



5.2 – INDICATORI DI PROCESSO ED EFFICACIA DEI TRATTAMENTI

Premessa

La Regione Emilia-Romagna da alcuni anni ha predisposto un sistema a livelli di controllo istituzionale sui requisiti di funzionamento delle strutture sanitarie, a garanzia dei livelli di legalità, sicurezza e qualità ritenuti necessari.

Le strutture sanitarie debbono ottenere e mantenere sia l'autorizzazione al funzionamento (provvedimento amministrativo che rende lecito l'esercizio dell'attività sanitaria da parte di qualsiasi soggetto pubblico e privato in possesso di requisiti minimi prestabiliti e verificati), sia il susseguente accreditamento istituzionale (atto con il quale si riconosce ai soggetti già autorizzati all'esercizio di attività sanitarie lo status di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale).

Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche ha già ottenuto l'accreditamento istituzionale nel 2005, nel 2007 e 2010.

Per ulteriori approfondimenti inerenti l'accreditamento istituzionale, rimandiamo alle apposite normative ed al materiale documentativo disponibile sul sito dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

**Necessario
l'accreditamento
istituzionale**

Il Piano degli Indicatori e gli standard di riferimento

All'interno del processo di accreditamento istituzionale è prevista per ciascuna struttura sanitaria la presenza di un Piano degli Indicatori, ciascuno dei quali in grado di contribuire a misurare adeguatamente i processi attraverso i quali vengono erogati i Prodotti/Servizi e gli esiti di tali processi (al fine quindi di poter valutare la qualità degli interventi e dei trattamenti e degli esiti temporalmente ad essi conseguenti, non potendosi mai meccanicamente ed acriticamente determinare relazioni di causa-effetto tra i primi ed i secondi, ma solo utilizzare orientativamente tale consequenzialità per meglio comprendere, e conseguentemente meglio tarare o ritarare, le relazioni intercorrenti tra interventi ed esiti, a maggior ragione nel complesso ambito delle dipendenze patologiche dove le variabili intervenienti e le concause degli avvenimenti sono numerose e forti, non da ultimo la volontà di collaborazione e la perseveranza da parte dei pazienti).

Per ciascun indicatore è fissato uno standard di riferimento considerato raggiungibile nel coevo stato clinico-organizzativo dei Servizi.

Lo standard di riferimento è fissato regionalmente per gli indicatori 1 e 2 (quindi in modo univoco per tutti i Settori Dipendenze Patologiche delle varie AUSL), mentre è liberamente definito da ciascuna AUSL per gli indicatori 3-4-5-6-8-9 (per l'ind.7 non esiste standard), in modo da permettere a ciascun Settore Dipendenze Patologiche di correlare tali standard alla propria peculiare situazione e caratteristiche (sia dell'utenza, sia dei Servizi, sia degli operatori), ad esempio anche impostando su base temporale una pianificazione di progressivi e cadenzati innalzamenti degli standard di riferimento per taluni, se non tutti, tali 6 indicatori, eventualmente correlandoli a specifici progetti di miglioramento.

Gli standard di riferimento per tutti gli indicatori (sia quelli fissati regionalmente, sia quelli scelti dal Settore Dipendenze Patologiche della nostra AUSL), sono riportati all'interno di ciascun grafico illustrante l'evoluzione 2008-2010 di ognuno degli indicatori.

Il Piano degli Indicatori adottato dal Settore Dipendenze Patologiche della AUSL di Modena è composto da 9 Indicatori (Tab. Piano I), originariamente definiti dall'Agenzia Sanitaria Regionale (e riportati nella L.R.26/2005) quale set di base per tutti i Settori Dipendenze Patologiche regionali, e recentemente (2009/2010) rivisti e razionalizzati dal gruppo regionale Osservatori, sia a livello di analisi metodologica che di individuazione delle procedure di calcolo più corrette possibili.

