incontro nei prossimi anni. I primi 30 anni dalla riforma psichiatrica italiana sono stati caratterizzati da alcune parole d'ordine legate alle componenti strutturali ed organizzative dei DSM, nei prossimi anni queste verranno sostituite da altre, quali accessibilità, continuità, efficacia, appropriatezza, sicurezza, informazione legate al concetto di qualità della cura. La partita si giocherà sempre più sul tema della qualità erogata: se fino ad oggi si è discusso soprattutto di disomogeneità nella rete di offerta tra Regioni, domani si discuterà di disomogeneità nella qualità della cura tra Regioni. I SI e gli IC potranno aiutarci a rispondere a molte delle domande che sorgeranno in tal senso, al fine di erogare un'assistenza migliore sotto il profilo dell'efficacia e dell'efficienza.

CAPITOLO 8 - INDICATORI CLINICI NEI DISTURBI MENTALI GRAVI

Giuseppe Tibaldi, Franco Veltro, Angelo Cocchi, Francesco Amaddeo, Corrado Barbui, Lorenza Magliano, Mirella Ruggeri, Fabrizio Starace, Panfilo Ciancaglini, Emiliano Monzani, Antonio Lora

8.1. INDICATORI CLINICI NEL DISTURBO SCHIZOFRENICO

I disturbi schizofrenici, a partire dalla definizione di Eugen Bleuler, rappresentano un insieme di condizioni patologiche con alcune caratteristiche comuni, sul versante psicopatologico ed esperienziale. I tentativi di trovare un denominatore comune sul piano biologico sono finora falliti: le teorie neurochimiche e neurodegenerative che ci sono state proposte negli ultimi 30 anni non hanno ricevuto fino ad ora adeguate conferme scientifiche, anche se vengono comunemente riproposte a supporto dell'utilizzo dei farmaci.

Questi disturbi sono al centro dell'attenzione della psichiatria italiana perché le persone con questa diagnosi rappresentano il gruppo più consistente tra i pazienti che – un tempo – erano internati negli Ospedali Psichiatrici: la battaglia per la chiusura dei manicomi è stata, innanzitutto, una sfida alla ipotesi della loro 'ingestibilità' nel contesto sociale di provenienza (cui si accompagnava l'ipotesi di una loro 'immodificabilità' nel rapporto psicoterapeutico). Lo sviluppo della rete dei DSM è avvenuto sulla base della necessità di assicurare a queste persone quella sequenza coordinata di interventi che oggi siamo abituati a descrivere come 'trattamento integrato': in origine, essa veniva offerta come forma di tutela concreta, quotidiana, dei diritti di cittadinanza di queste persone, senza alcuna distinzione tra 'dimensione psicosociale' e 'dimensione farmacologica'. Ogni DSM ha sviluppato, negli anni '80 e '90, una moltitudine di iniziative e di interventi locali, che non sono però stati sottoposti ad una rigorosa valutazione di efficacia: intere aree di attività (come quelle sportive di gruppo) attendono di ricevere una valutazione di questo tipo, che consentirebbe loro di essere 'sdoganate' anche in termini di appropriatezza (così come è recentemente avvenuto per le arti-terapie).

Perché un intervento entri nell'area della 'appropriatezza clinica' è indispensabile – infatti – che esso sia stato sottoposto ad una valutazione di efficacia. Le possibilità che gli interventi psicosociali entrino nell'area degli interventi appropriati sono molto più basse, se confrontate con quelle degli interventi farmacologici: tra il 1950 ed il 2000, l'85% degli studi clinici controllati che sono stati realizzati ha valutato l'efficacia dei farmaci: meno del 10% degli studi ha misurato l'efficacia dei trattamenti non farmacologici (1). Le ragioni sono principalmente di natura economica: gli studi clinici sono necessari per

ottenere l'autorizzazione alla commercializzazione di un farmaco da parte degli enti regolatori e vengono – quindi - portati a termine, anche se sono costosi; nel caso degli interventi psicosociali è necessario un investimento da parte di agenzie scientifiche o governative, che dispongono di risorse limitate. Nel percorso di selezione degli indicatori per i disturbi schizofrenici si è tenuto conto di questa asimmetria nella letteratura scientifica, prendendo in considerazione molti indicatori non farmacologici che hanno una base di evidenze limitata, ma convincente.

L'elevato numero di indicatori che sono stati selezionati corrisponde dunque alla grande mole di ricerche di valutazione nel campo dei disturbi schizofrenici, ma deriva anche dal fatto che ogni singolo intervento – o strategia di gestione – viene valutata singolarmente, a prescindere dal contesto e dal grado di integrazione con altri interventi. Questa valutazione al singolare – anche se discutibile - è necessaria per garantire rigore scientifico ai risultati della verifica. Nella pratica clinica, in genere, ogni intervento viene abitualmente offerto insieme ad altri (contemporaneamente o in sequenza). Questa è un'altra delle ragioni che giustifica l'inserimento di un elevato numero di indicatori per i disturbi schizofrenici: l'obiettivo non è semplicemente quello di valutare la presenza/assenza di ognuno di essi, ma quello di verificare quali siano gli insiemi (i cosiddetti 'cluster') che sono più frequenti, nelle diverse fasi di decorso che vengono prese in considerazione (esordio, fase acuta, mantenimento, escludendo gli esiti).

Nella prospettiva dell'appropriatezza, l'esito finale perde infatti di interesse, in quanto un intervento appropriato – per definizione – dovrebbe garantire un esito migliore dell'intervento non appropriato. Il problema che non può essere eluso – quando si parla di disturbi schizofrenici – è quello della eccessiva distanza tra i tempi di valutazione previsti dagli studi di efficacia (che raramente arrivano a sei mesi) ed i tempi di evoluzione di questi disturbi e della maggioranza degli effetti collaterali più invalidanti (tra i sei mesi ed i due anni, spesso estensibili a cinque). Questo scarto – che potremmo forse definire come '*outcomes gap*' - non è meno temibile dell'ormai famoso '*treatment gap*'. Alcuni studi a lungo termine, come quelli condotti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) negli anni Ottanta o come quello condotto dal *National Institute of Mental Health* (NIMH) e coordinato da Martin Harrow, hanno prodotto risultati che inducono a rivalutare – a lungo termine – la strategia di trattamento che vede l'antipsicotico come strumento indispensabile nella fase di mantenimento. Gli studi naturalistici dell'OMS e di Harrow dimostrano, infatti, che a lungo termine gli esiti socialmente migliori (in termini di tassi di guarigione) sono quelli delle persone che non proseguono il trattamento con antipsicotici a tempo indeterminato (2-5). Proprio perché gli studi di efficacia si fermano – di solito – al limite delle 24 settimane, non ci sono evidenze scientifiche a sostegno di un utilizzo a tempo indeterminato degli antipsicotici: le uniche evidenze sono quelle che derivano dagli studi di sospensione di questi farmaci. Purtroppo questi studi ci dicono solo cosa succede quando si sospendono (bruscamente) i neurolettici, ma non ci dicono nulla sui vantaggi e sugli svantaggi che derivano dal non sospenderli mai.

Tra gli svantaggi che derivano da un uso poco razionale degli antipsicotici (come le politerapie e le terapie a tempo illimitato) vanno inseriti gli effetti negativi sulla salute fisica di coloro che li assumono.

Un editoriale di Lancet ha lanciato – due anni fa – un inequivocabile grido di allarme (“*No mental health without physical health*”) –: i pazienti psicotici hanno un’aspettativa di vita da 16 a 25 anni più breve dei propri pari, legata alla combinazione degli effetti collaterali dei farmaci antipsicotici insieme con una dieta sbagliata, la mancanza di attività fisica, il fumo e la deprivazione socio-economica. Le patologie cardiovascolari (acute e croniche) sono diventate molto rapidamente le principali cause di morte, superando di gran lunga il suicidio. Nella lista di indicatori sono stati, quindi, inseriti alcuni indicatori relativi a questi rischi, anche se – localmente – molto può essere fatto per integrare al meglio i sistemi informativi sanitari, in modo tale da prevenire o limitare patologie somatiche ancora più invalidanti della patologia psichiatrica iniziale. Queste attività di monitoraggio e prevenzione sono indispensabili vista la spinta crescente verso un trattamento precoce, che spesso inizia nel corso dell’infanzia e dell’adolescenza.

Un ultimo elemento che si ritiene importante segnalare è che la misurazione dell’appropriatezza fa parte integrante di una prospettiva che mette al centro il principio della ‘*accountability*’, cioè della trasparenza delle proposte di trattamento. Se questa è la prospettiva, sembrerebbe vicino – anche in Italia – il tempo della trasparenza nei confronti di tutti gli attori principali (*stakeholders*) che operano nel settore della tutela della salute mentale.

Quando si parla di appropriatezza clinica, si hanno quasi sempre in mente gli amministratori della sanità pubblica, che desiderano finanziare servizi che garantiscano trattamenti efficaci; in realtà, anche i familiari e gli utenti hanno pari diritto di partecipare alla valutazione di appropriatezza dei servizi a cui si rivolgono nelle fasi più delicate della loro vita personale. La loro esperienza diretta può offrire molti stimoli rispetto alla selezione ed alle modalità di implementazione delle strategie di trattamento più appropriate. La loro posizione di ‘esperti per esperienza’ può consentire – infatti - di comprendere quali siano i piatti più apprezzati del menù (di interventi appropriati) e di verificare quale sia il modo migliore per portarli in tavola. Offrire un intervento appropriato in forma coercitiva, al di fuori di una buona relazione con l’interessato o i suoi familiari oppure in assenza di aspettative favorevoli (7), non fa perdere appropriatezza all’intervento, ma sicuramente toglie l’appetito.

Tornando al menù che è stato messo a punto dal gruppo di ‘esperti per professione’ che hanno contribuito alla sua formulazione, vale la pena ricordare che esso ha proceduto – in primo luogo – ad una selezione degli indicatori a partire da un elenco iniziale molto più ampio.

	Indicatori iniziali	Indicatori eliminati dopo la prima valutazione	Indicatori per la seconda valutazione	Indicatori finali
Schizofrenia	116	47	69	43

I criteri principali di selezione sono stati quelli della rilevanza nel contesto assistenziale italiano e della possibilità di ottenere il dato relativo a ciascun indicatore attraverso sistemi informativi routinari, anziché per mezzo di attività di ricerche ad hoc. Se prendiamo in considerazione i sei domini della qualità che sono stati individuati come dimensioni essenziali per la valutazione dei servizi di salute mentale, quelle che seguono sono alcune considerazioni introduttive.

Nel dominio dell'accessibilità dei servizi, i tre indicatori scelti sono stati:

1. l'età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio.
2. I tempi di attesa per la prima visita nei CPS.

Questi primi due indicatori sono stati considerati essenziali alla luce dei dati che dicono che l'età di accesso ai servizi di salute mentale italiani è – in media – superiore ai 25 anni e che i primi anni dopo l'esordio vengono trascorsi alla ricerca di percorsi alternativi o nell'attesa di una ricomposizione spontanea della crisi iniziale. Molte ricerche hanno – invece – messo in evidenza che quanto più precoce è la capacità dei servizi di intervenire (evitando una cristallizzazione del quadro clinico e relazionale ed una spinta all'isolamento sociale), tanto più migliorano gli esiti dell'esordio psicotico. Negli studi finora condotti in Italia, il tempo che trascorre tra l'esordio 'vero' e l'arrivo ad un CPS è – in media – superiore a 5 anni.

3. Il '*treatment gap*' nella schizofrenia.

Questo terzo indicatore (che misura lo scarto tra incidenza/prevalenza trattata ed incidenza/prevalenza attesa) richiede un chiarimento soprattutto sul piano del denominatore, che viene definito a partire dalle ricerche dell'OMS sul *Global Burden of Disease* (8). Questo denominatore deriva, quindi, da una stima della incidenza e della prevalenza attesa, a partire dagli studi disponibili a livello internazionale. Nell'ambito della Fase 2 del Prog-CSM è attualmente in corso una valutazione di questi due parametri in un campione casuale di 53 CSM italiani: al termine di questo studio si disporrà di un denominatore 'italiano', che per ora non è disponibile.

Nel dominio della continuità assistenziale, sono stati sei gli indicatori selezionati, vista la centralità che questo indicatore ha assunto dopo la tendenziale scomparsa delle opzioni manicomiali ed il passaggio, in molte società, a modelli assistenziali centrati su una rete coordinata di servizi territoriali. Essi possono essere collocati all'interno di sei sottogruppi:

4. Continuità della cura.
5. Continuità della cura nei pazienti con disturbo all'esordio.

Questi due indicatori si basano sullo stesso numeratore (almeno un contatto ogni tre mesi nell'arco di un anno), che riflette il principio di una sostanziale regolarità della presa in carico nel corso del tempo. Gli eventuali periodi di ricovero vengono inclusi tra i contatti da considerare.

6. Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CPS entro 14 giorni dalla dimissione in SPDC.
7. Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC
8. Attività domiciliare dopo la dimissione dal SPDC.

Il momento del ricovero in SPDC ed il programma alla dimissione vengono considerati da molti uno snodo essenziale nella valutazione della capacità di coordinamento dei servizi di un DSM. Per questa ragione sono stati presi in considerazione questi tre indicatori, che permettono di verificare il grado di coordinamento tra servizi ospedalieri ed ambulatoriali e la rapidità con la quale i servizi ambulatoriali avviano, o riprendono, il percorso terapeutico dopo un evento critico.

9. Conclusione non concordata del trattamento.

I carichi di lavoro di molte strutture ambulatoriali e diurne ha spinto, spesso, ad un relativo disinteresse verso le persone che interrompono il percorso di trattamento (tranne nei casi in cui vi sia un forte coinvolgimento delle famiglie). È molto raro che i servizi effettuino un calcolo accurato delle persone che interrompono i contatti: questo indicatore è finalizzato – quindi – ad un calcolo di questo tipo, che può essere particolarmente necessario nella valutazione dell'appropriatezza dei trattamenti complessivamente offerti alle persone con un disturbo schizofrenico. Si è, ad esempio, a conoscenza che i ricoveri in forma coercitiva sono associati ad una maggiore probabilità di interruzione non concordata: un indicatore di questo tipo permette – in prospettiva – di verificare l'impatto di alcune strategie assistenziali e terapeutiche sulla stabilità della relazione con l'utente e la sua famiglia.

Nel dominio dell'appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero, gli indicatori considerati più utili sono molti. Per ognuno dei 19 indicatori selezionati è opportuna la lettura dei parametri da considerare per la misurazione: i raggruppamenti con cui vengono ora presentati vanno considerati, quindi, come un semplice tentativo di sintesi.

10. Ricoveri in regime di TSO.
11. Riammissioni in SPDC entro 7 e 28 giorni.
12. Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni.

Questi tre indicatori pongono al centro dell'attenzione la fase del ricovero in SPDC e vanno integrati – nelle Regioni che dispongono di strutture psichiatriche convenzionate di ricovero – con i dati derivanti dalle schede di dimissione delle cliniche convenzionate (che entrano a far parte dei *database* di ricovero regionali). Il dato sulla percentuale dei TSO viene considerato essenziale, in termini di appropriatezza, in quanto esso è stato correlato ad un rischio elevato di conseguenze negative sul grado di appropriatezza successiva, ad esempio sul piano della mancata continuità nel percorso di trattamento.

13. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari.

14. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente.
15. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai pazienti con disturbo all'esordio.
16. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari dei pazienti con disturbo all'esordio.

Gli indicatori di questo gruppo si fondano su un numeratore comune, che è la media degli interventi mensili offerti ai pazienti con un disturbo di tipo schizofrenico, con particolare attenzione ai pazienti nella fase di esordio. La letteratura relativa alle esperienze fin qui sviluppate per gli esordi mette in luce, infatti, l'impatto positivo di un supporto intensivo sia all'interessato che alla sua famiglia. Anche nelle fasi di mantenimento, la regolarità e l'intensità degli interventi offerti suggeriscono la presenza di un piano terapeutico che affianca al farmaco un numero significativo di proposte non farmacologiche/riabilitative.

17. Piano di trattamento individuale.
18. Case manager per i disturbi mentali gravi.
19. Attività multiprofessionale erogata nei CPS.
20. Attività multiprofessionale erogata nei CPS per i pazienti con disturbo all'esordio.

Questi indicatori sono stati inclusi tenendo presenti due elementi chiave dei percorsi a lungo termine: a) la personalizzazione delle strategie di trattamento e di riabilitazione nei disturbi schizofrenici, con individuazione di una figura professionale che svolga funzione di coordinamento attivo con gli altri professionisti che intervengono nel corso del tempo; b) la disponibilità, all'interno dei CPS, di interventi multipli sul versante psicosociale, evitando il rischio di una strategia fondata esclusivamente sull'uso dell'antipsicotico.

21. Trattamenti psicoeducativi.
22. Trattamenti psicoeducativi pazienti con disturbo all'esordio.
23. Pazienti in trattamento psicoterapico.
24. Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico.

Sul piano degli interventi psicosociali, una particolare attenzione va posta alla disponibilità concreta di interventi che hanno ricevuto un forte supporto sul piano dell'efficacia, a partire dagli anni Ottanta (con gli studi sull'impatto della 'emotività espressa' sul rischio di ricaduta ad un anno): gli interventi psicoeducativi – nati all'interno di quella tradizione scientifica – hanno costantemente ricevuto conferme sulla loro efficacia e vanno quindi considerati uno strumento essenziale sul piano psicosociale. L'offerta di interventi psicoterapici (individuali e di gruppo – come le arti-terapie) – oltre ad aver ricevuto conferme di efficacia nell'ultimo decennio, con l'inserimento in alcune linee guida internazionali,

rappresentano interventi che hanno ricevuto forte supporto dagli 'esperti per esperienza', che considerano essenziale un recupero di significato dell'esperienza psicotica (prima ancora di una sua 'eliminazione').

- 25. Attività domiciliare rivolta a pazienti con disturbo all'esordio.
- 26. Attività di risocializzazione, espressive, motorie e pratico manuali.
- 27. Attività promosse dal DSM in campo lavorativo.
- 28. Supporto all'abitare.

Appare difficile ridurre alcune di queste dimensioni a semplici indicatori di appropriatezza, visto che il recupero sul piano abitativo e lavorativo corrisponde, molte volte, ad un passaggio cruciale nei percorsi verso la *recovery*/guarigione. Possiamo considerare – quindi – questi indicatori – quelli che potrebbero essere considerati essenziali per valutare quanti dei soggetti seguiti dai nostri Servizi ricevono interventi che li sostengono concretamente sulla via del pieno recupero sociale e funzionale. Per certi aspetti, essi possono essere considerati anche gli indicatori che meglio misurano il livello delle 'aspettative favorevoli' che gli operatori continuano a coltivare nei confronti delle persone con un disturbo schizofrenico.

Nel dominio dell'appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici sono stati considerati essenziali alcuni indicatori che sono tratti dalle principali linee guida internazionali, che dedicano – abitualmente – grande attenzione all'appropriatezza prescrittiva, sia in termini di dosaggio (nelle fasi di esordio, nelle fasi acute ed in quelle di mantenimento) sia in termini di continuità del trattamento nel tempo (anche se mancano, come segnalato nella introduzione, evidenze scientifiche che consentano di legittimare i trattamenti farmacologici a tempo indeterminato). Ognuno degli indicatori che seguono è stato scelto sulla base della rilevanza trasversale e longitudinale. Il problema delle dosi è spesso sottovalutato, per la difficoltà di calcolare la dose totale, in caso di politerapia. Esistono algoritmi che consentono di trasformare la dose di ciascun antipsicotico nella dose equivalente di clorpromazina, ma non vengono utilizzati quasi mai nella pratica clinica quotidiana.

- 29. Dosaggio dei farmaci antipsicotici durante il ricovero in SPDC.
- 30. Trattamento continuativo con farmaci antipsicotici nel periodo successivo all'episodio acuto.
- 31. Terapia di mantenimento con farmaci antipsicotici.
- 32. Prescrizione di un unico farmaco antipsicotico.

Questo indicatore è presente nella totalità delle linee guida internazionali di trattamento della schizofrenia. Le frequenti formule di trattamento che prevedono l'uso contemporaneo di più neurolettici, associati a stabilizzatori ed antidepressivi non sono sostenute da evidenze scientifiche di efficacia,

mentre sono associate ad un aumento dei rischi sul piano cardiovascolare: in particolare, le morti per arresto cardiaco (da torsione di punta) sono dose-correlate (9).

33. Frequenza e dosaggio dei farmaci antipsicotici *long-acting*.

34. Monitoraggio della terapia nei pazienti trattati con farmaci antipsicotici *long-acting*.

Gli effetti indesiderati a lungo termine richiedono un'attenzione costante rispetto alla posologia, al ritmo di somministrazione ed alla eventuale sospensione graduale del trattamento in forma depot. Quanto è già stato ricordato sull'assenza di evidenze a supporto dei trattamenti a tempo illimitato vale, in modo particolare, per i trattamenti in forma depot (che – spesso – vengono affidati alle figure infermieristiche, senza approfondite rivalutazioni della loro utilità, in rapporto ai rischi).

35. Clozapina nella schizofrenia resistente al trattamento.

36. Visita psichiatrica in CPS entro 90 giorni dall'interruzione di un farmaco antipsicotico.

Quest'ultimo indicatore va considerato essenziale per la verifica delle modalità di sospensione degli antipsicotici: nella maggioranza dei casi, tale decisione non è concordata ed avviene in forma brusca, favorendo molto il rischio di ricaduta a breve termine. Una visita nei periodi successivi alla sospensione consente, quindi, di verificare il rischio di recidiva. Nel caso in cui la sospensione avvenga in modo concordato e graduale (come viene consigliato da coloro che – per esperienza – lo hanno fatto), le visite psichiatriche vanno considerate un elemento chiave di tutto il percorso verso la sospensione, e dopo la sospensione.

Nel dominio della sicurezza e degli eventi sentinella sono stati, infine, tenuti in considerazione gli elementi che destano maggiore preoccupazione nella letteratura scientifica degli ultimi anni, come pure una delle pratiche più discusse e contestate nella pratica clinica dei SPDC.

37. Controllo della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici di seconda generazione.

38. Monitoraggio periodico della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici di seconda generazione.

39. Mortalità nei disturbi mentali gravi.

Se le patologie metaboliche (diabete, pancreatite, obesità, dislipidemie, ecc.) e cardiovascolari (arresto cardiaco, ipertensione, infarto, ictus, etc) sono diventate la principale causa di morte nei pazienti con patologie schizofreniche, la qualità e la continuità del monitoraggio diventeranno – sempre più spesso – uno dei parametri essenziali della gestione appropriata dei trattamenti farmacologici (come, peraltro, già avviene nel caso della clozapina).

40. Contenzione fisica in SPDC.

Il tema della contenzione è tuttora al centro del dibattito della psichiatria di comunità in Italia. L'inserimento di questo indicatore non fa altro che rispecchiare la rilevanza di questo dibattito, che coinvolge non solo gli operatori, ma anche gli utenti, i familiari e le amministrazioni sanitarie (nel momento in cui vengono sollevati casi drammatici all'attenzione dell'opinione pubblica).

41. Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio.

BIBLIOGRAFIA

1. Adams C. (1998) "Content and quality of 2000 controlled trials in schizophrenia over 50 years" *British Medical Journal* 317: 1181-1184
2. Jablensky, A. (1992) "Schizophrenia, manifestations, incidence and course in different cultures." *Psychological Medicine* 20, monograph :1-95.
3. Harrow M. (2007) "Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications." *Journal of Nervous and Mental Disease* 195 :406-14
4. Hopper, K. (2000) "Revisiting the developed versus developing country distinction in course and outcome in schizophrenia." *Schizophrenia Bulletin* 26: 835-46.
5. Whitaker R. (2013) "Indagine su un'epidemia. Lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche nell'epoca del boom degli psicofarmaci" Fioriti Editore, Roma
6. Editorial (2011) "No mental health without physical health". *The Lancet* 377: 611
7. Tibaldi G. & Govers L. (2012) "Evidence based hope for recovery in "schizophrenia": a common objective for all stakeholders in the mental health field" *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 4(2): 105-114
8. WHO (2008) "The Global Burden of Disease: 2004 update" Geneva
9. Ray WA et al. (2009) Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. *New England Journal of Medicine* 360: 225-35.

PER FASE DI ASSISTENZA

A. Esordio. Primo contatto

1. Età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio.
2. Tempi di attesa per la prima visita nei CPS.
3. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai pazienti con disturbo all'esordio.
4. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari dei pazienti con disturbo all'esordio.
5. Continuità della cura nei pazienti con disturbo all'esordio.
6. Attività multiprofessionale erogata nei CPS per i pazienti con disturbo all'esordio.
7. Trattamenti psicoeducativi nei pazienti all'esordio.
8. Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico.
9. Attività domiciliare nei pazienti con disturbo all'esordio.

B. Fase acuta

10. Ricoveri in regime di TSO.
11. Dosaggio dei farmaci antipsicotici durante il ricovero in SPDC.
12. Contenzione fisica in SPDC.
13. Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni.
14. Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CPS entro 14 giorni dalla dimissione dal SPDC.
15. Attività domiciliare dopo la dimissione dal SPDC.
16. Trattamento continuativo con farmaci antipsicotici nel periodo successivo all'episodio acuto.
17. Riammissioni in SPDC entro 7 e 28 giorni

C. Mantenimento e promozione del recupero psicosociale

18. Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC.
19. Piano di trattamento individuale.
20. *Case manager* per i disturbi mentali gravi.

21. Attività multiprofessionale erogata nei CPS.
22. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente.
23. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari.
24. Terapia di mantenimento con farmaci antipsicotici.
25. Prescrizione di un unico farmaco antipsicotico.
26. Frequenza e dosaggio dei farmaci antipsicotici *long-acting*.
27. Monitoraggio della terapia nei pazienti trattati con farmaci *long-acting*.
28. Clozapina nella schizofrenia resistente al trattamento.
29. Visita psichiatrica in CPS entro 90 giorni dall'interruzione di un farmaco antipsicotico.
30. Controllo della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici di seconda generazione.
31. Monitoraggio periodico della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici di seconda generazione.
32. Pazienti in trattamento psicoterapico.
33. Trattamenti psicoeducativi.
34. Attività di risocializzazione, espressive, motorie e pratico manuali.
35. Supporto all'abitare.
36. Attività promosse dal DSM in campo lavorativo.

D. Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza

37. *Treatment gap* nella schizofrenia.
38. Continuità della cura.
39. Conclusione non concordata del trattamento.
40. Mortalità nei disturbi mentali gravi.
41. Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio.

PER DIMENSIONE DELLA QUALITA'

A. Accessibilità

1. Età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio.
2. Tempi di attesa per la prima visita nei CPS.
3. *Treatment gap* nella schizofrenia.

B. Continuità

4. Continuità della cura.
5. Continuità della cura nei pazienti con disturbo all'esordio.
6. Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CPS entro 14 giorni dalla dimissione dal SPDC.
7. Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC.
8. Attività domiciliare dopo la dimissione dal SPDC.
9. Conclusione non concordata del trattamento.

C. Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero

10. Ricoveri in regime di TSO.
11. Riammissioni al SPDC entro 7 e 28 giorni.
12. Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni.
13. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari.
14. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente.
15. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai pazienti con disturbo all'esordio.
16. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari dei pazienti con disturbo all'esordio.
17. Piano di trattamento individuale.
18. *Case manager* per i disturbi mentali gravi.
19. Attività multiprofessionale erogata nei CPS
20. Attività multiprofessionale erogata nei CPS per i pazienti con disturbo all'esordio.
21. Trattamenti psicoeducativi.

- 22. Trattamenti psicoeducativi nei pazienti con disturbo all'esordio.
- 23. Pazienti in trattamento psicoterapico.
- 24. Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico.
- 25. Attività domiciliare nei pazienti con disturbo all'esordio.
- 26. Attività di risocializzazione, espressive, motorie e pratico manuali.
- 27. Attività promosse dal DSM in campo lavorativo.
- 28. Supporto all'abitare.

D. Appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici

- 29. Dosaggio dei farmaci antipsicotici durante il ricovero in SPDC.
- 30. Trattamento continuativo con farmaci antipsicotici nel periodo successivo all'episodio acuto.
- 31. Terapia di mantenimento con farmaci antipsicotici.
- 32. Prescrizione di un unico farmaco antipsicotico.
- 33. Frequenza e dosaggio dei farmaci antipsicotici *long-acting*.
- 34. Monitoraggio della terapia nei pazienti trattati con farmaci antipsicotici *long-acting*.
- 35. Clozapina nella schizofrenia resistente al trattamento
- 36. Visita psichiatrica in CPS entro 90 giorni dall'interruzione di un farmaco antipsicotico.

E. Sicurezza

- 37. Controllo della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici di seconda generazione.
- 38. Monitoraggio periodico della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici di seconda generazione.

F. Eventi sentinella

- 39. Mortalità nei disturbi mentali gravi.
- 40. Contenzione fisica in SPDC
- 41. Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio.

NUMERO	S1
INDICATORE	<i>Treatment gap</i> nel disturbo schizofrenico.
RAZIONALE	I pazienti con disturbo mentale grave necessitano, per una migliore risposta ai loro bisogni, di essere presi in carico dai servizi di salute mentale. Il <i>treatment gap</i> permette di conoscere quanti pazienti sono in contatto con i servizi di salute mentale rispetto a quelli che potenzialmente ne hanno bisogno.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Accessibilità.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Tasso per 100.000 (popolazione generale) di pazienti affetti da disturbo schizofrenico con almeno un contatto con il DSM nell'anno.
DENOMINATORE	Tasso per 100.000 (popolazione generale) di soggetti affetti da disturbo schizofrenico.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The <i>treatment gap in mental health care</i>. <i>Bulletin World Health Organization</i> 2004;82:858-866. • Lora A, Kohn R, Levav I, McBain R, Morris J, Saxena S. Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries <i>Bulletin World Health Organization</i> 2012 1;90(1):47-54, 54A-54B. Epub 2011 Oct 31. • <i>WHO Global Burden of Disease – 2004 update</i> (2008). http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html
NOTE	• Sia il numeratore che il denominatore sono tassi per 100.000 abitanti relativi alla popolazione generale. • La stima del denominatore (numero dei soggetti che vivono nel territorio e sono affetti dal disturbo) può essere derivata dalle stime dello studio <i>Global Burden of Disease – 2004 update</i> (WHO 2008) e suoi successivi aggiornamenti.

NUMERO	S2
INDICATORE	Età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio.
DESCRIZIONE	Età media dei pazienti con disturbo all'esordio e al loro primo contatto con il DSM.
RAZIONALE	La diagnosi e il trattamento precoce evitano inutili sofferenze ai pazienti e ai loro familiari e prevengono il deterioramento del funzionamento psicosociale.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Accessibilità.
FASE DI ASSISTENZA	Esordio. Primo contatto.
TIPO DI MISURA	Media.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	<i>Canadian Advisory Network on Mental Health (ANMH);</i> http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/index-eng.php
NOTE	Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 35 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.

NUMERO	S3
INDICATORE	Tempi di attesa per la prima visita nei CPS.
RAZIONALE	La diagnosi ed il trattamento all'esordio dei disturbi mentali gravi evitano preoccupazione e sofferenze aggiuntive ai pazienti e alle loro famiglie, prevenendo l'instaurarsi della disabilità.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Accessibilità.
FASE DI ASSISTENZA	Esordio. Primo contatto.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti al primo contatto con il CPS il cui tempo di attesa per la prima visita è superiore a 7 giorni.
DENOMINATORE	Numero di pazienti al loro primo contatto con il CPS.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's (2008) http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002) <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care - livello di evidenza NICE: GPP.</i>
NOTE	• Per paziente al primo contatto con il CPS si intende un paziente che non ha mai avuto contatti con il CPS, indipendentemente dalla presenza di contatti psichiatrici precedenti con altre strutture psichiatriche interne/esterne al DSM o curanti privati. • Il numero dei giorni di attesa, tra la richiesta e l'erogazione dell'intervento è valutato sui giorni solari e non su quelli lavorativi.

NUMERO	S4
INDICATORE	Continuità della cura.
RAZIONALE	La continuità della cura sia tra i diversi <i>setting</i> di trattamento del DSM che all'interno dello stesso <i>setting</i> è un elemento fondamentale della cura a livello territoriale. Essa previene le ricadute e favorisce l'aderenza e la sicurezza dei trattamenti.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Continuità.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto ogni 90 giorni nei 365 giorni seguenti al primo contatto nell'anno.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• Sytema S, Giel R, ten Horn GH (1989) <i>Patterns of care in the field of mental health. Conceptual definition and research methods. Acta Psychiatrica Scandinavica</i> 79:1–10.
NOTE	• I periodi di ricovero sono calcolati come periodi di continuità nella cura.

NUMERO	S5
INDICATORE	Continuità della cura nei pazienti con disturbo all'esordio.
RAZIONALE	La continuità della cura sia tra i diversi <i>setting</i> di trattamento del DSM che all'interno dello stesso <i>setting</i> è un elemento fondamentale della cura a livello territoriale. Essa previene le ricadute e favorisce l'aderenza e la sicurezza dei trattamenti.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Continuità.
FASE DI ASSISTENZA	Esordio. Primo contatto.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto ogni 90 giorni nei 365 giorni seguenti al primo contatto nell'anno.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	Ministero della Salute (2007) Sistema nazionale per le linee guida <i>Gli interventi precoci nella schizofrenia</i>
NOTE	- I periodi di ricovero sono calcolati come periodi di continuità nella cura. - Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 35 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.

NUMERO	S6
INDICATORE	Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CPS entro 14 giorni dalla dimissione dal SPDC.
RAZIONALE	La continuità terapeutica deve essere assicurata in particolare nel momento della dimissione dal reparto ospedaliero. Le linee guida raccomandano un monitoraggio regolare per prevenire le ricadute e monitorare l'aderenza al trattamento.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Continuità.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che dimessi dal SPDC ricevono una visita psichiatrica in CPS entro 14 giorni dalla dimissione.
DENOMINATORE	Numero di pazienti dimessi dal SPDC.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• Unützer J, Simon G, Pabiniak C, Bond K, Katon W.(2000) <i>The use of administrative data to assess quality of care for bipolar disorder in a large staff model HMO. General Hospital Psychiatry.</i> 22(1):1-10. • <i>Canadian Advisory Network on Mental Health</i> (ANMH); http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/index-eng.php
NOTE	• L'intervallo di tempo tra la dimissione e la visita è calcolato sulla base dei giorni solari e non di quelli lavorativi.

NUMERO	S7
INDICATORE	Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC.
RAZIONALE	Sebbene non esista una frequenza raccomandata per le visite ambulatoriali dopo la dimissione ospedaliera, vi è un generale accordo che un monitoraggio regolare è necessario per prevenire le ricadute e per monitorare l'aderenza e la sicurezza dei trattamenti.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Continuità.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti dimessi dal SPDC con almeno un contatto con il CPS per mese nei sei mesi seguenti la dimissione.
DENOMINATORE	Numero di pazienti dimessi dal SPDC.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Danish National Indicator Project</i> (DNIP); http://www.nip.dk/ • <i>Organisation for Economic Cooperation and Development - Health Quality Indicator Project</i> (HCQI); http://www.oecd.org • Leslie D, Rosenheck R.(2000) <i>Comparing quality of mental health care for public-sector and privately insured populations. Psychiatric Services</i> 51 (5): 650–655.

NUMERO	S8
INDICATORE	Attività domiciliare dopo la dimissione dal SPDC.
RAZIONALE	Il trattamento al domicilio dovrebbe essere considerato un'opzione possibile per i pazienti che in questo modo potrebbero trarre beneficio da una degenza dal SPDC relativamente più breve.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Continuità.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che ricevono almeno una visita domiciliare nelle due settimane seguenti la dimissione dal SPDC.
DENOMINATORE	Numero di pazienti dimessi dal SPDC.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002). <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care</i>

NUMERO	S9
INDICATORE	Conclusione non concordata del trattamento.
RAZIONALE	La conclusione prematura del trattamento (relativa sia ai pazienti 'persi di vista' sia a quelli che terminano la cura contro il parere clinico) è un evento comune tra i pazienti con disturbo mentale grave ed è associata a esiti peggiori, con conseguente maggiore frequenza di riospedalizzazione. I pazienti che incontrano difficoltà a rimanere in trattamento devono essere seguiti attivamente al fine di monitorare la loro condizione clinica e i loro bisogni. Una bassa percentuale di pazienti in trattamento al <i>follow up</i> suggerisce una scarsa capacità del servizio di seguire i gruppi di pazienti più vulnerabili.
LIVELLO DI EVIDENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Continuità.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti che: • nel periodo dal 3° al 6° mese dal primo contatto nell'anno, • nel periodo dal 7° al 12° mese dal primo contatto nell'anno, non sono più in contatto con il DSM da almeno 90 giorni e che concludono il trattamento in modo non concordato o per cause sconosciute.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health</i> (CQAIHM); http://www.cgaimh.org/
NOTE	• Identificare per il numeratore i pazienti con interruzione non concordata o chiusura amministrativa (nei pazienti in cui non si conosca la causa di interruzione). • Sono esclusi i pazienti deceduti per qualunque causa.