**Per misurare processi
ed esiti si utilizzano
appositi Indicatori**

**Per ciascun Indicatore
esiste uno standard di
riferimento**

**Per le Dipendenze
Patologiche modenesi
gli Indicatori sono 9**



Tab. Piano I – Piano degli Indicatori della AUSL di Modena

DIMENSIONE	INDICATORE	PARAMETRO DI QUALITA'	FINALITA'
PROCESSO	1. Personalizzazione dell'intervento e valutazione multidisciplinare	Appropriatezza della valutazione diagnostica	Indica l'efficienza della struttura nell'effettuare una valutazione multidimensionale* e la personalizzazione dell'intervento
	2. Definizione del progetto terapeutico	Appropriatezza della definizione del progetto	Indica quanto sia stata effettuata una adeguata programmazione degli interventi sulla base di progetti ed obiettivi specifici
	3. Adeguatezza del trattamento	Appropriatezza del processo in evoluzione	Sorveglia il rischio di non adeguatezza del trattamento
ESITO	4. Ritenzione in trattamento	Efficacia (miglioramento prognosi)	Indica la capacità delle strutture e del sistema di rete dei Servizi di mantenere in trattamento**
	5. Astinenza da sostanze	Efficacia (outcome)	Indicatore di risultato che misura l'efficacia dell'attività
	6. Miglioramento rapporto con le sostanze	Efficacia	Indicatore di risultato che misura l'efficacia dell'attività
	7. Soddisfazione degli utenti	Partecipazione del cliente	La rilevazione sistematica della soddisfazione del servizio da parte degli utenti fornisce suggerimenti per il miglioramento
	8. Mortalità per overdose	Efficacia (outcome)	Indicatore di risultato che misura l'efficacia dell'attività
	9. Sieroconversioni Epatite B / C – HIV	Efficacia (outcome)	Indicatore di risultato che misura l'efficacia dell'attività

*Per diagnosi e valutazione multidimensionale si intende la valutazione in ambito psico-fisico e sociale, effettuata da professionisti di varie discipline (psicologi, medici-infermieri, assistenti sociali-educatori).

**E' dimostrato scientificamente che la capacità di ritenere il paziente in trattamento si associa positivamente alla prognosi del progetto terapeutico (miglioramento del disturbo da dipendenza e riduzione di morbilità e mortalità).

Tenuto conto del livello di maturità e di affidabilità raggiunto dal sistema informativo regionale delle dipendenze patologiche SistER, ad inizio 2009 il nostro Osservatorio ha suggerito al gruppo regionale Osservatori la sperimentazione del calcolo automatico degli Indicatori a partire dai dati ordinariamente registrati in SistER (ad esclusione del n.7 Soddisfazione degli utenti, allo stato attuale rilevabile solo tramite somministrazione diretta all'utenza di apposito questionario).

L'introduzione del calcolo automatico degli Indicatori è volta a superare l'aleatorietà e l'approssimazione legate al difficile calcolo manuale precedentemente utilizzato.

Metodologicamente parlando, nel calcolo manuale risulta molto problematico, se non proprio impossibile, identificare e correggere errori procedurali, sia episodici che sistematici, rendendo inaffidabile il risultato. Inoltre, la difficoltà di realizzazione di calcoli manuali su indicatori complessi, quali sono la maggioranza di quelli considerati nell'accreditamento, può indurre a sostituirli con surrogati quali dichiarazioni di raggiungimento e superamento degli standard di riferimento basate sulla soggettività del dichiarante.

Di seguito, è riportato il calcolo degli indicatori 2010 ed è rappresentato il confronto sul triennio 2008/2010 (per il 2010 siamo al momento in attesa dei dati di mortalità (necessari al calcolo dell'Ind.8) e di quelli relativi alla soddisfazione degli utenti (necessari al calcolo dell'Ind.7), forniti annualmente dal Servizio Igiene Pubblica e dal Sistema Qualità).

Per alcuni Indicatori (1-3-6), al fine di superare, sia per il presente che per il futuro, problemi di senso o/e di applicabilità, si è ritenuto opportuno affiancare anche uno o due calcoli alternativi, tutti reciprocamente equivalenti nel soddisfare le richieste dell'Indicatore in oggetto, e tutti liberamente scegliibili da parte di ciascuna AUSL a tal fine.