NUMERO	S10
INDICATORE	Ricoveri in regime di TSO.
RAZIONALE	La riduzione al minimo dei ricoveri obbligatori, ma al tempo stesso il fornire un trattamento adeguato ed una attenta supervisione e tutela delle persone con disturbo mentale grave, sono funzioni di base del DSM.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di ricoveri in TSO.
DENOMINATORE	Numero di ricoveri totali.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Canadian Advisory Network on Mental Health</i> (ANMH); http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/index-eng.php

NUMERO	S11
INDICATORE	Riammissioni in SPDC entro quattro settimane dalla dimissione.
RAZIONALE	Questo indicatore è un indice della qualità della cura ospedaliera durante la prima degenza. Dato che le riammissioni sono utilizzate come indicatore delle ricadute, esse indicano una dimissione prematura o una mancanza di coordinamento con le strutture territoriali. Dati i costi elevati della cura ospedaliera, la riduzione dei costi legati alle riammissioni può avere un effetto significativo sulla spesa per la salute mentale.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di riammissioni in SPDC che avvengono: • entro 7 giorni dalla dimissione, • entro l'intervallo compreso tra gli 8 e i 28 giorni dalla dimissione.
DENOMINATORE	Numero di dimissioni dal SPDC.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Organisation for Economic Cooperation and Development - Health Quality Indicator Project (HCQI)</i>; http://www.oecd.org

NUMERO	S12
INDICATORE	Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni.
RAZIONALE	Questo indicatore è in rapporto all'appropriatezza della degenza ospedaliera.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di ricoveri in SPDC della durata superiore ai 30 giorni.
DENOMINATORE	Numero di ricoveri in SPDC.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)</i>; http://www.achs.org.au

NUMERO	S13
INDICATORE	Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente.
RAZIONALE	Gli operatori sanitari coinvolti nel trattamento e nella gestione di routine della schizofrenia dovrebbero garantire il tempo necessario a costruire una relazione supportiva ed empatica con i pazienti e i familiari. Ciò dovrebbe essere considerato come un elemento essenziale dell'assistenza normalmente offerta.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con più di cinque interventi territoriali erogati in CPS.
DENOMINATORE	Numero di pazienti in contatto con i CPS.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002). <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care – livello di evidenza NICE: GPP.</i>
NOTE	• Sono inclusi sia gli interventi individuali e di gruppo erogati in CPS che i giorni di presenza presso il Centro Diurno.

NUMERO	S14
INDICATORE	Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari.
RAZIONALE	Gli operatori sanitari che si occupano delle persone con schizofrenia dovrebbero garantire il tempo necessario per costruire una relazione supportiva ed empatica con i pazienti dei servizi e i loro familiari come elemento essenziale della gestione di routine di questo disturbo.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti i cui familiari ricevono più di 2 interventi specificatamente a loro rivolti in CPS.
DENOMINATORE	Numero di pazienti in contatto con i CPS.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002). <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care – livello di evidenza NICE: GPP.</i>
NOTE	• Si considerano interventi rivolti ai familiari i colloqui con i familiari, la psicoterapia familiare, i gruppi di familiari, gli interventi di carattere psicoeducativo rivolti alla famiglia. • Sono inclusi solo i pazienti che vivono con familiari (genitori, fratelli, partner o figli).

NUMERO	S15
INDICATORE	Intensità dell'assistenza territoriale nei pazienti con disturbo all'esordio.
RAZIONALE	Poiché molte persone con diagnosi di schizofrenia accertata o probabile hanno difficoltà nel ricevere aiuto ed assistenza nelle prime fasi della malattia, è raccomandato che siano sviluppati dei servizi di intervento precoce per offrire non appena possibile un intervento integrato che bilanci le componenti psicofarmacologiche, psicologiche, sociali, occupazionali ed educative.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Esordio. Primo contatto.
TIPO DI MISURA	Media di contatti per mese di presa in carico per i pazienti con disturbo all'esordio.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002) <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care– livello di evidenza NICE: GPP.</i>
NOTE	• Sono inclusi sia i contatti erogati in CPS che i giorni di presenza presso il Centro Diurno. • L'indicatore è costruito sul numero medio di contatti per mese di presa in carico del paziente, in quanto il paziente può entrare in contatto con il DSM per un numero di mesi limitato durante l'anno solare. È quindi necessario contare i mesi per paziente dal primo contatto nell'anno e dividerli poi per il numero di contatti nell'anno. • Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 35 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.

NUMERO	S16
INDICATORE	Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari nei pazienti con disturbo con disturbo all'esordio.
RAZIONALE	Gli operatori sanitari coinvolti nel trattamento e nella gestione di routine della schizofrenia dovrebbero garantire il tempo necessario a costruire una relazione supportiva ed empatica con i pazienti e i loro familiari. Ciò dovrebbe essere considerato come un elemento essenziale dell'assistenza normalmente offerta.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Media di interventi in CPS rivolti ai familiari per mese di presa in carico per i pazienti con disturbo all'esordio.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	- Ministero della Salute (2007) Sistema nazionale per le linee guida <i>Gli interventi precoci nella schizofrenia</i>. - PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf - NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002). <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care – livello di evidenza NICE: GPP</i>.
NOTE	- Si considerano interventi rivolti ai familiari i colloqui con i familiari, la psicoterapia familiare, i gruppi di familiari, gli interventi di carattere psicoeducativo rivolti alla famiglia. - Sono inclusi solo i pazienti che vivono con familiari (genitori, fratelli, partner o figli). - L'indicatore è costruito sul numero medio di contatti per mese di presa in carico del paziente, in quanto il paziente può entrare in contatto con il DSM per un numero di mesi limitato durante l'anno solare. E' quindi necessario contare i mesi per paziente dal primo contatto nell'anno e poi dividerli per il numero di contatti nell'anno. - Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 35 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.

NUMERO	S17
INDICATORE	Piano di trattamento individuale.
RAZIONALE	Il piano di trattamento individuale favorisce risposte adeguate ai bisogni clinici e sociali dei pazienti con disturbi mentali gravi ed il coordinamento dei trattamenti loro rivolti.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con un articolato e aggiornato piano di trattamento individuale.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)</i>; http://www.achs.org.au
NOTE	• Il piano di trattamento a livello territoriale deve comprendere la valutazione dei bisogni del paziente, gli obiettivi a medio termine, le azioni previste ed il monitoraggio delle stesse. E' aggiornato annualmente e alla sua compilazione partecipano tutte le figure professionali implicate nel caso. Il piano di cura può essere sottoscritto dal paziente e dai suoi familiari.

NUMERO	S18
INDICATORE	<i>Case manager</i> per i disturbi mentali gravi.
RAZIONALE	Il <i>case management</i> è uno strumento che favorisce la continuità e l'articolazione delle cure nei pazienti con bisogni complessi, superando la frammentazione del sistema.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che sono seguiti da un <i>case manager</i> .
DENOMINATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Canadian Advisory Network on Mental Health</i> (ANMH); http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/index-eng.php
NOTE	• <i>Case management</i> assegna le funzioni di coordinamento delle cura a livello territoriale ad un operatore, che ha il compito di valutare i bisogni ed implementare i piani di cura, integrandosi con le altre agenzie del territorio. • Sono inclusi i pazienti a cui è stato assegnato formalmente un <i>case manager</i>.

NUMERO	S19
INDICATORE	Attività multiprofessionale erogata nei CPS.
RAZIONALE	La valutazione dei bisogni di assistenza sanitaria e sociale delle persone affette da schizofrenia deve essere completa e riguardare gli aspetti medici, sociali, psicologici, lavorativi, economici, fisici e culturali.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti in contatto nel CPS oltre che con psichiatra anche con altre figure professionali come psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore e terapeuta della riabilitazione.
DENOMINATORE	Numero di pazienti in contatto con i CPS.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002). <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care.</i>
NOTE	• Sono esclusi dalla tipologia di contatti considerati gli interventi di coordinamento e le riunioni.

NUMERO	S20
INDICATORE	Attività multiprofessionale erogata nei CPS ai pazienti con disturbo all'esordio.
RAZIONALE	Sono raccomandate le caratteristiche di multidisciplinarietà, domiciliazione e flessibilità, quali elementi indispensabili a un buon funzionamento di servizi dedicati all'identificazione e trattamento precoci di soggetti al primo episodio schizofrenico.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti all'esordio in contatto in CPS oltre che con psichiatra anche con altre figure professionali come psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore e terapeuta della riabilitazione.
DENOMINATORE	Numero di pazienti all'esordio in contatto con i CPS.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• Ministero della Salute (2007) Sistema nazionale per le linee guida <i>Gli interventi precoci nella schizofrenia</i>. • PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002). <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care</i>.
NOTE	• Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 35 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni. • Sono esclusi dalla tipologia di contatti considerati gli interventi di coordinamento e le riunioni.

NUMERO	S21
INDICATORE	Trattamenti psicoeducativi.
RAZIONALE	Gli interventi familiari di tipo psicoeducativo sono di provata efficacia nel ridurre le ricadute cliniche della schizofrenia. Pertanto, tali interventi devono essere disponibili per le famiglie delle persone affette da schizofrenia che vivono o sono a stretto contatto con il paziente.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti, le cui famiglie ricevono almeno 4 interventi psicoeducativi.
DENOMINATORE	Numero di pazienti che vivono con i familiari e con almeno un contatto con il DSM nell'anno.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• Danish National Indicator Project (DNIP); http://www.nip.dk/ • PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE). <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care – livello di evidenza NICE: A.</i> • WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html – livello di evidenza MhGAP: elevato. • Kreyenbuhl J., Buchanan R., Dickerson F. & Dixon L. (2010) <i>The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009 Schizophrenia Bulletin</i> 36(1): 94–103.
NOTE	• Gli interventi psicoeducativi presuppongono l'utilizzo di una tecnica specifica e la relativa formazione degli operatori. Hanno generalmente lo scopo di informare secondo programmi definiti i familiari sulla natura, il decorso e il trattamento del disturbo psichiatrico dell'utente. Attraverso un metodo strutturato, mirano a migliorare la capacità di comunicazione all'interno della famiglia e ad aumentare le capacità del nucleo familiare nell'affrontare le

	situazioni problematiche e lo stress che ne può derivare. • Gli interventi psicoeducativi possono essere rivolti sia alla singola famiglia che a gruppi di famiglie, con o senza la presenza dei pazienti.
--	---

NUMERO	S22
INDICATORE	Trattamenti psicoeducativi per i pazienti con disturbo all'esordio.
RAZIONALE	Sono raccomandati trattamenti di tipo psicoeducativo familiare indirizzati a singoli nuclei familiari nel periodo che segue il primo episodio psicotico.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con disturbo all'esordio, le cui famiglie ricevono almeno 4 sedute o incontri psicoeducativi.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con disturbo all'esordio, che vivono con i familiari e con almeno un contatto con il DSM nell'anno.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• Ministero della Salute (2007) Sistema nazionale per le linee guida <i>Gli interventi precoci nella schizofrenia</i>. • Danish National Indicator Project (DNIP); http://www.nip.dk/ • PROGETTO SIEP-DIRECT'S (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002). <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care – livello di evidenza NICE: A</i>. • WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html – livello di evidenza MhGAP: elevato. • Kreyenbuhl J., Buchanan R., Dickerson F. & Dixon L. (2010) <i>The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009 Schizophrenia Bulletin</i>36(1): 94–103.
NOTE	• Gli interventi psicoeducativi presuppongono l'utilizzo di una tecnica specifica e la relativa formazione degli operatori. Hanno generalmente lo scopo di

	informare secondo programmi definiti i familiari sulla natura, il decorso e il trattamento del disturbo psichiatrico dell'utente. Attraverso un metodo strutturato, mirano a migliorare la capacità di comunicazione all'interno della famiglia e ad aumentare le capacità del nucleo familiare nell'affrontare le situazioni problematiche e lo stress che ne può derivare. • Gli interventi psicoeducativi possono essere rivolti sia alla singola famiglia sia a gruppi di famiglie, con o senza la presenza dei pazienti. • Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 35 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.
--	--

NUMERO	S23
INDICATORE	Pazienti in trattamento psicoterapico.
RAZIONALE	Esistono evidenze dell'efficacia di specifici tipi di psicoterapia nella schizofrenia, in particolare per la psicoterapia cognitivo comportamentale. Nell'assistenza di routine alle persone affette da schizofrenia, il <i>counselling</i> e la terapia psicologica di sostegno non sono raccomandati come interventi specifici, laddove altri interventi di provata efficacia sono indicati e disponibili.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che ricevono almeno tre sedute di psicoterapia o tre colloqui psicologici.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002). <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care</i>– livello di evidenza NICE: C per tutte le psicoterapie non cognitive, B per la cognitive. • WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html – livello di evidenza MhGAP: standard per la psicoterapia cognitiva. • Kreyenbuhl J., Buchanan R., Dickerson F. & Dixon L. (2010) <i>The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009 Schizophrenia Bulletin</i> 36(1): 94–103.
NOTE	• Sono state incluse nell'analisi tutte le forme di psicoterapia, in quanto i database amministrativi non permettono di rilevare separatamente le diverse tipologie di psicoterapia. È da rilevare che per alcune patologie come la schizofrenia le prove di evidenza sono maggiori per alcuni tipi di psicoterapia (come la psicoterapia cognitiva comportamentale) rispetto ad altre (ad esempio quella ad indirizzo psicodinamico).

NUMERO	S24
INDICATORE	Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico.
RAZIONALE	Esistono evidenze dell'efficacia di specifici tipi di psicoterapia nella schizofrenia, in particolare per la psicoterapia cognitivo comportamentale. Nell'assistenza di routine alle persone affette da schizofrenia, il <i>counselling</i> e la terapia psicologica di sostegno non sono raccomandati come interventi specifici, laddove altri interventi di provata efficacia sono indicati e disponibili.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con disturbo all'esordio che ricevono almeno tre sedute di psicoterapia o tre colloqui psicologici.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con disturbo all'esordio con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	- Ministero della Salute (2007) Sistema nazionale per le linee guida Gli interventi precoci nella schizofrenia - PROGETTO SIEP-Direct's (2008) http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf - NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002). <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care</i> - livello di evidenza NICE: C per tutte le psicoterapie non cognitive, B per la cognitive. - WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html - livello di evidenza MhGAP: standard per la psicoterapia cognitiva. - Kreyenbuhl J., Buchanan R., Dickerson F. & Dixon L. (2010) <i>The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009 Schizophrenia Bulletin</i> 36(1): 94–103.
NOTE	Sono state incluse nella analisi tutte le forme di psicoterapia, in quanto i database amministrativi non permettono di rilevare separatamente le diverse

	tipologie di psicoterapia. È da rilevare che per alcune patologie come la schizofrenia le prove di evidenza sono maggiori per alcuni tipi di psicoterapia (come la psicoterapia cognitivo-comportamentale) rispetto ad altre (ad esempio quella ad indirizzo psicodinamico). • Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 35 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.
--	--

NUMERO	S25
INDICATORE	Attività domiciliare nei pazienti con disturbo all'esordio.
RAZIONALE	Sono raccomandate le caratteristiche di multidisciplinarietà, domiciliazione e flessibilità, quali elementi indispensabili a un buon funzionamento di servizi dedicati all'identificazione e trattamento precoci di soggetti al primo episodio schizofrenico.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Esordio. Primo contatto.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con disturbo all'esordio che hanno ricevuto almeno tre visite al domicilio.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con disturbo all'esordio trattati nel DSM.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	Ministero della Salute (2007) Sistema nazionale per le linee guida <i>Gli interventi precoci nella schizofrenia</i>.
NOTE	Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 35 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.

NUMERO	S26
INDICATORE	Attività di risocializzazione, espressive, motorie e pratico manuali.
RAZIONALE	Le attività di risocializzazione sono un aspetto importante dell'offerta complessiva di un servizio alle persone affette da schizofrenia nel momento dopo la risoluzione della fase acuta. Tutti i programmi terapeutici devono prevedere la formalizzazione di programmi di attività di risocializzazione.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che ricevono almeno 3 interventi di risocializzazione, espressivi, motorio e pratico manuali erogati in CPS e Centro Diurno.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002). <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care - livello di evidenza NICE: GPP.</i>
NOTE	• INTERVENTO DI RISOCIALIZZAZIONE Ha lo scopo di consentire ai pazienti di frequentare ambienti e persone al di fuori del contesto familiare e di migliorare le loro capacità di socializzazione mediante attività ricreative o finalizzate. Può essere svolto sia all'interno della struttura, sia all'esterno con il coinvolgimento del paziente in iniziative sociali ed in attività ricreative sul territorio. Possono essere coinvolti i familiari del paziente o altre figure significative a lui vicine. <i>Include:</i> per l'intervento individuale - attività ricreative e di incontro rivolte al singolo paziente, uscite (cinema, ristorante, mostre, etc.). Per l'intervento di gruppo - attività ricreative e di incontro che soddisfino le caratteristiche del gruppo, come gruppi di risocializzazione, discussione e lettura, gruppi di incontro su argomenti specifici, gruppi finalizzati all'ascolto di musica o alla visione di film, gruppi cucina, etc. <i>Esclude:</i> per l'intervento di gruppo - gruppi a carattere specificamente

	riabilitativo (come nel caso di un gruppo che si riunisce per mangiare insieme, ma in cui l'accento è posto sull'insegnamento relativo all'abilità di preparare i pasti - intervento sulle abilità di base); gruppi di familiari (intervento informativo e psicoeducativo con i familiari). • SOGGIORNO - VACANZA Intervento con finalità ricreative e di risocializzazione, rivolto a gruppi di pazienti al di fuori dell'ambito familiare o sanitario, limitato nel tempo, con la presenza di operatori nell'arco delle 24 ore. Sono comprese sotto questa voce anche gite, escursioni e viaggi della durata di almeno una giornata con la presenza degli operatori. Questi interventi sono rilevati secondo il numero di giorni di durata. <i>Include:</i> soggiorni e vacanze, gite, escursioni e viaggi. • INTERVENTI DI TIPO ESPRESSIVO, PRATICO MANUALE E MOTORIO (INDIVIDUALE E DI GRUPPO) a. INTERVENTI DI TIPO ESPRESSIVO <i>Include:</i> attività quali il disegno, la pittura, la fotografia, le attività teatrali e di drammatizzazione, etc. b. INTERVENTI DI TIPO PRATICO MANUALE <i>Include:</i> la lavorazione del legno, il cucito ed il lavoro a maglia, il giardinaggio, etc. <i>Esclude:</i> attività specificamente finalizzate all'inserimento lavorativo, quali ad esempio la lavorazione del legno finalizzata a rendere il paziente in grado di inserirsi in tirocini o attività lavorative di natura artigianale (intervento di addestramento e formazione al lavoro). c. INTERVENTI DI TIPO MOTORIO <i>Include:</i> attività di ginnastica, integrazione psicomotoria, espressione corporea, tecniche di rilassamento, danza, etc.
--	--

NUMERO	S27
INDICATORE	Attività promosse dal DSM in campo lavorativo.
RAZIONALE	I programmi di impiego assistito dovrebbero essere offerti alle persone con schizofrenia che desiderino tornare a lavorare o siano in cerca di una occupazione.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti, non impiegati e di età compresa tra i 18 e i 55 anni, inseriti in attività di carattere lavorativo o supportati dal DSM in tale tipo di attività.
DENOMINATORE	Numero di pazienti non impiegati e di età compresa tra i 18 e i 55 anni con almeno un contatto con il DSM nell'anno.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002) <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care - livello di evidenza NICE: C.</i> • Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health (CQAIMH); http://www.cqaimh.org/ • Lehman AF, Steinwachs DM. (1998) <i>Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. Schizophrenia Bulletin</i>24(1):1-10. • Hermann RC, Finnerty M, Provost S, Palmer RH, Chan J, Lagodmos G, Teller T, Myrhol BJ. (2002) <i>Process measures for the assessment and improvement of quality of care for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin</i> 28(1):95-104. • WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html - livello di evidenza mhGAP: elevato. • Kreyenbuhl J., Buchanan R., Dickerson F. & Dixon L. (2010) <i>The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009 Schizophrenia Bulletin</i> 36(1): 94–103.