Sperimentazione del calcolo automatico degli Indicatori

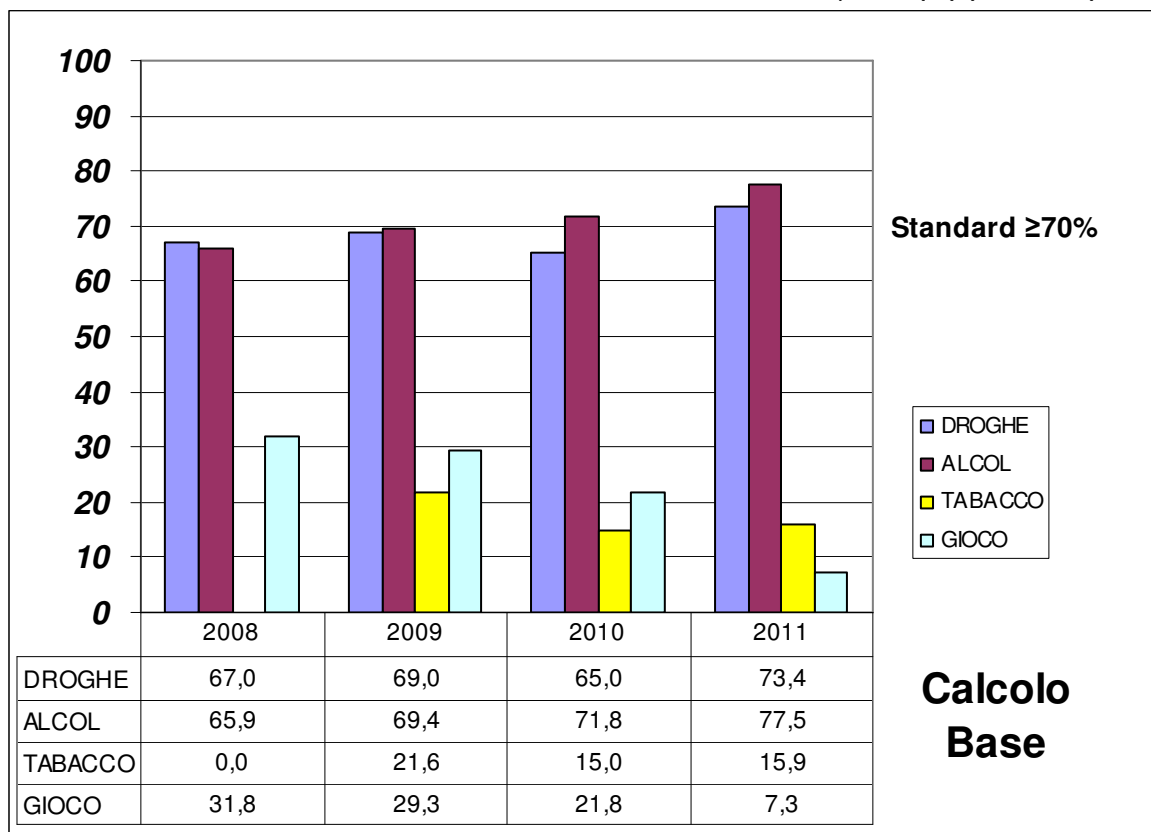
Calcoli su 2008, 2009 e 2010, per alcuni Indicatori in modi molteplici



Gli Indicatori calcolati (2008-2011)

Indicatore 1. Personalizzazione dell'intervento e valutazione multidisciplinare	Per il periodo considerato (Anno):
Numeratore: N° utenti in accoglienza nel SerT che entro 2 mesi hanno ricevuto una valutazione da almeno 2 professionisti di discipline differenti (di cui un medico)	
Denominatore: N° totale utenti in fase di Osservazione & Diagnosi	
Il calcolo del Numeratore viene effettuato in 2 opzioni alternative: Base (la compresenza di 2 prestazioni valide effettuate da alcune figure professionali) oppure Alternativo 1 (la presenza di 1 scheda valutazione iniziale dell'utente).	