NOTE	• Sono esclusi i pazienti che sono ancora studenti. • Comprende attività di formazione ed avviamento lavorativo erogate da strutture del DSM, attività di formazione ed avviamento lavorativo erogate da strutture socio-sanitarie non appartenenti al DSM, borse lavoro ('formazione in azienda'), inserimento dei pazienti come soci in cooperative di tipo b, inserimento in aziende competitive. • L'attività di supporto del DSM si esplica in colloqui con il paziente e/o in riunioni con enti finalizzati in modo specifico al supporto lavorativo.
-------------	---

NUMERO	S28
INDICATORE	Supporto all'abitare.
RAZIONALE	Per rispondere ai bisogni sociali dei pazienti con disturbo mentale grave nel campo della abitazione, il servizio di salute mentale dovrebbe attivare progetti di residenzialità 'leggera'.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che ricevono servizi di residenzialità protetta con assistenza diretta giornaliera inferiore alle 4 ore.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>National Association of State Mental Health Program Directors. Report of the Technical Workgroup of the NASMHPD President's Task Force on Performance Indicators.</i> Alexandria, VA: NASMHPD, 1997. • Hermann RC, Finnerty M, Provost S, Palmer RH, Chan J, Lagodmos G, Teller T, Myrhol BJ. (2002) <i>Process measures for the assessment and improvement of quality of care for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin</i>28(1):95-104. • WHO - <i>mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings.</i> http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html - livello di evidenza mhGAP: standard.
NOTE	• Include le residenze con assistenza solo in alcune fasce orarie ('residenzialità leggera'); esclude l'attività al domicilio del paziente (dove il paziente è proprietario o affittuario dell'abitazione) e le strutture residenziali con assistenza diretta superiore alle 4 ore.

NUMERO	S29
INDICATORE	Dosaggio dei farmaci antipsicotici durante il ricovero in SPDC.
RAZIONALE	Il dosaggio di un farmaco antipsicotico per il trattamento di un episodio acuto dovrebbe essere mantenuto in un <i>range</i> compreso tra i 300 ed 1.000 mg di clorpromazina (CPZ) equivalenti al giorno per un periodo minimo di tre settimane.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di dimissioni in cui i pazienti ricevono alla dimissione dal ricovero in SPDC un dosaggio di farmaci antipsicotici compreso tra i 300-1.000 equivalenti di CPZ al giorno.
DENOMINATORE	Numero di dimissioni dal SPDC di pazienti che ricevono un farmaco antipsicotico.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health (CQAIHM)</i>; http://www.cqaimh.org/ • Kreyenbuhl J., Buchanan R., Dickerson F. & Dixon L. (2010) <i>The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009 Schizophrenia Bulletin</i> 36(1): 94–103.
NOTE	• Il dosaggio dei farmaci antipsicotici viene rilevato sulla prima prescrizione entro 1 mese dalla dimissione dal SPDC.

NUMERO	S30
INDICATORE	Trattamento continuativo con farmaci antipsicotici nel periodo successivo all'episodio acuto.
RAZIONALE	A causa dell'elevato rischio di ricaduta dopo un episodio acuto, dovrebbe essere discussa con il paziente e, ove appropriato, con i familiari la prosecuzione del trattamento antipsicotico per 1-2 anni dopo una ricaduta.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti a cui viene prescritto un farmaco antipsicotico nella fase acuta ed in cui non vi è interruzione della terapia farmacologica: a) per almeno 90 giorni, b) per almeno 180 giorni, c) per 365 giorni; a seconda che siano: 1. pazienti al primo contatto, 2. pazienti con nuovi episodi.
DENOMINATORE	Numero di pazienti all'inizio del trattamento con un farmaco antipsicotico.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002) <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care - livello di evidenza NICE: GPP.</i> • WHO - <i>mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings.</i> http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html - livello di evidenza mhGAP: elevato. • Kreyenbuhl J., Buchanan R., Dickerson F. & Dixon L. (2010) <i>The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009 Schizophrenia Bulletin</i> 36(1): 94–103.
NOTE	• Per interruzione s'intende la presenza di un <i>gap</i> di almeno 30 giorni tra la fine della copertura di una prescrizione e l'inizio della prescrizione successiva. • La copertura farmacologica è calcolata utilizzando la <i>Defined Daily Dose</i>

	(DDD). • I pazienti a cui viene prescritto un farmaco specifico nel periodo successivo all'episodio acuto possono essere: 1) pazienti al primo contatto con il DSM, che ricevono la prima prescrizione di farmaco dopo la dimissione dal SPDC o dopo prima visita in CPS; 2) pazienti con un nuovo episodio e con precedenti contatti con il DSM che non hanno ricevuto terapie specifiche nei 12 mesi precedenti all'episodio acuto. • I periodi di ricovero in struttura ospedaliera o residenziale sono considerati periodi in cui non vi è alcuna interruzione del farmaco.
--	---

NUMERO	S31
INDICATORE	Terapia di mantenimento con farmaci antipsicotici.
RAZIONALE	La terapia di mantenimento gioca un ruolo essenziale nella prevenzione delle ricadute, favorendo il ristabilirsi del funzionamento psicosociale ai livelli del periodo precedente la crisi.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale per ciascuna classe.
NUMERATORE	Numero di pazienti che assumono in maniera continuativa la terapia con farmaci antipsicotici: a) per almeno 90 giorni, b) per almeno 180 giorni, c) per 365 giorni, a partire dalla prima prescrizione nell'anno.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002) Clinical Guideline Schizophrenia: <i>Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care.</i> • WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html - livello di evidenza mhGAP: standard. • Danish National Indicator Project (DNIP); http://www.nip.dk/
NOTE	• L'indicatore non si applica ai pazienti all'inizio del trattamento nel corso del periodo, ma a coloro che hanno già iniziato un trattamento nei 12 mesi precedenti la prima prescrizione nell'anno. • L'indicatore valuta la persistenza del trattamento farmacologico. Con il termine persistenza generalmente si intende il rinnovo continuato di un trattamento farmacologico dalla data di ingresso nello studio (diagnosi o primo trattamento) fino all'interruzione del trattamento. Per interruzione s'intende la presenza di un intervallo di almeno 30 giorni tra la fine della copertura di una prescrizione e l'inizio della prescrizione successiva.

	Per dosaggio giornaliero di riferimento si intende la Defined Daily Dose (DDD): la DDD è il dosaggio medio di mantenimento supposto giornalmente per un farmaco utilizzato nelle sue indicazioni specifiche nell'adulto. I periodi di ricovero in struttura ospedaliera o residenziale sono considerati periodi senza interruzione della terapia.
--	--

NUMERO	S32
INDICATORE	Prescrizione di un unico farmaco antipsicotico.
RAZIONALE	I farmaci antipsicotici atipici o convenzionali non dovrebbero essere prescritti simultaneamente di routine, ad eccezione di brevi periodi per coprire il periodo di passaggio da una molecola all'altra.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che ricevono un unico farmaco antipsicotico nel periodo di valutazione.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002) <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care - livello di evidenza NICE: C</i> • <i>The Danish National Indicator Project - Schizophrenia (adults)1: Indicators and Standards.</i> • WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html - livello di evidenza mhGAP: elevato.
NOTE	• È ammessa una sovrapposizione di un mese per il passaggio da un farmaco antipsicotico all'altro.

NUMERO	S33
INDICATORE	Frequenza e dosaggio dei farmaci antipsicotici <i>long-acting</i> .
RAZIONALE	Per un'ottimale efficacia clinica nella prevenzione delle ricadute, le formulazioni <i>long-acting</i> devono essere prescritte ai dosaggi e agli intervalli standard raccomandati.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti in trattamento con farmaci antipsicotici <i>long-acting</i> la cui prescrizione aderisce alle raccomandazioni relative agli intervalli e ai dosaggi.
DENOMINATORE	Numero di pazienti trattati con farmaci antipsicotici <i>long-acting</i> .
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002) <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care.</i> • WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html • Kreyenbuhl J., Buchanan R., Dickerson F. & Dixon L. (2010) <i>The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009 Schizophrenia Bulletin</i>36(1): 94–103.
NOTE	• La copertura farmacologia è calcolata utilizzando la Defined Daily Dose (DDD). • I periodi di ricovero in struttura ospedaliera o residenziale sono considerati periodi con prescrizione di farmaco rispondente alla raccomandazione relativamente a intervalli e dosaggio.

NUMERO	S34
INDICATORE	Monitoraggio della terapia nei pazienti trattati con farmaci antipsicotici <i>long-acting</i> .
RAZIONALE	Come per la terapia antipsicotica orale, le persone che ricevono formulazioni <i>long-acting</i> devono essere mantenute sotto regolare controllo clinico in modo particolare in relazione ai rischi e ai benefici del regime farmacologico.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti in trattamento presso il DSM con farmaci antipsicotici <i>long-acting</i> che ricevono una visita psichiatrica almeno ogni 90 giorni.
DENOMINATORE	Numero di pazienti in trattamento presso il DSM con farmaci antipsicotici <i>long-acting</i> .
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002) <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care livello di evidenza NICE: GPP.</i> • WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html - livello di evidenza mh-GAP: elevato.

NUMERO	S35
INDICATORE	Clozapina nel disturbo schizofrenico resistente al trattamento.
RAZIONALE	Nei soggetti con evidenza di disturbo schizofrenico resistente al trattamento la clozapina dovrebbe essere presa in considerazione come farmaco di elezione.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con disturbo schizofrenico resistente al trattamento che assumono clozapina.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con disturbo schizofrenico resistente al trattamento.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health (CQAIHM)</i>; http://www.cgaimh.org/ • PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • <i>NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002). Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care - livello di evidenza NICE: NICE 2000.</i> • <i>WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings.</i> http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html <i>livello di evidenza mhGAP: standard.</i>
NOTE	• Sono definiti come resistenti al trattamento i pazienti con: a) almeno due periodi di trattamento con farmaci antipsicotici diversi (di cui uno di seconda generazione) della durata di almeno sei settimane negli ultimi 12 mesi. b) Due ricoveri in SPDC negli ultimi 12 mesi.

NUMERO	S36
INDICATORE	Visita psichiatrica in CPS entro 90 giorni dall'interruzione di un farmaco antipsicotico.
RAZIONALE	Dopo la sospensione di un trattamento antipsicotico, deve essere mantenuto il monitoraggio dei segni e dei sintomi di una potenziale ricaduta.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che interrompono la terapia con farmaco antipsicotico e che ricevono una visita psichiatrica in CPS entro 90 giorni dalla interruzione del farmaco.
DENOMINATORE	Numero di pazienti che interrompono la terapia con farmaco antipsicotico.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002). <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care - livello di evidenza NICE: GPP.</i> • WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html - livello di evidenza mhGAP:standard.
NOTE	• L'indicatore si applica ai pazienti che nei 90 giorni seguenti l'interruzione del farmaco non sono ricoverati in ospedale per una ricaduta.

NUMERO	S37
INDICATORE	Controllo della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici di seconda generazione.
RAZIONALE	Nel caso in cui l'antipsicotico atipico prescritto possa causare aumento ponderale o diabete oppure un aumento della colesterolemia e della trigliceridemia dovrebbe essere attivato un regolare monitoraggio del peso, della glicemia e del livello ematico di trigliceridi e colesterolo.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Sicurezza.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici di seconda generazione con almeno due controlli di: • glicemia, • livello ematico di colesterolo, • livello ematico di trigliceridi, nelle 12 settimane che seguono l'inizio della terapia.
DENOMINATORE	Numero di pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici di seconda generazione.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002). <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care - livello di evidenza NICE: B.</i> • Danish National Indicator Project (DNIP); http://www.nip.dk/
NOTE	• Eventuali periodi di ricovero in struttura ospedaliera implicano l'esecuzione della glicemia, della colesterolemia e della trigliceridemia. • Per pazienti all'inizio del trattamento si intende i pazienti che assumono per la prima volta farmaci antipsicotici di seconda generazione o che, avendoli già assunti, non sono in trattamento da almeno 12 mesi. • L'indicatore è relativo a pazienti che assumono continuativamente il farmaco nelle 12 settimane di osservazione.

NUMERO	S38
INDICATORE	Monitoraggio periodico della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici di seconda generazione.
RAZIONALE	Nel caso in cui l'antipsicotico atipico prescritto possa causare aumento ponderale o diabete oppure un aumento della colesterolemia e della trigliceridemia dovrebbe essere attivato un regolare monitoraggio del peso, della glicemia e del livello ematico di trigliceridi e colesterolo.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Sicurezza.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici di seconda generazione con almeno 1 controllo di: • glicemia • livello ematico di colesterolo • livello ematico di trigliceridi nel periodo.
DENOMINATORE	Numero di pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici di seconda generazione per almeno 180 giorni nel periodo.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002) <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care - livello di evidenza NICE: B.</i> • Danish National Indicator Project (DNIP); http://www.nip.dk
NOTE	• Eventuali periodi di ricovero in struttura ospedaliera implicano l'esecuzione della glicemia, colesterolemia e trigliceridemia. • L'indicatore è relativo a pazienti che assumono continuativamente il farmaco per almeno 180 giorni nel periodo. • L'indicatore non comprende i pazienti che assumono per la prima volta farmaci antipsicotici di seconda generazione o che, avendoli già assunti, non sono in trattamento da almeno 12 mesi.

NUMERO	S39
INDICATORE	Mortalità nei disturbi mentali gravi.
RAZIONALE	Individui con disturbo schizofrenico e altri disturbi mentali gravi hanno tassi di mortalità, standardizzati per età e genere, superiori alla popolazione generale. I disturbi fisici in questa popolazione sono spesso non riconosciuti e non ricevono un trattamento adeguato.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Eventi sentinella.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR).
NUMERATORE	Numero di pazienti morti osservati tra quelli in trattamento nel DSM.
DENOMINATORE	Numero di morti attesi nella stessa popolazione psichiatrica se fosse sottoposta allo stesso tasso di mortalità a cui è sottoposta la popolazione generale.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Canadian Advisory Network on Mental Health</i> (ANMH); http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/index-eng.php • Hermann RC, Mattke S, Somekh D, Silfverhielm H, Goldner E, Glover G, Pirkis J, Mainz J, Chan JA (2006) <i>Quality indicators for international benchmarking of mental health care. International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl 1):31–38.
NOTE	• I tassi sono calcolati sui pazienti trattati nel DSM. • Viene calcolato il Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR), definito come morti osservati nella popolazione psichiatrica (O), diviso per i morti attesi nella stessa popolazione psichiatrica se fosse sottoposta allo stesso tasso di mortalità a cui è sottoposta la popolazione generale (E). • SMR si calcola moltiplicando il tasso di mortalità della popolazione per la numerosità della popolazione psichiatrica. L'SMR dato da O/E si interpreta come quanto la popolazione in studio (in questo caso la popolazione psichiatrica) rischia in più (o in meno) di morire rispetto a quella di riferimento (ovvero la popolazione residente). Un SMR ad esempio di 1,12 indica che i pazienti con disturbi psichiatrici gravi hanno un tasso di mortalità maggiore del 12% rispetto alla popolazione complessiva.

NUMERO	S40
INDICATORE	Contenzione fisica in SPDC.
RAZIONALE	L'uso di mezzi di contenzione fisica è contrario ad ogni evidenza di buona pratica e comporta un rischio di lesioni e mortalità per eventi durante l'applicazione delle misure di costrizione. Gli operatori che danno valore e rispettano l'autonomia, l'indipendenza e la sicurezza dei pazienti lavorano per evitare l'utilizzo di interventi restrittivi come la contenzione.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Eventi sentinella.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di episodi di ricovero in SPDC in cui il paziente è stato contenuto almeno una volta durante il ricovero.
DENOMINATORE	Numero di ricoveri in SPDC.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)</i>; http://www.achs.org.au

NUMERO	S41
INDICATORE	Pazienti in trattamento presso il DSM che si sono suicidati.
RAZIONALE	Il suicidio è un evento sentinella nei disturbi mentali gravi, la cui frequenza deve essere monitorata.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Eventi sentinella.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Evento sentinella: numero di pazienti che si sono suicidati tra quelli con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>United Kingdom Department of Health - Clinical and Health Outcomes Knowledge Base (NCHOD).</i>

8.2. INDICATORI CLINICI NEL DISTURBO BIPOLARE

Gianni Neri, Angelo Barbato, Alberto Parabiaghi, Carla Morganti, Mario Serrano, Arcadio Erlicher, Rita Roncone, Antonello Lasalvia, Emiliano Monzani e Antonio Lora

La notevole produzione scientifica sulla diagnosi, sulle conoscenze biologiche e sulla terapia, forse più che per altre patologie maggiori psichiatriche, ha finito per fare del disturbo bipolare quasi un paradigma della articolata complessità dell'assistenza psichiatrica moderna.

Al pari degli altri disturbi maggiori provoca una forte invalidità e incide pesantemente sulla qualità della vita, sia lavorativa che affettiva e relazionale, con alto rischio di stigma per i pazienti. Questa condizione si esprime però, almeno nelle prime fasi, episodicamente e nonostante il disturbo sia potenzialmente protratto in quanto tale per gran parte della vita, le fasi di buono od ottimo funzionamento in tutte le aree personali consentono una potenziale soddisfacente stabilità clinica. In conseguenza il disturbo bipolare è di fatto associato a uno stigma minore rispetto ad altri disturbi e sul piano prognostico è molto condizionato dal livello qualitativo dell'assistenza medica sia da un punto di vista diagnostico che terapeutico che assistenziale e autorizza la fiducia che gli indicatori di qualità assistenziale possano segnalare efficacemente la qualità assistenziale per questa patologia. Paradigmatica del modello biopsicosociale, inoltre è la accertata eziologia biologica del disturbo e la altrettanto verificata influenza additiva e interattiva dei fattori di contesto sulla sua evoluzione clinica.

La notevole disponibilità nella letteratura scientifica di indicatori in grado di dimostrarsi in un rapporto diretto, sostenuto da evidenze, con la qualità dell'assistenza ha consentito di stilare una lista ampia capace di coglierne molteplici aspetti.

Inoltre i medesimi indicatori sono stati raggruppati successivamente secondo due angolature una delle quali li distribuisce secondo le consuete dimensioni della qualità assistenziale mentre l'altra li raccoglie e organizza secondo ciascuna fase saliente della carriera assistenziale del paziente.

Il razionale di questa suddivisione è il tentativo di dar conto della diversa importanza dei domini specifici in fasi successive della malattia: in questo senso l'età di presa in carico dei pazienti con disturbo bipolare, i tempi di attesa per la prima visita nei CPS, il numero di pazienti assistiti con un trattamento psicoterapico, il numero di trattamenti psicoeducativi, la continuità della cura nei pazienti, l'intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari dei pazienti e l'intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai pazienti sono tutti indici che in pazienti con il disturbo all'esordio descrivono il grado e l'efficacia dell'intervento precoce indirizzato a prevenire un deterioramento sia psicopatologico che socio relazionale nei pazienti d'elezione.

Analogamente la capacità di prevenire ricoveri in regime di TSO, di evitare misure di contenimento fisica in SPDC, di limitare la durata delle degenze ospedaliere ai 30 giorni nonché la limitazione del numero delle riammissioni in SPDC entro 7 e 28 giorni descrivono la capacità del sistema assistenziale di filtrare le conseguenze eticamente e psicologicamente più problematiche delle situazioni critiche di emergenza/urgenza provocate dalle fasi di scompenso dei pazienti, passaggi fondamentali per ridurre al minimo le conseguenze stigmatizzanti e per facilitare il ripristino dell'autostima del paziente.