Graf.I1 – Indicatore 1. Personalizzazione dell'intervento e valutazione multidisciplinare (%) (2008-2011)

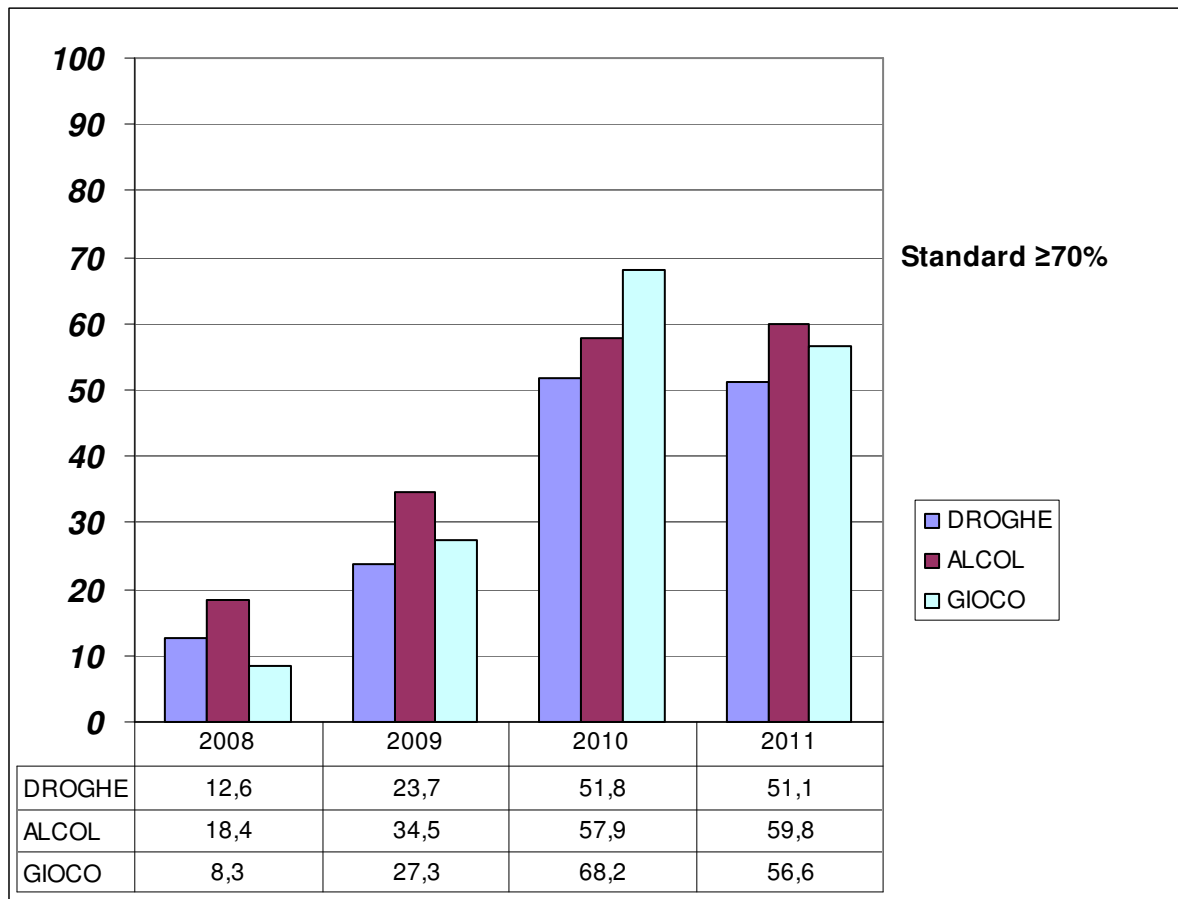


Fonte: Indicatori Accreditamento SistER



Indicatore 2. Definizione del progetto terapeutico	Per il periodo considerato (Anno):
Numeratore: N° utenti entrati in carico con progetto terapeutico	
Denominatore: N° utenti entrati in carico	
Il calcolo del Numeratore considera la compilazione, entro massimo 6 mesi dall'inizio programma, di un progetto terapeutico oppure di obiettivi di programma.	

Graf.I2 – Indicatore 2. Definizione del progetto terapeutico (%) (2008-2011)

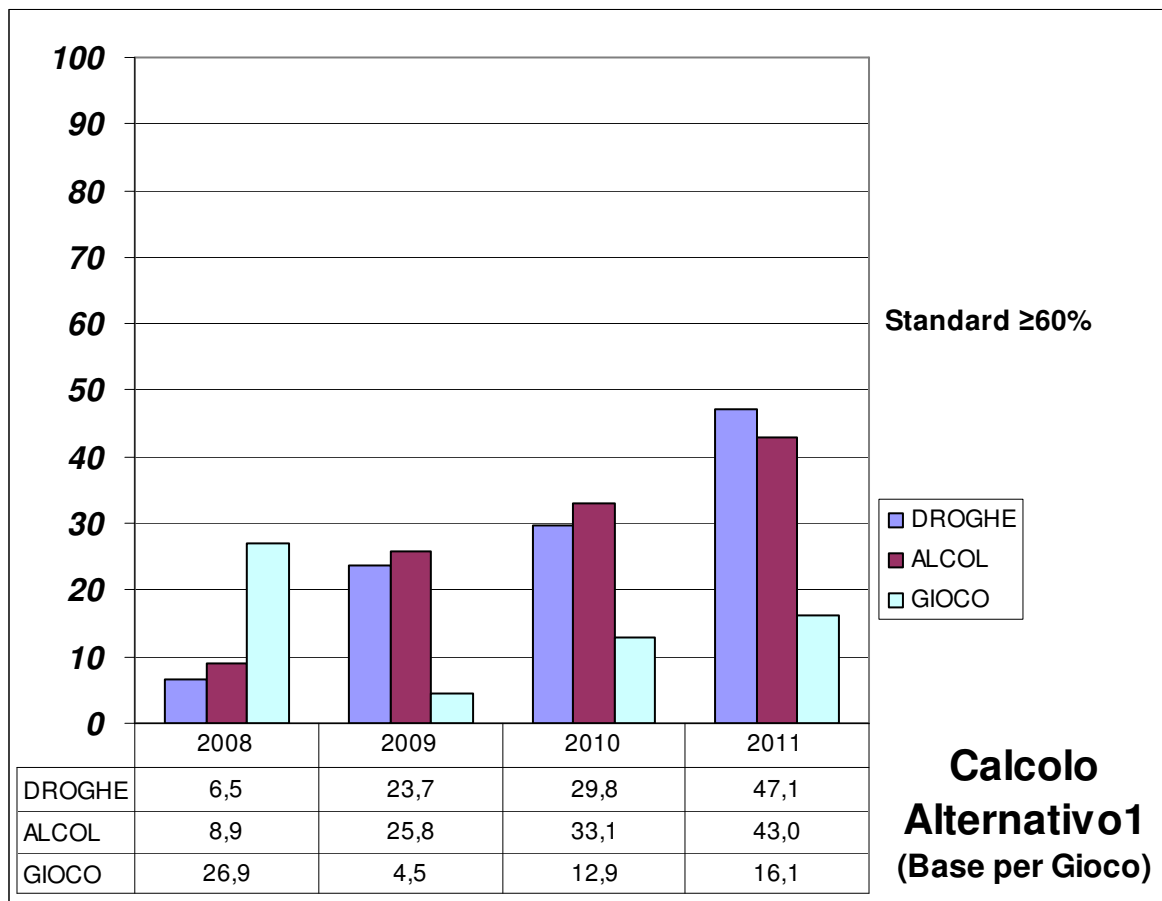


Fonte: Indicatori Accreditamento SistER



Indicatore 3. Adeguatezza del trattamento	Per il periodo considerato (Anno):
Numeratore: N° utenti in carico sui quali viene effettuato monitoraggio dell'andamento del programma terapeutico	
Denominatore: Totale pazienti in carico	
Il calcolo del Numeratore viene effettuato in 2 opzioni alternative: Base (la presenza della verifica di raggiungimento di un obiettivo di programma) oppure Alternativo 1 (la presenza di una valutazione intermedia o finale dell'utente).	