Così come il numero dei pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CPS entro 14 giorni dalla dimissione in SPDC, l'attenzione al trattamento continuativo con farmaci stabilizzatori nel periodo successivo all'episodio acuto, la documentazione del controllo della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici di seconda generazione, insieme al monitoraggio della litiemia nei pazienti all'inizio del trattamento con litio testimoniano della diligenza con cui vengono seguiti gli aspetti medico-biologici degli effetti collaterali di cure che debbono essere protratte a lungo.

È certo che la durata nel tempo di queste attenzioni psichiatriche è oggi in rapporto con la prevenzione di riacutizzazioni e soprattutto di degrado clinico e sociale per cui significativamente il maggior numero di indicatori del livello qualitativo dell'assistenza riguarda le fasi di mantenimento e promozione del recupero psicosociale attraverso la forza di ritenzione dell'utenza specifica in carico (continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC, Piano di Trattamento Individuale, intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente, intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari, visita psichiatrica in CPS entro 90 giorni dall'interruzione di un farmaco stabilizzante per l'umore, trattamenti psicoeducativi, la disponibilità a fornire trattamenti anche psicoterapici). Gli altri indicatori segnalano maggiormente l'impegno medico biologico specifico nei trattamenti farmacologici che sono dimostrati efficaci nel ridurre le riaccensioni acute della sintomatologia (terapia di mantenimento con farmaci stabilizzatori dell'umore, trattamento combinato con farmaci antidepressivi e stabilizzatori dell'umore, monitoraggio periodico della litiemia nei pazienti in terapia di mantenimento con litio, monitoraggio della funzione renale e tiroidea in pazienti in terapia di mantenimento con litio, monitoraggio della funzionalità epatica e dell'emocromo in pazienti in terapia di mantenimento con carbamazepina o valproato, monitoraggio periodico della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici di seconda generazione).

Infine sono raggruppati gli indicatori che segnalano il livello di qualità assistenziale indifferentemente in ogni fase della malattia:

1. *Treatment gap* nel disturbo bipolare.
2. Continuità della cura.
3. Conclusione non concordata del trattamento.
4. Mortalità nei disturbi mentali gravi.

5. Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio.

L'altra angolatura con cui si possono organizzare i medesimi indicatori fa riferimento alle più tradizionali dimensioni della qualità (accessibilità, continuità, appropriatezza, sicurezza).

In questi domini sono valorizzati l'accessibilità alle cure per la particolare importanza, ai fini degli esiti in cronicizzazione, dell'età alla quale il disturbo viene intercettato e preso in cura dal servizio, così come l'ampiezza della copertura rispetto all'incidenza del disturbo e la tempestività con cui la riuscita assunzione in cura riesce ad evitare interventi assistenziali potenzialmente più stigmatizzanti come ricoveri obbligatori e degrado nelle relazioni ambientali. Analogamente la continuità delle cure, per la durata protratta del disturbo è centrale per il monitoraggio clinico di un disturbo che per una lunga fase procede in modo accessionale e nel quale la capacità di cogliere segnali deboli di scompenso possono essere decisivi sulle sorti di un episodio di trattamento. A queste dimensioni si aggiunge quella altrettanto consueta degli eventi sentinella che raggruppa tre indicatori che nel processo assistenziale *standard* assumono questo significato sia per il preciso riferimento alla mortalità e al suicidio del paziente, sia per il significato di allerta che le misure restrittive della libertà hanno assunto nei servizi di salute mentale.

L'uso concomitante delle due angolature consente così di rappresentare pienamente attraverso gli indicatori scelti l'insieme delle specifiche proprietà qualitative dell'assistenza del disturbo bipolare.

PER FASE DI ASSISTENZA

A. Esordio. Primo contatto

1. Età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio.
2. Tempi di attesa per la prima visita nei CPS.
3. Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico.
4. Trattamenti psicoeducativi nei pazienti con disturbo all'esordio.
5. Continuità della cura nei pazienti con disturbo all'esordio.
6. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari dei pazienti con disturbo all'esordio.
7. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai pazienti con disturbo all'esordio.

B. Fase acuta

8. Ricoveri in regime di TSO.
9. Contenzione fisica in SPDC.
10. Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni.
11. Riammissioni in SPDC entro quattro settimane dalla dimissione.
12. Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CPS entro 14 giorni dalla dimissione dal SPDC.
13. Trattamento continuativo con farmaci stabilizzatori nel periodo successivo all'episodio acuto.

14. Controllo della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici di seconda generazione.
15. Monitoraggio della litiemia in pazienti all'inizio del trattamento con litio.

C. Mantenimento e promozione del recupero psicosociale

16. Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC
17. Piano di Trattamento Individuale.
18. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente.
19. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari.
20. Terapia di mantenimento con farmaci stabilizzatori dell'umore.
21. Trattamento combinato con farmaci antidepressivi e stabilizzatori dell'umore.
22. Monitoraggio periodico della litiemia nei pazienti in terapia di mantenimento con litio.
23. Monitoraggio della funzionalità renale e tiroidea in pazienti in terapia di mantenimento con litio.
24. Monitoraggio della funzionalità epatica e dell'emocromo in pazienti in terapia di mantenimento con carbamazepina o valproato.
25. Monitoraggio periodico della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici di seconda generazione.
26. Visita psichiatrica in CPS entro 90 giorni dall'interruzione di un farmaco stabilizzante per l'umore.
27. Trattamenti psicoeducativi.
28. Pazienti in trattamento psicoterapico.

D. Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza

29. *Treatment gap* nel disturbo bipolare.
30. Continuità della cura.
31. Conclusione non concordata del trattamento.
32. Mortalità nei disturbi mentali gravi.
33. Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio.

PER DIMENSIONE DELLA QUALITA'

A. Accessibilità

1. Età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio.
2. Tempi di attesa per la prima visita nei CPS.
3. *Treatment gap* nel disturbo bipolare.

B. Continuità

4. Continuità della cura.
5. Continuità della cura nei pazienti con disturbo all'esordio.
6. Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CPS entro 14 giorni dalla dimissione dal SPDC.

7. Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC.
8. Conclusione non concordata del trattamento.

C. Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero

9. Ricoveri in regime di TSO.
10. Riammissioni in SPDC entro quattro settimane dalla dimissione.
11. Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni.
12. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente.
13. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari.
14. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente con disturbo all'esordio.
15. Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari dei pazienti con disturbo all'esordio.
16. Piano di Trattamento Individuale.
17. Trattamenti psicoeducativi.
18. Trattamenti psicoeducativi nei pazienti con disturbo all'esordio.
19. Pazienti in trattamento psicoterapico.
20. Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico.

D. Appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici

21. Trattamento continuativo con farmaci stabilizzatori nel periodo successivo all'episodio acuto.
22. Terapia di mantenimento con farmaci stabilizzatori dell'umore.
23. Trattamento combinato con farmaci antidepressivi e stabilizzatori dell'umore.
24. Visita psichiatrica in CPS entro 90 giorni dall'interruzione di un farmaco stabilizzante per l'umore.

E. Sicurezza

25. Controllo della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici di seconda generazione.
26. Monitoraggio periodico della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici di seconda generazione.
27. Monitoraggio della funzionalità renale e tiroidea in pazienti in terapia di mantenimento con litio
28. Monitoraggio della funzionalità epatica e dell'emocromo in pazienti in terapia di mantenimento con carbamazepina o valproato.
29. Monitoraggio della litiemia in pazienti all'inizio del trattamento con litio.
30. Monitoraggio periodico della litiemia nei pazienti in terapia di mantenimento con litio.

F. Eventi sentinella

31. Mortalità nei disturbi mentali gravi.
32. Contenzione fisica in SPDC.
33. Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio.

NUMERO	BP1
INDICATORE	Età di presa in carico dei pazienti con disturbo all'esordio.
RAZIONALE	La diagnosi e il trattamento precoce evitano inutili sofferenze ai pazienti e ai loro familiari e prevengono il deterioramento del funzionamento psicosociale.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Accessibilità.
FASE DI ASSISTENZA	Esordio. Primo contatto.
TIPO DI MISURA	Media.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	<i>Canadian Advisory Network on Mental Health</i> (ANMH); http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/index-eng.php
NOTE	• Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 35 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.

NUMERO	BP2
INDICATORE	Tempi di attesa per la prima visita nei CPS.
RAZIONALE	La diagnosi ed il trattamento all'esordio dei disturbi mentali gravi evitano preoccupazione e sofferenze aggiuntive ai pazienti e alle loro famiglie, prevenendo l'instaurarsi della disabilità.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Accessibilità
FASE DI ASSISTENZA	Esordio. Primo contatto.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti al primo contatto con il CPS il cui tempo di attesa per la prima visita è superiore a 7 giorni.
DENOMINATORE	Numero di pazienti al loro primo contatto con il CPS.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's (2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002). <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care</i> - livello di evidenza NICE: GPP.
NOTE	• Per paziente al primo contatto con il CPS si intende un paziente che non ha mai avuto contatti con il CPS, indipendentemente dalla presenza di contatti psichiatrici precedenti con altre strutture psichiatriche interne/esterne al DSM o curanti privati. • Il numero dei giorni di attesa, tra la richiesta e l'erogazione dell'intervento, è valutato sui giorni solari e non su quelli lavorativi.

NUMERO	BP3
INDICATORE	' <i>Treatment gap</i> ' nel disturbo bipolare
RAZIONALE	I pazienti con disturbo mentale grave necessitano per una migliore risposta ai loro bisogni, di essere presi in carico dai servizi di salute mentale. Il <i>treatment gap</i> permette di conoscere quanti pazienti sono in contatto con i servizi di salute mentale rispetto a quelli che potenzialmente ne hanno bisogno.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Accessibilità.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Tasso per 100.000 (popolazione generale) pazienti affetti da disturbo bipolare con almeno un contatto con il DSM nell'anno.
DENOMINATORE	Tasso per 100.000 (popolazione generale) soggetti affetti da disturbo bipolare.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. (2004) <i>The treatment gap in mental health care. Bulletin World Health Organization</i> 82:858-866. • Lora A, Kohn R, Levav I, McBain R, Morris J, Saxena S. Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries. (2012) <i>Bulletin World Health Organization</i> 1;90(1):47-54, 54A-54B. Epub 2011 Oct 31. • WHO <i>Global Burden of Disease – 2004 update</i> (2008) http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html
NOTE	• Sia il numeratore che il denominatore sono tassi per 100.000 abitanti relativi alla popolazione generale. • La stima del denominatore (numero dei soggetti che vivono nel territorio e sono affetti dal disturbo) può essere derivata dalle stime dello studio <i>Global Burden of Disease – 2004 update</i> (WHO 2008) e suoi successivi aggiornamenti.

NUMERO	BP4
INDICATORE	Continuità della cura.
RAZIONALE	La continuità della cura sia tra i diversi <i>setting</i> di trattamento del DSM, che all'interno dello stesso <i>setting</i> è un elemento fondamentale della cura a livello territoriale. Essa previene le ricadute e favorisce l'aderenza e la sicurezza dei trattamenti.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Continuità.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto ogni 90 giorni nei 365 giorni seguenti al primo contatto nell'anno.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• Sytema S, Giel R, ten Horn GH (1989) <i>Patterns of care in the field of mental health. Conceptual definition and research methods. Acta Psychiatrica Scandinavica</i> 79:1–10.
NOTE	• I periodi di ricovero sono calcolati come periodi di continuità nella cura.

NUMERO	BP5
INDICATORE	Continuità della cura nei pazienti con disturbo all'esordio.
RAZIONALE	La continuità della cura sia tra i diversi <i>setting</i> di trattamento del DSM, che all'interno dello stesso <i>setting</i> è un elemento fondamentale della cura a livello territoriale. Essa previene le ricadute e favorisce l'aderenza e la sicurezza dei trattamenti.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Continuità.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto ogni 90 giorni nei 365 giorni seguenti al primo contatto nell'anno.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con disturbo all'esordio trattati nel DSM.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	Ministero della Salute (2007) Sistema nazionale per le linee guida <i>Gli interventi precoci nella schizofrenia</i>.
NOTE	Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 35 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.

NUMERO	BP6
INDICATORE	Pazienti che ricevono una visita psichiatrica in CPS entro 14 giorni dalla dimissione dal SPDC.
RAZIONALE	Ai pazienti con disturbo bipolare dovrebbe essere assicurata la continuità terapeutica e vedere gli stessi operatori di riferimento con regolarità al fine di migliorare gli esiti a lungo termine. La continuità terapeutica deve essere assicurata in particolare nel momento della dimissione dal reparto ospedaliero. Le linee guida raccomandano un monitoraggio regolare per prevenire le ricadute e monitorare l'aderenza al trattamento.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Continuità.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che dimessi dal SPDC ricevono una visita psichiatrica in CPS entro 14 giorni.
DENOMINATORE	Numero di pazienti dimessi dal SPDC.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• Unützer J, Simon G, Pabiniak C, Bond K, Katon W. (2000) <i>The use of administrative data to assess quality of care for bipolar disorder in a large staff model HMO. General Hospital Psychiatry.</i>22(1):1-10. • Canadian Advisory Network on Mental Health (ANMH); http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/index-eng.php
NOTE	• L'intervallo di tempo tra la dimissione e la visita è calcolato sulla base dei giorni solari e non di quelli lavorativi.

NUMERO	BP7
INDICATORE	Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC.
RAZIONALE	Sebbene non esista una frequenza raccomandata per le visite ambulatoriali dopo la dimissione ospedaliera, vi è un generale accordo che un monitoraggio regolare è necessario per prevenire le ricadute e per monitorare l'aderenza e la sicurezza dei trattamenti.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Continuità.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti dimessi dal SPDC con almeno una visita per mese nei sei mesi seguenti la dimissione.
DENOMINATORE	Numero di pazienti dimessi dal SPDC.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Organisation for Economic Cooperation and Development - Health Quality Indicator Project (HCQI)</i>; http://www.oecd.org • Leslie D, Rosenheck R. <i>Comparing quality of mental health care for public-sector and privately insured populations.</i>(2000) <i>Psychiatric Services</i>51 (5): 650–655.

NUMERO	BP8
INDICATORE	Conclusione non concordata del trattamento.
RAZIONALE	La conclusione prematura del trattamento (relativa sia ai pazienti 'persi di vista' che a quelli che terminano la cura contro il parere clinico) è un evento comune tra i pazienti con disturbo mentale grave ed è associata a esiti peggiori, con conseguente maggiore frequenza di riospedalizzazione. I pazienti che incontrano difficoltà a rimanere in trattamento devono essere seguiti attivamente al fine di monitorare la loro condizione clinica e i loro bisogni. Una bassa percentuale di pazienti in trattamento al <i>follow up</i> suggerisce una scarsa capacità del servizio di seguire i gruppi di pazienti più vulnerabili.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Continuità.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che: • nel periodo dal 3° al 6° mese dal primo contatto nell'anno, • nel periodo dal 7° al 12° mese dal primo contatto nell'anno, non sono più in contatto con il DSM da almeno 90 giorni e che concludono il trattamento in modo non concordato o per cause sconosciute.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	<i>Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health (CQAIHM)</i> ; http://www.cqaimh.org/
NOTE	• Identificare per il numeratore i pazienti con interruzione non concordata o chiusura amministrativa (nei pazienti in cui non si conosca la causa di interruzione). Sono esclusi i pazienti deceduti per qualunque causa.

NUMERO	BP9
INDICATORE	Ricoveri in regime di TSO.
RAZIONALE	La riduzione al minimo dei ricoveri obbligatori, ma al tempo stesso il fornire un trattamento adeguato ed una attenta supervisione e tutela delle persone con disturbo mentale grave sono funzioni di base del DSM.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di ricoveri in TSO.
DENOMINATORE	Numero di ricoveri totali.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Canadian Advisory Network on Mental Health</i> (ANMH); http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/index-eng.php

NUMERO	BP10
INDICATORE	Riammissioni in SPDC entro quattro settimane dalla dimissione.
RAZIONALE	Questo indicatore è un indice della qualità della cura ospedaliera durante la prima degenza. Dato che le riammissioni sono utilizzate come indicatore delle ricadute, esse indicano una dimissione prematura o una mancanza di coordinamento con le strutture territoriali. Dati i costi elevati della cura ospedaliera, la riduzione dei costi legati alle riammissioni può avere un effetto significativo sulla spesa per la salute mentale.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di riammissioni in SPDC che avvengono: - entro 7 giorni dalla dimissione, - entro l'intervallo compreso tra gli 8 e i 28 giorni dalla dimissione.
DENOMINATORE	Numero di dimissioni dal SPDC.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	<i>Organisation for Economic Cooperation and Development - Health Quality Indicator Project (HCQI)</i>; http://www.oecd.org

NUMERO	BP11
INDICATORE	Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni.
RAZIONALE	Questo indicatore è in rapporto all'appropriatezza della degenza ospedaliera.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuali.
NUMERATORE	Numero di ricoveri in SPDC della durata superiore ai 30 giorni.
DENOMINATORE	Numero di ricoveri in SPDC.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	<i>Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)</i>; http://www.achs.org.au

NUMERO	BP12
INDICATORE	Intensità dell'assistenza territoriale rivolta al paziente.
RAZIONALE	Gli operatori dovrebbero stabilire e mantenere una relazione collaborativa con il paziente e la sua famiglia, essendo attenti alla conoscenza ed esperienza che il paziente ha del suo disturbo, e fornendo le informazioni rilevanti ad ogni momento della valutazione, della diagnosi e del trattamento (incluse quelle relative all'utilizzo appropriato dei farmaci e al profilo dei loro effetti collaterali).
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con più di cinque interventi territoriali erogati in CPS.
DENOMINATORE	Numero di pazienti in contatto con i CPS.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Clinical Guideline - Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care (2006) - livello di evidenza NICE: GPP.</i>
NOTE	• Sono inclusi sia gli interventi individuali e di gruppo erogati in CPS sia i giorni di presenza presso il Centro Diurno.

NUMERO	BP13
INDICATORE	Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari.
RAZIONALE	Gli operatori devono porre attenzione ai bisogni dei familiari dei pazienti, valutando l'impatto del disturbo sulla relazione e considerando i bisogni somatici, sociali e di salute mentale dei familiari.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti i cui familiari ricevono più di 2 interventi specificatamente a loro rivolti in CPS.
DENOMINATORE	Numero di pazienti in contatto con i CPS.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	Clinical Guideline - Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care (2006) <i>livello di evidenza NICE: GPP.</i>
NOTE	- Si considerano interventi rivolti ai familiari i colloqui con i familiari, la psicoterapia familiare, i gruppi di familiari, gli interventi di carattere psicoeducativo rivolti alla famiglia. - Sono inclusi solo i pazienti che vivono con familiari (genitori, fratelli, partner o figli).

NUMERO	BP14
INDICATORE	Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai pazienti con disturbo all'esordio.
RAZIONALE	Poiché molte persone con diagnosi di disturbo bipolare accertata o probabile hanno difficoltà nel ricevere aiuto ed assistenza nelle prime fasi della malattia, è raccomandato che siano sviluppati dei servizi di intervento precoce per offrire non appena possibile un intervento integrato che bilanci le componenti psicofarmacologiche, psicologiche, sociali, occupazionali ed educative.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE	Esordio. Primo contatto.
TIPO DI MISURA	Media di contatti per mese di presa in carico per i pazienti con disturbo all'esordio.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Clinical Guideline - Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care</i> (2006) livello di evidenza NICE: GPP.
NOTE	• Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 35 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni. • Sono inclusi sia i contatti erogati in CPS, sia i giorni di presenza presso il Centro Diurno. • L'indicatore è costruito sul numero medio di contatti per mese di presa in carico del paziente, in quanto il paziente può entrare in contatto con il DSM per un numero di mesi limitato durante l'anno solare. È quindi necessario contare i mesi per paziente dal primo contatto nell'anno e poi dividerli per il numero di contatti nell'anno.

NUMERO	BP15
INDICATORE	Intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari dei pazienti con disturbo all'esordio.
RAZIONALE	Gli operatori devono porre attenzione ai bisogni dei familiari dei pazienti, valutando l'impatto del disturbo sulla relazione, sul benessere dei figli, e considerando i bisogni somatici, sociali e di salute mentale dei familiari.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE	Esordio. Primo contatto.
TIPO DI MISURA	Media di interventi in CPS rivolti ai familiari per mese di presa in carico per i pazienti con disturbo all'esordio.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Clinical Guideline - Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care</i> (2006) livello di evidenza NICE: GPP.
NOTE	• Si considerano interventi rivolti ai familiari i colloqui con i familiari, la psicoterapia familiare, i gruppi di familiari, gli interventi di carattere psicoeducativo rivolti alla famiglia. • Sono inclusi solo i pazienti che vivono con familiari (genitori, fratelli, partner o figli). • Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 35 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni. • L'indicatore è costruito sul numero medio di contatti per mese di presa in carico del paziente, in quanto il familiare può entrare in contatto con il DSM per un numero di mesi limitato durante l'anno solare. È quindi necessario contare i mesi per paziente dal primo contatto nell'anno e poi dividerli per il numero di contatti nell'anno.

NUMERO	BP16
INDICATORE	Piano di Trattamento Individuale.
RAZIONALE	Il piano di trattamento individuale favorisce risposte adeguate ai bisogni clinici e sociali dei pazienti con disturbi mentali gravi ed il coordinamento dei trattamenti loro rivolti.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con un articolato e aggiornato piano di Trattamento Individuale.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)</i>; http://www.achs.org.au
NOTE	• Il piano di trattamento a livello territoriale deve comprendere la valutazione dei bisogni del paziente, gli obiettivi a medio termine, le azioni previste ed il monitoraggio delle stesse. E' aggiornato annualmente e alla sua compilazione partecipano tutte le figure professionali implicate nel caso. Il piano di cura può essere sottoscritto dal paziente e dai suoi familiari.

NUMERO	BP17
INDICATORE	Trattamenti psicoeducativi.
RAZIONALE	Gli interventi di tipo psicoeducativo devono essere disponibili per i pazienti affetti da disturbo bipolare e dovrebbero includere la psicoeducazione sulla malattia, sull'importanza di una routine quotidiana e di un sonno regolare e sull'aderenza alla terapia farmacologica. Attenzione dovrebbe essere posta al monitoraggio dell'umore, alla rilevazione dei sintomi precoci di crisi e alle strategie da porre in atto per prevenire la progressione del disturbo. Gli interventi di carattere familiare dovrebbero includere, oltre la psicoeducazione sul disturbo, anche tecniche di <i>problem solving</i> e per migliorare la comunicazione.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti, le cui famiglie ricevono almeno 4 interventi psicoeducativi.
DENOMINATORE	Numero di pazienti che vivono con i familiari e con almeno un contatto con il DSM nell'anno.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Clinical Guideline - Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care</i> (2006). • <i>WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings.</i> http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html - livello di evidenza mhGAP: elevato.
NOTE	• Gli interventi psicoeducativi presuppongono l'utilizzo di una tecnica specifica e la relativa formazione degli operatori. Hanno generalmente lo scopo di informare secondo programmi definiti i familiari sulla natura, il decorso e il trattamento del disturbo psichiatrico dell'utente. Attraverso un metodo strutturato, mirano a migliorare la capacità di comunicazione all'interno della famiglia e ad aumentare le capacità del nucleo familiare nell'affrontare le situazioni problematiche e lo stress che ne può derivare. • Gli interventi psicoeducativi possono essere rivolti sia al paziente, sia al gruppo familiare.

NUMERO	BP18
INDICATORE	Trattamenti psicoeducativi nei pazienti con disturbo all'esordio.
RAZIONALE	Gli interventi di tipo psicoeducativo devono essere disponibili per i pazienti affetti da disturbo bipolare e dovrebbero includere la psicoeducazione sulla malattia, sull'importanza di una routine quotidiana e di un sonno regolare e sull'aderenza alla terapia farmacologica. Attenzione dovrebbe essere posta al monitoraggio dell'umore, alla rilevazione dei sintomi precoci di crisi e alle strategie da porre in atto per prevenire la progressione del disturbo. Gli interventi di carattere familiare dovrebbero includere, oltre la psicoeducazione sul disturbo, anche tecniche di <i>problem solving</i> e per migliorare la comunicazione.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Esordio. Primo contatto.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con disturbo all'esordio, le cui famiglie ricevono almeno 4 sedute o incontri psicoeducativi.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con disturbo all'esordio, che vivono con i familiari e con almeno un contatto con il DSM nell'anno.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Clinical Guideline - Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care</i> (2006). • <i>WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings.</i> http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html - livello di evidenza mhGAP: elevato.
NOTE	• Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 35 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni. • Gli interventi psicoeducativi presuppongono l'utilizzo di una tecnica specifica e la relativa formazione degli operatori. Hanno generalmente lo scopo di informare secondo programmi definiti i familiari sulla natura, il decorso e il trattamento del disturbo psichiatrico dell'utente. Attraverso un metodo strutturato, mirano a migliorare la capacità di comunicazione all'interno della famiglia e ad aumentare le capacità del nucleo familiare nell'affrontare le situazioni problematiche e lo stress che ne può derivare.

NUMERO	BP19
INDICATORE	Pazienti in trattamento psicoterapico.
RAZIONALE	Psicoterapie individuali strutturate dovrebbero essere offerte ai pazienti con disturbo bipolare che sono relativamente stabili ma possono avere esperienza di sintomi affettivi di lieve/moderata intensità.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che ricevono almeno tre sedute di psicoterapia o tre colloqui psicologici.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) Clinical Guideline - Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care (2006).</i> • <i>WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings</i> http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html <i>livello di evidenza mhGAP: standard.</i>
NOTE	• Sono state incluse nella analisi tutte le forme di psicoterapia, in quanto i database amministrativi non permettono di rilevare separatamente le diverse tipologie di psicoterapia.

NUMERO	BP20
DISTURBO	Disturbo bipolare.
INDICATORE	Pazienti con disturbo all'esordio in trattamento psicoterapico.
RAZIONALE	Servizi di intervento precoce dovrebbero essere disponibili per le persone con disturbo bipolare; questi servizi, oltre ad avere una particolare esperienza nella valutazione diagnostica, devono essere in grado di erogare interventi farmacologici, psicologici, sociali, occupazionali e psicoeducativi.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Esordio. Primo contatto.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con disturbo all'esordio che ricevono almeno tre sedute di psicoterapia o tre colloqui psicologici.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con disturbo all'esordio trattati nel DSM.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Clinical Guideline - Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care (2006)</i> • <i>WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings</i> http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html - livello di evidenza mhGAP: standard.
NOTE	• Sono state incluse nell'analisi tutte le forme di psicoterapia, in quanto i database amministrativi non permettono di rilevare separatamente le diverse tipologie di psicoterapia. • Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 35 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.

NUMERO	BP21
INDICATORE	Trattamento continuativo con farmaci stabilizzatori dell'umore nel periodo successivo all'episodio acuto.
RAZIONALE	Durante il periodo immediatamente successivo all'episodio acuto la continuità della terapia farmacologica gioca un ruolo essenziale nella risoluzione dell'episodio e nella stabilizzazione del quadro clinico.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti a cui viene prescritto un farmaco stabilizzatore dell'umore nella fase acuta ed in cui non vi è interruzione della terapia farmacologica: a) per almeno 90 giorni, b) per almeno 180 giorni, c) per 365 giorni, a partire dalla prima prescrizione nell'anno.
DENOMINATORE	Numero di pazienti all'inizio del trattamento con un farmaco stabilizzatore dell'umore a seconda che siano: 1. pazienti al primo contatto, 2. pazienti con nuovi episodi.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Clinical Guideline - Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care (2006)</i> • <i>WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings.</i> http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html <i>livello di evidenza mhGAP:elevato.</i>
NOTE	• Per farmaco stabilizzante l'umore viene indicato uno psicofarmaco nella cui scheda tecnica vi sia l'indicazione per il trattamento di mantenimento del disturbo bipolare. • L'indicatore valuta la persistenza del trattamento farmacologico. Con il termine persistenza generalmente si intende il rinnovo continuato di un trattamento farmacologico dalla data di ingresso nello studio (diagnosi o primo trattamento) fino all'interruzione del trattamento. Per interruzione s'intende la presenza di un intervallo di almeno 30 giorni tra la fine della

	copertura di una prescrizione e l'inizio della prescrizione successiva. Per dosaggio giornaliero di riferimento si intende la Defined Daily Dose: la DDD è il dosaggio medio di mantenimento supposto giornalmente per un farmaco utilizzato nelle sue indicazioni specifiche nell'adulto. I periodi di ricovero in struttura ospedaliera o residenziale sono considerati periodi senza interruzione della terapia. • I pazienti a cui viene prescritto un farmaco specifico nel periodo successivo all'episodio acuto possono essere: 1. pazienti al primo contatto con il DSM, che ricevono la prima prescrizione di farmaco dopo la dimissione dal SPDC o dopo prima visita in CPS, 2. pazienti con un nuovo episodio e con precedenti contatti con il DSM che non hanno ricevuto terapie specifiche nei 12 mesi precedenti all'episodio acuto.
--	---

NUMERO	BP22
INDICATORE	Terapia di mantenimento con farmaci stabilizzatori dell'umore.
RAZIONALE	La terapia di mantenimento gioca un ruolo essenziale nella prevenzione delle ricadute, favorendo il ristabilirsi del funzionamento psicosociale ai livelli del periodo precedente la crisi. La terapia di mantenimento nel disturbo bipolare dovrebbe continuare per almeno 2 anni dopo un episodio acuto, che ha comportato un rischio significativo e conseguenze negative per la persona, e per almeno 5 se il paziente ha fattori di rischio per le ricadute (frequenti ricadute, episodi psicotici gravi, uso di sostanze, eventi stressanti o scarso supporto sociale).
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che assumono in maniera continuativa la terapia con farmaci stabilizzatori dell'umore: a) per almeno 90 giorni, b) per almeno 180 giorni, c) per almeno 365 giorni, a partire dalla prima prescrizione nell'anno.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Clinical Guideline - Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care (2006).</i> • <i>WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings</i> http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html <i>livello di evidenza mhGAP:elevato.</i>
NOTE	• Per farmaco stabilizzante l'umore viene indicato uno psicofarmaco nella cui scheda tecnica vi sia l'indicazione per il trattamento di mantenimento del disturbo bipolare. • L'indicatore valuta la persistenza del trattamento farmacologico. Con il

	termine persistenza generalmente si intende il rinnovo continuato di un trattamento farmacologico dalla data di ingresso nello studio (diagnosi o primo trattamento) fino all'interruzione del trattamento. Per interruzione s'intende la presenza di un intervallo di almeno 30 giorni tra la fine della copertura di una prescrizione e l'inizio della prescrizione successiva. Per dosaggio giornaliero di riferimento si intende la Defined Daily Dose: la DDD è il dosaggio medio di mantenimento supposto giornalmente per un farmaco utilizzato nelle sue indicazioni specifiche nell'adulto. I periodi di ricovero in struttura ospedaliera o residenziale sono considerati periodi senza interruzione della terapia.
--	--

NUMERO	BP23
INDICATORE	Trattamento combinato con farmaci antidepressivi e stabilizzatori dell'umore.
RAZIONALE	La monoterapia con farmaci antidepressivi non è raccomandata nei pazienti bipolari. Nei casi di depressione grave in cui il clinico intenda iniziare un trattamento antidepressivo è raccomandato affiancare un farmaco stabilizzatore dell'umore.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che assumono insieme con un farmaco antidepressivo anche un farmaco stabilizzatore dell'umore.
DENOMINATORE	Numero di pazienti che assumono un farmaco antidepressivo.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings</i> http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html <i>livello di evidenza mhGAP:elevato.</i> • <i>NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Clinical Guideline - Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care (2006).</i>

NUMERO	BP24
INDICATORE	Visita psichiatrica in CPS entro 90 giorni dall'interruzione di un farmaco stabilizzante per l'umore.
RAZIONALE	Dopo la sospensione di un farmaco stabilizzante per l'umore il monitoraggio dei segni e dei sintomi di una potenziale ricaduta deve essere continuato. I pazienti che desiderano interrompere l'assunzione del farmaco dovrebbero essere incoraggiati a discutere con gli operatori di riferimento. Se dopo una approfondita discussione il paziente rifiuta il trattamento farmacologico a lungo termine, gli si dovrebbe offrire una serie di contatti regolari, rivalutando le sue condizioni cliniche dopo la cessazione del farmaco.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicofarmacologici.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che interrompono la terapia con farmaco stabilizzante per l'umore e che entro 90 giorni dalla interruzione del farmaco ricevono una visita psichiatrica in CPS.
DENOMINATORE	Numero di pazienti che interrompono la terapia con farmaco stabilizzante per l'umore.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Clinical Guideline - Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care (2006).</i>
NOTE	• Per farmaco stabilizzante l'umore viene indicato uno psicofarmaco nella cui scheda tecnica vi sia l'indicazione per il trattamento di mantenimento del disturbo bipolare. • L'indicatore si applica ai pazienti che nei 90 giorni seguenti l'interruzione del farmaco non sono ricoverati in ospedale per una ricaduta.

NUMERO	BP25
INDICATORE	Controllo della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici di seconda generazione.
RAZIONALE	Nel caso in cui l'antipsicotico atipico prescritto possa causare aumento ponderale o diabete oppure un aumento della colesterolemia e della trigliceridemia dovrebbe essere attivato un regolare monitoraggio del peso, della glicemia e del livello ematico di trigliceridi e colesterolo. I controlli dovrebbero avvenire prima dell'inizio della terapia ed entro 3 mesi dall'inizio della stessa.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Sicurezza.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici di seconda generazione con almeno due controlli di: • glicemia, • livello ematico di colesterolo, • livello ematico di trigliceridi, nelle 12 settimane che seguono l'inizio della terapia.
DENOMINATORE	Numero di pazienti all'inizio del trattamento con farmaci antipsicotici di seconda generazione.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Clinical Guideline - Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care (2006).</i>
NOTE	• Eventuali periodi di ricovero in struttura ospedaliera implicano l'esecuzione della glicemia, della colesterolemia e della trigliceridemia. • Per pazienti all'inizio del trattamento si intende i pazienti che assumono per la prima volta farmaci antipsicotici di seconda generazione o che, avendoli già assunti, non sono in trattamento da almeno 12 mesi. • L'indicatore è relativo a pazienti che assumono continuativamente il farmaco nelle 12 settimane di osservazione.

NUMERO	BP26
INDICATORE	Monitoraggio periodico della glicemia e dell'iperlipidemia in pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici di seconda generazione
RAZIONALE	Nel caso in cui l'antipsicotico atipico prescritto possa causare aumento ponderale o diabete oppure un aumento della colesterolemia e della trigliceridemia dovrebbe essere attivato un regolare monitoraggio del peso, della glicemia e del livello ematico di trigliceridi e colesterolo.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Sicurezza.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici di seconda generazione con almeno 1 controllo di: • glicemia, • livello ematico di colesterolo, • livello ematico di trigliceridi, nel periodo.
DENOMINATORE	Numero di pazienti in trattamento continuativo con farmaci antipsicotici di seconda generazione per almeno 180 giorni nel periodo.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Clinical Guideline - Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care (2006).</i>
NOTE	• Eventuali periodi di ricovero in struttura ospedaliera implicano l'esecuzione della glicemia, colesterolemia e trigliceridemia. • L'indicatore è relativo a pazienti che assumono continuativamente il farmaco per almeno 180 giorni nel periodo. • L'indicatore non comprende i pazienti che assumono per la prima volta farmaci antipsicotici di seconda generazione o che, avendoli già assunti, non sono in trattamento da almeno 12 mesi.

NUMERO	BP27
INDICATORE	Monitoraggio della funzionalità renale e tiroidea in pazienti in terapia di mantenimento con litio.
RAZIONALE	Ai pazienti che assumono una terapia di mantenimento con litio dovrebbero essere prescritti controlli della funzionalità renale e tiroidea almeno una volta ogni 6 mesi.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Sicurezza.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con almeno 2 valutazioni della funzionalità renale e tiroidea nel periodo.
DENOMINATORE	Numero di pazienti in trattamento continuativo con litio per almeno 210 giorni consecutivi nel periodo.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) Clinical Guideline - Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care (2006).</i>
NOTE	• Il monitoraggio della funzione renale comprende l'esecuzione della creatininemia e dell'esame urine, mentre quello della funzione tiroidea il dosaggio degli ormoni tiroidei T3, T4 e TSH. • Sono inclusi solo i pazienti con almeno 30 settimane di trattamento consecutivo nel periodo. • Per trattamento continuativo s'intende l'assenza di interruzioni superiori ai 30 giorni tra la fine della copertura di una prescrizione e l'inizio della prescrizione successiva. • Eventuali periodi di ricovero in struttura ospedaliera implicano l'esecuzione della funzionalità renale e tiroidea.

NUMERO	BP28
INDICATORE	Monitoraggio della funzionalità epatica, dell'emocromo e della formula leucocitaria in pazienti in terapia di mantenimento con carbamazepina o valproato.
RAZIONALE	Il monitoraggio della funzionalità epatica e dell'emocromo è raccomandato ogni 6 mesi nel corso del trattamento con valproato e carbamazepina
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Sicurezza.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con almeno 2 valutazioni della funzione epatica, dell'emocromo e della formula leucocitaria nel periodo.
DENOMINATORE	Numero di pazienti in trattamento con carbamazepina o valproato per almeno 210 giorni consecutivi nel periodo.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) Clinical Guideline - Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care (2006).</i>
NOTE	• Il monitoraggio della funzione epatica implica l'esecuzione di SGOT, SGPT, gamma GT e fosfatasi alcalina. • Sono inclusi solo i pazienti con almeno 30 settimane di trattamento consecutivo nel periodo. • Per trattamento continuativo s'intende l'assenza di <i>gap</i> superiori ai 30 giorni tra la fine della copertura di una prescrizione e l'inizio della prescrizione successiva. • Eventuali periodi di ricovero in struttura ospedaliera implicano il monitoraggio della funzionalità epatica e dell'emocromo.

NUMERO	BP29
INDICATORE	Monitoraggio della litiemia in pazienti all'inizio del trattamento con litio.
RAZIONALE	Il monitoraggio del livello ematico di litio è necessario a causa dello stretto indice terapeutico del farmaco. È particolarmente indicato nella fase iniziale di trattamento e dopo ogni aumento di dosaggio.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Sicurezza.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che iniziano il trattamento con litio e a cui: a) se dimessi dal SPDC viene eseguita 1 litiemia entro le prime 4 settimane dalla dimissione, b) se invece il trattamento è iniziato in CPS vengono eseguite 2 litieme nelle prime 4 settimane.
DENOMINATORE	Numero di pazienti che iniziano un trattamento con litio.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) Clinical Guideline - Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care (2006).</i>
NOTE	• Per pazienti all'inizio del trattamento si intende: 1. pazienti al primo contatto con il DSM, che ricevono la prima prescrizione di litio dopo la dimissione dal SPDC o dopo prima visita in CPS; 2. pazienti con precedenti contatti con il DSM che non hanno ricevuto litio nei 12 mesi precedenti.

NUMERO	BP30
INDICATORE	Monitoraggio periodico della litiemia nei pazienti in terapia di mantenimento con litio.
RAZIONALE	Il monitoraggio del livello ematico di litio è necessario a causa dello stretto indice terapeutico del farmaco. È particolarmente indicato nella fase iniziale di trattamento e dopo ogni aumento di dosaggio. Durante il trattamento a lungo termine il monitoraggio dei livelli serici dovrebbe avvenire ogni 3 mesi.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Sicurezza.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con almeno 3 litiemie nel periodo.
DENOMINATORE	Numero di pazienti in trattamento continuativo con litio per almeno 210 giorni consecutivi nel periodo.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Clinical Guideline - Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care (2006).</i>
NOTE	• Eventuali periodi di ricovero in struttura ospedaliera implicano l'esecuzione della litiemia. • L'indicatore valuta per quanto riguarda il denominatore la persistenza del trattamento farmacologico. Con il termine persistenza generalmente si intende il rinnovo continuato di un trattamento farmacologico dalla data di ingresso nello studio (diagnosi o primo trattamento) fino all'interruzione del trattamento. Per interruzione s'intende la presenza di un intervallo di almeno 30 giorni tra la fine della copertura di una prescrizione e l'inizio della prescrizione successiva. Per dosaggio giornaliero di riferimento si intende la Defined Daily Dose: la DDD è il dosaggio medio di mantenimento supposto giornalmente per un farmaco utilizzato nelle sue indicazioni specifiche nell'adulto. I periodi di ricovero in struttura ospedaliera o residenziale sono considerati periodi senza interruzione della terapia. • L'indicatore non comprende i pazienti che assumono per la prima volta litio o che, avendolo già assunto, non sono in trattamento da almeno 12 mesi.

NUMERO	BP31
INDICATORE	Mortalità nei disturbi mentali gravi.
RAZIONALE	Individui con schizofrenia e altri disturbi mentali gravi hanno tassi di mortalità, standardizzati per età e genere, superiori alla popolazione generale. I disturbi fisici in questa popolazione sono spesso non riconosciuti e non ricevono un trattamento adeguato.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Eventi sentinella.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR).
NUMERATORE	Numero di pazienti morti osservati tra quelli in trattamento nel DSM.
DENOMINATORE	Numero di morti attesi nella stessa popolazione psichiatrica se fosse sottoposta allo stesso tasso di mortalità a cui è sottoposta la popolazione generale.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Canadian Advisory Network on Mental Health</i> (ANMH); http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/index-eng.php • Hermann RC, Mattke S, Somekh D, Silfverhielm H, Goldner E, Glover G, Pirkis J, Mainz J, Chan JA (2006) <i>Quality indicators for international benchmarking of mental health care. International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl 1):31–38.
NOTE	• I tassi sono calcolati sui pazienti trattati nel DSM. • Viene calcolato il Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR), definito come morti osservati nella popolazione psichiatrica (O) diviso per morti attesi nella stessa popolazione psichiatrica se fosse sottoposta allo stesso tasso di mortalità a cui è sottoposta la popolazione generale (E). • L'SMR si calcola moltiplicando il tasso di mortalità della popolazione per la numerosità della popolazione psichiatrica. L'SMR dato da O/E si interpreta come quanto la popolazione in studio (in questo caso la popolazione psichiatrica) rischia in più (o in meno) di morire rispetto a quella di riferimento (ovvero la popolazione residente). Un SMR ad esempio di 1,12 indica che i pazienti con disturbi psichiatrici gravi hanno un tasso di mortalità maggiore del 12% rispetto alla popolazione complessiva.

NUMERO	BP32
INDICATORE	Contenzione fisica in SPDC.
RAZIONALE	L'uso di mezzi di contenzione fisica è contrario ad ogni evidenza di buona pratica e comporta un rischio di lesioni e mortalità per eventi durante l'applicazione delle misure di costrizione. Gli operatori che danno valore e rispettano l'autonomia, l'indipendenza e la sicurezza dei pazienti lavorano per evitare l'utilizzo di interventi restrittivi come la contenzione.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Eventi sentinella.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di episodi di ricovero in SPDC in cui il paziente è stato contenuto almeno una volta durante il ricovero.
DENOMINATORE	Numero di ricoveri in SPDC.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)</i>; http://www.achs.org.au

NUMERO	BP33
INDICATORE	Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio.
RAZIONALE	Il suicidio è un evento sentinella nei disturbi mentali gravi, la cui frequenza deve essere monitorata.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Eventi sentinella.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Evento sentinella: numero di pazienti che hanno commesso suicidio tra quelli con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>United Kingdom Department of Health - Clinical and Health Outcomes Knowledge Base (NCHOD).</i>

8.3. INDICATORI CLINICI NEL DISTURBO DEPRESSIVO

Giuseppe Corlito, Angelo Fioritti, Andrea Cipriani, Andrea Gaddini, Maurizio Miceli, Maurizio Bacigalupi, Walter di Munzio, Massimo Casacchia, Emiliano Monzani e Antonio Lora

Il fenomeno della depressione, dei suoi trattamenti e dei servizi preposti ad erogarli sono ad una svolta epocale per il convergere di più fattori: a) la diffusione delle sindromi depressive su scala planetaria sta assumendo dimensioni tali da far sì che esse sono la causa principale di anni di vita attiva persi per entrambi i sessi nei paesi sviluppati e per il sesso femminile in quelli in via di sviluppo (1); b) nonostante gli sforzi fatti dalla World Health Organization (WHO) per rendere i trattamenti - soprattutto farmacologici - accessibili, il *treatment gap* rimane elevato (circa 56% dei casi) (2); c) le sindromi depressive, a fronte delle speranze suscitate dall'introduzione massiva di nuove molecole negli ultimi decenni del secolo scorso, sono sempre di più descritte con andamenti recidivanti, in cui con i trattamenti esclusivamente farmacologici il tasso di ricaduta cresce esponenzialmente e il tasso di remissione rimane piuttosto contenuto, quando si passa dagli studi controllati a quelli cosiddetti naturalistici; d) è stato avviato in ambito economico un confronto sulla sostenibilità dei trattamenti farmacologici e sui vantaggi dei trattamenti psicosociali a partire da quelli psicoterapici (3). Forse l'incrocio specifico di questi fattori gioca anche nella crescita epidemiologica del fenomeno: quanto più è stata promessa una 'felicità', facilmente raggiungibile attraverso il consumo di farmaci e di tecnologie sanitarie, omogeneamente alle esigenze del 'mercato della salute' e al mercato in generale, tanto più sono stati rubricati come obsoleti sentimenti, che stavano da sempre nel novero dell'esistenza umana, come la tristezza, a favore della loro versione patologica e medicalizzata.

Sembrerebbe che la depressione sia il disagio dominante della nostra epoca, l'alta modernità, definita anche 'l'epoca delle passioni tristi' (4) ben prima dell'attuale crisi economica e sociale, e che occorra un cambiamento del paradigma di riferimento da quello tutto sommato semplicistico del diabete, che sin qui ha prevalso ("dobbiamo sostituire quanto manca nell'andamento naturale della malattia"), ad uno più complesso, simile a quello delle patologie cardio-circolatorie, cioè connesso ad uno stile di vita stressante, sedentario e con una dieta scorretta (5-7), che propone scenari di ricerca ancora molto aperti e innovativi. Tutto questo sposta l'attenzione del clinico e dei servizi sulla necessità di un intervento se non preventivo almeno precoce come quello che già si è cominciato a sperimentare nel campo degli esordi schizofrenici (8). Contemporaneamente l'alto tasso di recidiva o di ricorrenza delle sindromi depressive pone la necessità di affrontarle come le altre patologie croniche recidivanti secondo modelli innovativi già noti in medicina generale come il *chronic care model* (9) e lo spostamento dell'attenzione

dal *setting* dei servizi specialistici a quello delle medicina generale e alla loro collaborazione (*collaborative care*) (10).

Da quanto premesso diventa di importanza strategica poter avere a disposizione una serie di IC, anche per la depressione, come per le patologie psichiatriche maggiori, quali sono quelli messi a punto dalla SIEP con il Progetto QulSMI (*Quality Indicators in Severe Mental Illness*), che qui vengono presentati, in grado di monitorare l'evoluzione dei casi in trattamento per ogni fase del processo di cura e per la dimensione della qualità dei trattamenti erogati.

Il criterio seguito per selezionare un set di indicatori utili allo scopo, per definire un 'cruscotto' in grado di permettere ai clinici e ai servizi di pilotare al meglio i processi assistenziali e terapeutici, è che essi siano ricavabili direttamente dai normali sistemi informativi in uso, in modo che possano essere disponibili alla generalità dei servizi italiani, sufficientemente organizzati.

Da questo punto di vista il fatto facilmente verificabile nella presente pubblicazione, che gli IC selezionati per la depressione sia in un numero marcatamente inferiore (14) rispetto a quelli disponibili per la schizofrenia (45) e per il disturbo bipolare (37), è la palmare dimostrazione della scarsa disponibilità di evidenze scientifiche e di conoscenze consolidate su un ambito così ampio e dai confini incerti come quello delle sindromi depressive e della necessità di acquisirne di nuove, proprio attraverso l'attento monitoraggio e la valutazione della pratica clinica oltre che attraverso i *trial* randomizzati e controllati. Tra l'altro come il lettore attento potrà facilmente desumere dalla lettura dei 14 indicatori per la depressione, almeno 11 sono comuni anche a quelli per la schizofrenia e per il disturbo bipolare. Fanno eccezione quelli relativi al '*Trattamento psicoterapico e farmacologico combinato nella depressione ricorrente*' e alla '*Attività clinica durante la fase acuta di trattamento*'. Se si vuole, questa è un'altra conferma per quanto indiretta del *treatment gap* di cui si diceva sopra, particolarmente drammatico a fronte delle passate speranze e della dilagante diffusione sociale del fenomeno 'depressione'. Se poi si considera la particolare attenzione alla cosiddetta 'depressione ricorrente', che ritroviamo sia nello specifico indicatore '*Trattamento psicoterapico e farmacologico combinato nella depressione ricorrente*' ed in quello relativo a '*Terapia di mantenimento con farmaci antidepressivi nella depressione ricorrente*', il quale pure ricalca analoghi indicatori per il disturbo bipolare e la schizofrenia, possiamo avere conferma per questa via di come il tema della ricaduta frequente e della ricorrenza, di cui si è detto in premessa, sia il più rilevante nell'ambito delle sindromi depressive. Una particolare attenzione nel formulare il set di indicatori è stata posta al tema dell'appropriatezza dei trattamenti, che riguarda 2 dei 5 domini della dimensione della qualità, proprio perché – nella situazione attuale di crisi economica e sociale generale e della concomitante crisi di sostenibilità dei sistemi sanitari e di welfare – è di capitale importanza non sprecare risorse preziose in interventi inidonei o peggio sbagliati.

Passando ad un sintetico riesame del razionale dei singoli indicatori, possiamo osservare quanto segue, rimandando in questo caso alle fonti delle evidenze scientifiche direttamente citate nelle schede degli indicatori, per quanto esse richiederebbero un approfondimento che va oltre gli scopi della presente pubblicazione.

A. Nel dominio qualitativo dell'accessibilità dei servizi:

- l'indicatore *Tempi di attesa per la prima visita nei CPS* pone il centro dell'attenzione sull'intervento di comunità (CPS) e sulla capacità di intervento precoce di cui si è detto, che passa per un'impostazione 'proattiva' dei servizi territoriali a fronte di un intervento tendenzialmente tardivo che emerge dal Progetto Direct's condotto dalla SIEP nel 2008.

B. Nel dominio qualitativo della continuità:

- l'indicatore *Continuità della cura* ripropone uno dei capisaldi della psichiatria di comunità, cioè la continuità terapeutica nei vari setting del DSM;
- l'indicatore *'Pazienti che ricevono una visita in CPS entro 14 giorni dalle dimissioni in SPDC'* conseguentemente ripropone il tema della continuità della cura per due setting decisivi del DSM in particolare per la depressione, così come consigliato dalle linee guida per il monitoraggio dell'adesione al trattamento istituito nella fase acuta e per la prevenzione della ricaduta;
- l'indicatore *'Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC'* evidenzia che anche se non sono disponibili evidenze circa la frequenza utile delle visite ambulatoriali dopo la dimissione, esiste un generale accordo che un monitoraggio regolare è necessario per prevenire le ricadute e per verificare l'aderenza al trattamento;
- l'indicatore *'Conclusione non concordata del trattamento'* pone l'attenzione sui pazienti che vengono 'persi di vista', che di solito si accompagna ad un'interruzione della terapia, evento espressione di una ridotta capacità di tenuta longitudinale del servizio per cui una percentuale ridotta di pazienti in trattamento al *follow up* suggerisce una scarsa capacità del servizio di seguire i pazienti più vulnerabili.

C. Nel dominio qualitativo della Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero:

- l'indicatore *'Riammissioni in SPDC entro 7 e 28 giorni'* riguarda la valutazione dell'appropriatezza del ricovero per cui un re-ricovero può indicare una dimissione troppo precoce, se avviene entro i primi 7 giorni, o una mancanza di coordinamento con i servizi territoriali, se avviene nelle successive quattro settimane;
- l'indicatore *'Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni'* sottolinea come degenze troppo lunghe risultano essere inappropriate;
- l'indicatore *"Pazienti in trattamento psicoterapico"* fa riferimento ad evidenze dell'efficacia di specifici tipi di psicoterapia nel disturbo depressivo di intensità moderata e grave, nella

depressione resistente ed in quella ricorrente, in particolare la terapia cognitivo comportamentale e la psicoterapia interpersonale, anche se l'indicatore per i limiti dei servizi informativi italiani riguarda tutti i tipi di psicoterapia;

- l'indicatore *'Pazienti in trattamento psicoterapico all'esordio'* sottolinea come le stesse evidenze dell'indicatore precedente richiedono l'intervento psicoterapico nei disturbi depressivi nella fase di esordio in analogia a quanto è noto per l'esordio dei disturbi schizofrenici;
- l'indicatore *'Trattamento psicoterapico e farmacologico combinato nella depressione ricorrente'* fa riferimento ad un consenso clinico generale, confermato dalle linee guida NICE per cui la depressione ricorrente richiede un trattamento combinato psicoterapico e farmacologico;
- l'indicatore *'Attività clinica durante la fase acuta di trattamento'* focalizza che sia i trattamenti antidepressivi farmacologici che quelli psicoterapici necessitano per essere efficaci tempi specifici di somministrazione, durante i quali l'attenzione del clinico a migliorare l'adesione del paziente al trattamento è fondamentale.

D. Nel dominio qualitativo della Appropriatezza trattamenti psicofarmacologici:

- l'indicatore *Terapia continuativa con farmaci antidepressivi nel periodo successivo all'episodio acuto* fa riferimento alla cosiddetta 'terapia di continuazione' per cui per la risoluzione dell'episodio e la stabilizzazione del quadro clinico la continuità della terapia farmacologica è essenziale per almeno 9 mesi; gli operatori e i clinici dovrebbero incoraggiare il paziente a continuare tale trattamento dopo la remissione dall'episodio depressivo acuto;
- l'indicatore *Terapia di mantenimento con farmaci antidepressivi nella depressione ricorrente* raccomanda per i pazienti che hanno sofferto per due o più episodi depressivi o hanno avuto un peggioramento del funzionamento psicosociale negli ultimi anni a continuare il trattamento depressivo per almeno due anni.

E. Nel dominio qualitativo degli Eventi sentinella:

- l'indicatore *'Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio'* pone l'attenzione su un evento che non dovrebbe accadere nel trattamento di tutti i disturbi depressivi gravi ed in particolare nella depressione, che sembra avere un'associazione elevata con il suicidio, valutata intorno al 15% di tutti i casi.

In conclusione, prima di passare alla descrizione in dettaglio di ogni singolo indicatore e alla modalità della sua rilevazione, occorre dire che solo l'applicazione su vasta scala del set qui presentato nell'ambito dei servizi di comunità potrà valicarne l'utilità ed accumulare quelle evidenze che ancora mancano.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization (2004) *The global burden of disease*, Geneve.
2. Kohn R., Saxena S., Levav I., Saraceno B. (2004) The treatment gap in mental health care *Bulletin of the World Health Organization* 82:858-866.
3. London School of Economics and Political Sciences (2006), *The Depression Report. A new Deal for Depression and Anxiety Disorders*, www.lse.ac.uk
4. Benasayag M., Schmit G. (2004), *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, Milano.
5. Fava G.A., Park S.K., Sonino N. (2006), "Treatment of recurrent depression", *Expert Review of Neurotherapeutics*, 6 (11), pp. 1735 - 1740
6. Corlito G. (2010), "La depressione è una malattia cronica ?", *Toscana Medica*, n. 5 , pp. 17-18.
7. PASSI gruppo tecnico, Masocco M. (2013), "I sintomi depressivi nella popolazione adulta italiana: i dati della sorveglianza PASSI", relazione presentata alla XIII Riunione Scientifica della SIEP, *Crisi economica e salute mentale: cosa cambia nella popolazione, cosa cambia nei servizi*, Istituto Superiore di Sanità, Roma.
8. Halfin A. (2007) Depression: the benefits of early and appropriate treatment. [American Journal of Managed Care](http://www.amjmanagcare.com).13(4 Suppl):S92-7
9. Lussetti M., De Lilla R., Madrucci M., Taranto L., Paradisi G., Scotto R., Cadiamone G. (2012), "Il trattamento dei Disturbi Mentali Comuni: una nuova rivoluzione?", *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, n. 6 (on line sito web USL 7).
10. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A., (2006), "Collaborative care, for depression in primary care", *British Journal of Psychiatry*, n. 189, pp. 484-493.

PER FASE DI ASSISTENZA

A. Esordio. Primo contatto

1. Tempi di attesa per la prima visita nei Centri di Salute Mentale.
2. Pazienti in trattamento psicoterapico all'esordio.

B. Fase acuta

3. Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC.
4. Pazienti che ricevono una visita in CPS entro 14 giorni dalla dimissione in SPDC.
5. Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni.
6. Riammissioni in SPDC entro quattro settimane dalla dimissione.
7. Attività clinica durante la fase acuta di trattamento.
8. Terapia continuativa con farmaci antidepressivi nel periodo successivo all'episodio acuto.

C. Mantenimento e promozione del recupero psicosociale

9. Conclusione non concordata del trattamento.
10. Pazienti in trattamento psicoterapico.
11. Trattamento psicoterapico e farmacologico combinato nella depressione ricorrente.
12. Terapia di mantenimento con farmaci antidepressivi nella depressione ricorrente.

D. Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza

13. Continuità della cura.
14. pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio.

PER DIMENSIONE DELLA QUALITA'

A. Accessibilità

1. Tempi di attesa per la prima visita nei CPS.

B. Continuità

2. Continuità della cura.
3. Pazienti che ricevono una visita in CPS entro 14 giorni dalla dimissione dal SPDC.
4. Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC.
5. Conclusione non concordata del trattamento.

C. Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero

6. Riammissioni in SPDC entro quattro settimane dalla dimissione.
7. Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni.
8. Pazienti in trattamento psicoterapico.
9. Pazienti in trattamento psicoterapico all'esordio.
10. Trattamento psicoterapico e farmacologico combinato nella depressione ricorrente.
11. Attività clinica durante la fase acuta di trattamento.

D. Appropriatezza trattamenti psicofarmacologici

12. Terapia continuativa con farmaci antidepressivi nel periodo successivo all'episodio acuto.
13. Terapia di mantenimento con farmaci antidepressivi nella depressione ricorrente.

E. Eventi sentinella

14. Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio.

NUMERO	D1
INDICATORE	Tempi di attesa per la prima visita nei CPS.
RAZIONALE	La diagnosi ed il trattamento all'esordio dei disturbi mentali gravi evitano preoccupazione e sofferenze aggiuntive ai pazienti e alle loro famiglie, prevenendo l'instaurarsi della disabilità.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Accessibilità.
FASE DI ASSISTENZA	Esordio. Primo contatto.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti al primo contatto con il CPS il cui tempo di attesa per la prima visita è superiore a 7 giorni.
DENOMINATORE	Numero di pazienti al loro primo contatto con il CPS.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• PROGETTO SIEP-Direct's(2008). http://www.psychiatry.univr.it/page_eps/docs/2008_4-Instrument_2.pdf • NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2002) <i>Clinical Guideline Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care - livello di evidenza NICE : GPP.</i>
NOTE	• Per paziente al primo contatto con il CPS si intende un paziente che non ha mai avuto contatti con il CPS, indipendentemente dalla presenza di contatti psichiatrici precedenti con altre strutture psichiatriche interne/esterne al DSM o curanti privati. • Il numero dei giorni di attesa, tra la richiesta e l'erogazione dell'intervento, è valutato sui giorni solari e non su quelli lavorativi.

NUMERO	D2
INDICATORE	Continuità della cura.
RAZIONALE	La continuità della cura sia tra i diversi <i>setting</i> di trattamento del DSM che all'interno dello stesso <i>setting</i> è un elemento fondamentale della cura a livello territoriale. Essa previene le ricadute e favorisce l'aderenza e la sicurezza dei trattamenti.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Continuità.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto ogni 90 giorni nei 365 giorni seguenti al primo contatto nell'anno.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• Syttema S, Giel R, ten Horn GH (1989) <i>Patterns of care in the field of mental health. Conceptual definition and research methods. Acta Psychiatrica Scandinavica</i> 79:1–10.
NOTE	• I periodi di ricovero sono calcolati come periodi di continuità nella cura.

NUMERO	D3
INDICATORE	Pazienti che ricevono una visita in CPS entro 14 giorni dalla dimissione dal SPDC.
RAZIONALE	La continuità terapeutica deve essere assicurata in particolare nel momento della dimissione dal reparto ospedaliero. Le linee guida raccomandano un monitoraggio regolare per prevenire le ricadute e monitorare l'aderenza al trattamento.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Continuità.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che dimessi dal SPDC ricevono una visita in CPS entro 14 giorni.
DENOMINATORE	Numero di pazienti dimessi dal SPDC.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• Unützer J, Simon G, Pabiniak C, Bond K, Katon W. (2000). <i>The use of administrative data to assess quality of care for bipolar disorder in a large staff model HMO. General Hospital Psychiatry.</i> 22(1):1-10. • <i>Canadian Advisory Network on Mental Health (ANMH);</i> http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/index-eng.php

NUMERO	D4
INDICATORE	Continuità del trattamento territoriale dopo la dimissione dal SPDC.
RAZIONALE	Sebbene non esista una frequenza raccomandata per le visite ambulatoriali dopo la dimissione ospedaliera, vi è un generale accordo che un monitoraggio regolare è necessario per prevenire le ricadute e per monitorare l'aderenza e la sicurezza dei trattamenti.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Continuità.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti dimessi dal SPDC con almeno un contatto in CPS per mese nei sei mesi seguenti la dimissione.
DENOMINATORE	Numero di pazienti dimessi dal SPDC.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Organisation for Economic Cooperation and Development - Health Quality Indicator Project (HCQI)</i>; http://www.oecd.org
NOTE	• Sono esclusi gli interventi che rientrano nell'ambito delle riunioni sul caso, senza contatto diretto tra paziente e operatore.

NUMERO	D5
INDICATORE	Conclusione non concordata del trattamento.
RAZIONALE	La conclusione prematura del trattamento (relativa sia ai pazienti 'persi di vista' che a quelli che terminano la cura contro il parere clinico) è un evento comune tra i pazienti con disturbo mentale grave ed è associata a esiti peggiori, con conseguente maggiore frequenza di riospedalizzazione. I pazienti che incontrano difficoltà a rimanere in trattamento devono essere seguiti attivamente al fine di monitorare la loro condizione clinica e i loro bisogni. Una bassa percentuale di pazienti in trattamento al <i>follow up</i> suggerisce una scarsa capacità del servizio di seguire i gruppi di pazienti più vulnerabili.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Continuità.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che: • nel periodo dal 3° al 6° mese dal primo contatto nell'anno, • nel periodo dal 7° al 12° mese dal primo contatto nell'anno. non sono più in contatto con il DSM da almeno 90 giorni e che concludono il trattamento in modo non concordato o per cause sconosciute.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health</i> (CQAIHM); http://www.cqaimh.org/
NOTE	• Identificare per il numeratore i pazienti con interruzione non concordata o chiusura amministrativa (nei pazienti in cui non si conosca la causa di interruzione) sono esclusi i pazienti deceduti per qualunque causa.

NUMERO	D6
INDICATORE	Riammissioni in SPDC entro quattro settimane dalla dimissione.
RAZIONALE	Questo indicatore è un indice della qualità della cura ospedaliera durante la prima degenza. Dato che le riammissioni sono utilizzate come indicatore delle ricadute, esse indicano una dimissione prematura o una mancanza di coordinamento con le strutture territoriali. Dati i costi elevati della cura ospedaliera, la riduzione dei costi legati alle riammissioni può avere un effetto significativo sulla spesa per la salute mentale.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di riammissioni in SPDC che avvengono: • entro 7 giorni dalla dimissione, • entro l'intervallo compreso tra gli 8 e i 28 giorni dalla dimissione.
DENOMINATORE	Numero di dimissioni dal SPDC.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Organisation for Economic Cooperation and Development - Health Quality Indicator Project (HCQI)</i>; http://www.oecd.org

NUMERO	D7
INDICATORE	Degenze ospedaliere superiori ai 30 giorni.
RAZIONALE	Questo indicatore analizza l'appropriatezza della degenza ospedaliera.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di ricoveri in SPDC della durata superiore ai 30 giorni.
DENOMINATORE	Numero di ricoveri in SPDC.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)</i>; http://www.achs.org.au

NUMERO	D8
INDICATORE	Pazienti in trattamento psicoterapico.
RAZIONALE	Esistono evidenze dell'efficacia di specifici tipi di psicoterapia nel disturbo depressivo di intensità moderata e grave, nella depressione resistente ed in quella ricorrente.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che ricevono almeno tre sedute di psicoterapia o tre colloqui psicologici.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>NICE clinical guideline 90 Depression: the treatment and management of depression in adults</i> (2009). • <i>WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings</i>. http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html - livello di evidenza mhGAP: standard (per alcune forme di psicoterapia IPT e CBT).
NOTE	• Sono state incluse nell'analisi tutte le forme di psicoterapia, in quanto i database amministrativi non permettono di rilevare separatamente le diverse tipologie di psicoterapia.

NUMERO	D9
INDICATORE	Pazienti in trattamento psicoterapico all'esordio.
RAZIONALE	Esistono evidenze dell'efficacia di specifici tipi di psicoterapia nel disturbo depressivo di intensità moderata e grave, nella depressione resistente ed in quella ricorrente.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Esordio. Primo contatto.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che ricevono almeno tre sedute di psicoterapia o tre colloqui psicologici.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con disturbo all'esordio trattati nel DSM.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>NICE clinical guideline 90 Depression: the treatment and management of depression in adults</i> (2009) • <i>WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings</i> http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html <i>livello di evidenza mhGAP: standard (per alcune forme di psicoterapia IPT e CBT).</i>
NOTE	• Sono state incluse nell'analisi tutte le forme di psicoterapia, in quanto i <i>database</i> amministrativi non permettono di rilevare separatamente le diverse tipologie di psicoterapia. • Sono considerati pazienti con disturbo all'esordio quelli di età inferiore ai 35 anni che hanno avuto il loro primo contatto con il DSM nell'anno della valutazione ed in cui il primo contatto psichiatrico in assoluto, nel caso sia rilevato, non sia precedente a più di due anni.

NUMERO	D10
INDICATORE	Trattamento psicoterapico e farmacologico combinato nella depressione ricorrente.
RAZIONALE	Per i pazienti che presentano una depressione ricorrente è indicato il trattamento combinato con farmaci antidepressivi e psicoterapia.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale
TIPO DI MISURA	Percentuale
NUMERATORE	Numero di pazienti che ricevono nel periodo: • solo trattamento farmacologico, • solo trattamento psicoterapico, • i due trattamenti combinati, • nessuno dei due.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con depressione ricorrente trattati annualmente in DSM.
FONTI INFORMATIVE	• <i>NICE clinical guideline 90 Depression: the treatment and management of depression in adults</i> (2009)
NOTE	• Per trattamento combinato si intende la presenza contemporanea per almeno tre mesi del trattamento psicoterapico e farmacologico. • Sono state incluse nella analisi tutte le forme di psicoterapia, in quanto i <i>database</i> amministrativi non permettono di rilevare separatamente le diverse tipologie di psicoterapia. • Come denominatore, l'indicatore si applica ai pazienti che negli ultimi 3 anni hanno presentato due o più episodi di trattamento con farmaci antidepressivi oppure almeno un episodio depressivo che ha portato ad un ricovero in SPDC della durata di almeno 14 giorni.

NUMERO	D11
INDICATORE	Attività clinica durante la fase acuta di trattamento.
RAZIONALE	I farmaci antidepressivi sono efficaci nei confronti della depressione, ma per ottenere la remissione è necessario mantenere un trattamento continuativo per almeno 12 settimane. I clinici svolgono un ruolo fondamentale nel migliorare l'aderenza al trattamento dei pazienti fornendo loro informazioni e discutendo delle loro preoccupazioni, valutando e trattando gli effetti collaterali. Gli studi sulle psicoterapie hanno evidenziato che la remissione avviene di solito dopo 8-12 sedute.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza dei trattamenti psicosociali e dell'attività di ricovero.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti con almeno 3 visite psichiatriche e/o 8 visite psicologiche/ sedute di psicoterapia durante il periodo di 12 settimane che segue al primo contatto.
DENOMINATORE	Numero di pazienti al primo contatto in DSM.
FONTI INFORMATIVE	• <i>Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health (CQAIHM);</i> http://www.cgaimh.org/http://www.cgaimh.org/http://www.cgaimh.org/ • Organisation for Economic Cooperation and Development - Health Quality Indicator Project (HCQI); http://www.oecd.orghttp://www.oecd.orghttp://www.oecd.org • Veterans Health Administration/Department of Defense. VHA/DOD Performance Measures for the Management of Major Depressive Disorder in Adults, Version 2.0. Washington, DC, 2000. • Hermann RC, Mattke S, Somekh D, Silfverhielm H, Goldner E, Glover G, Pirkis J, Mainz J, Chan JA (2006) <i>Quality indicators for international benchmarking of mental health care. International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl 1):31–38.
NOTE	• Per pazienti all'inizio del trattamento si intende: 1. pazienti al primo contatto con il DSM, che ricevono la prima prescrizione di farmaco dopo la dimissione dal SPDC o dopo prima visita in CPS. 2. pazienti con precedenti contatti con il DSM che non hanno ricevuto terapie specifiche nei 12 mesi precedenti.

NUMERO	D12
INDICATORE	Terapia continuativa con farmaci antidepressivi nel periodo successivo all'episodio acuto.
RAZIONALE	Durante il periodo immediatamente successivo all'episodio acuto la continuità della terapia farmacologica gioca un ruolo essenziale nella risoluzione dell'episodio e nella stabilizzazione del quadro clinico. Gli operatori dovrebbero incoraggiare il paziente che ha beneficiato del trattamento antidepressivo in fase acuta a continuare tale trattamento per almeno 9 mesi dopo la remissione dell'episodio depressivo.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza trattamenti psicofarmacologici.
FASE DI ASSISTENZA	Fase acuta.
TIPO DI MISURA	Percentuale nelle due classi.
NUMERATORE	Numero di pazienti a cui viene prescritto un farmaco antidepressivo nella fase acuta ed in cui non vi è interruzione della terapia farmacologica: a) per almeno 90 giorni, b) per almeno 180 giorni, c) per 365 giorni, a partire dalla prima prescrizione nel periodo.
DENOMINATORE	Numero di pazienti all'inizio del trattamento con un farmaco antidepressivo a seconda che siano pazienti al primo contatto o pazienti con nuovi episodi.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>WHO - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings</i> http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/index.html - livello di evidenza mhGAP: elevato. • <i>NICE clinical guideline 90 Depression: the treatment and management of depression in adults</i> (2009). • <i>Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health (CQAIHM);</i> http://www.cqaimh.org/http://www.cqaimh.org/http://www.cqaimh.org/ • <i>National Committee for Quality Assurance (NCQA). HEDIS® 2009: Healthcare Effectiveness Data & Information Set. Vol. 1 e 2, Narrative. Washington (DC): National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2008 Jul.</i> OECD (Continuous Anti-Depressant Medication Treatment in Continuation Phase) • <i>Physician Consortium for Performance Improvement®. Major depressive</i>

	<i>disorder physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA); 2006 Mar.American Psychiatric Association (APA). Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder (revision) (2000). American Journal Psychiatry. 157(suppl 4): 1-45.</i>
NOTE	• L'indicatore valuta la persistenza del trattamento farmacologico. Con il termine persistenza generalmente si intende il rinnovo continuato di un trattamento farmacologico dalla data di ingresso nello studio (diagnosi o primo trattamento) fino all'interruzione del trattamento. Per interruzione s'intende la presenza di un intervallo di almeno 30 giorni tra la fine della copertura di una prescrizione e l'inizio della prescrizione successiva. Per dosaggio giornaliero di riferimento si intende la Defined Daily Dose: la DDD è il dosaggio medio di mantenimento supposto giornalmente per un farmaco utilizzato nelle sue indicazioni specifiche nell'adulto. I periodi di ricovero in struttura ospedaliera o residenziale sono considerati periodi senza interruzione della terapia. • I pazienti a cui viene prescritto un farmaco specifico nel periodo successivo all'episodio acuto possono essere: 1. pazienti al primo contatto con il DSM, che ricevono la prima prescrizione di farmaco dopo la dimissione dal SPDC o dopo prima visita in CPS. 2. pazienti con un nuovo episodio e con precedenti contatti con il DSM che non hanno ricevuto terapie specifiche nei 12 mesi precedenti all'episodio acuto.

NUMERO	D13
INDICATORE	Terapia di mantenimento con farmaci antidepressivi nella depressione ricorrente.
RAZIONALE	Si dovrebbe consigliare ai pazienti, che hanno sperimentato due o più episodi depressivi negli ultimi anni oppure una significativa caduta del funzionamento psicosociale durante l'episodio depressivo, di continuare il trattamento antidepressivo per almeno 2 anni.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Appropriatezza trattamenti psicofarmacologici.
FASE DI ASSISTENZA	Mantenimento e promozione del recupero psicosociale.
TIPO DI MISURA	Percentuale.
NUMERATORE	Numero di pazienti che assumono in maniera continuativa la terapia con farmaci antidepressivi: a) per almeno 90 giorni, b) per almeno 180 giorni, c) per 365 giorni, a partire dalla prima prescrizione nel periodo.
DENOMINATORE	Numero di pazienti con depressione ricorrente in trattamento con farmaco antidepressivo nel periodo di osservazione.
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>NICE clinical guideline 90 Depression: the treatment and management of depression in adults (2009).</i>
NOTE	• Come denominatore, l'indicatore si applica ai pazienti che negli ultimi 3 anni hanno presentato due o più episodi di trattamento con farmaci antidepressivi oppure almeno un episodio depressivo che ha portato ad un ricovero in SPDC della durata di almeno 14 giorni. • L'indicatore valuta la persistenza del trattamento farmacologico. Con il termine persistenza generalmente si intende il rinnovo continuato di un trattamento farmacologico dalla data di ingresso nello studio (diagnosi o primo trattamento) fino all'interruzione del trattamento. Per interruzione s'intende la presenza di un intervallo di almeno 30 giorni tra la fine della copertura di una prescrizione e l'inizio della prescrizione successiva. Per dosaggio giornaliero di riferimento si intende la Defined Daily Dose: la DDD è il dosaggio medio di mantenimento supposto giornalmente per un farmaco utilizzato nelle sue indicazioni specifiche nell'adulto. I periodi di ricovero in struttura ospedaliera o residenziale sono considerati periodi senza interruzione della terapia.

NUMERO	D14
INDICATORE	Pazienti in trattamento presso il DSM che hanno commesso suicidio.
RAZIONALE	Il suicidio è un evento sentinella di disturbi mentali gravi, la cui frequenza deve essere monitorata.
DIMENSIONE DELLA QUALITA'	Eventi sentinella.
FASE DI ASSISTENZA	Elementi comuni a tutte le fasi di assistenza.
TIPO DI MISURA	Evento sentinella: numero di pazienti che hanno commesso suicidio tra quelli con almeno un contatto con il DSM nell'anno (prevalenza trattata).
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	• <i>United Kingdom Department of Health - Clinical and Health Outcomes Knowledge Base (NCHOD).</i>

Acronimi

AO – AZIENDA OSPEDALIERA

ASL – AZIENDA SANITARIA LOCALE

CPS – CENTRO PSICO – SOCIALE

CSM – CENTRO SALUTE MENTALE

CV – COEFFICIENTE di VARIAZIONE

DDD – DEFINED DAILY DOSE

DSM – DIPARTIMENTO di SALUTE MENTALE

DRG – DIAGNOSIS RELATED GROUP

ECT - ELECTRO CONVULSIVE THERAPY

IC – INDICATORI CLINICI

ICD – INTERNATIONAL CLASSIFICATION of DISEASE

NICE – NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE

OMS – ORGANIZZAZIONE MONDIALE della SANITA'

PTI – PIANO di TRATTAMENTO INDIVIDUALE

SDO – SCHEDA di DIMISSIONE OSPEDALIERA

SI – SISTEMA INFORMATIVO

SIEP - SOCIETÀ ITALIANA di EPIDEMIOLOGIA PSICHIATRICA

SISM – SISTEMA INFORMATIVO di SALUTE MENTALE

SPDC – SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA

SSR – SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

TSO – TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

UOP – UNITA' OPERATIVA di PSICHIATRIA