Graf.I3 – Indicatore 3. Adeguatezza del trattamento (%) (2008-2011)

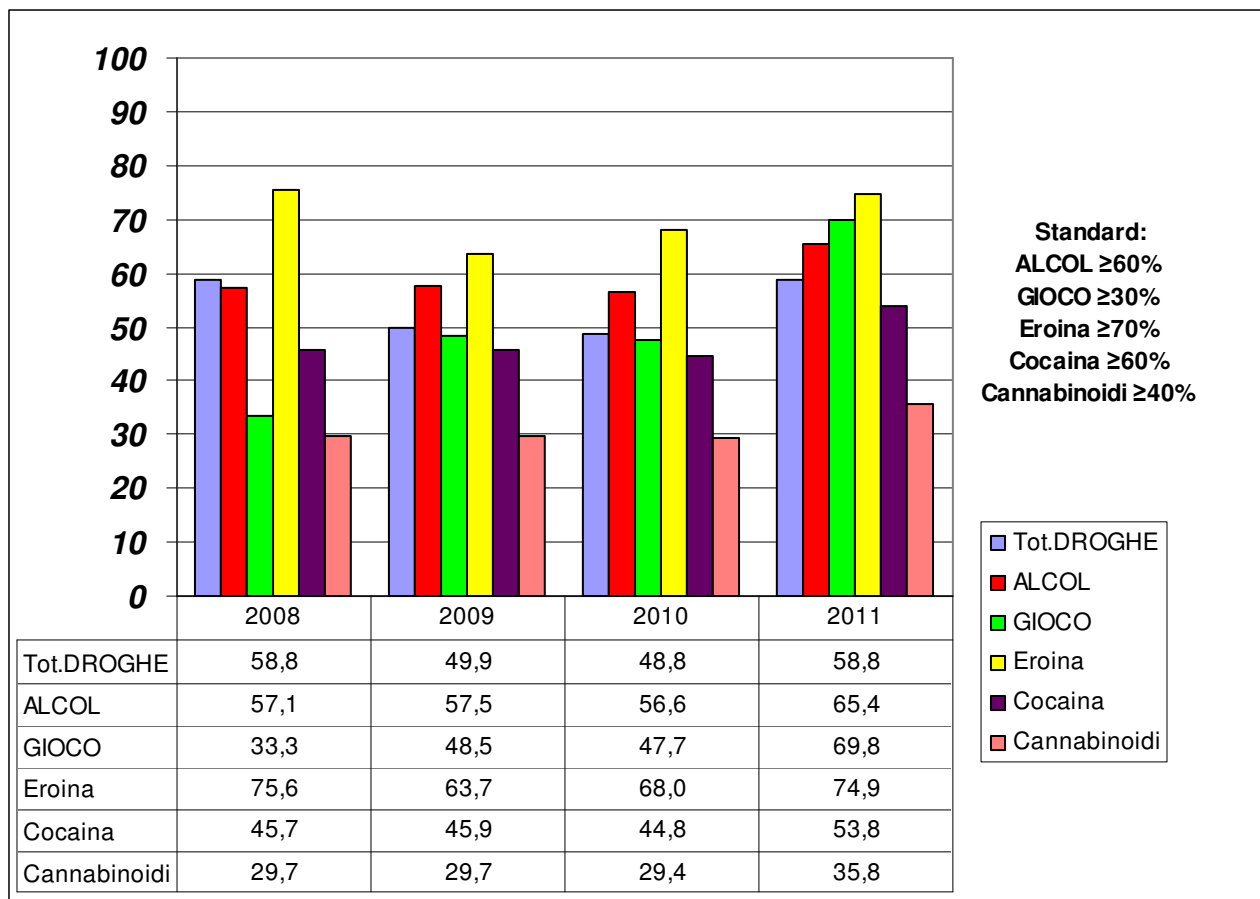


Fonte: Indicatori Accreditamento SistER



Indicatore 4. Ritenzione in trattamento	Per il periodo considerato (Anno):
Numeratore: N° pazienti nuovi o reingressi in carico che sono ancora in cura dopo 6 mesi	
Denominatore: Totale pazienti nuovi o reingressi in carico	
Il calcolo del Numeratore considera l'essere ancora in trattamento terapeutico, dopo 6 mesi dall'inizio programma.	

Graf.I4 – Indicatore 4. Ritenzione in trattamento (%) (2008-2011)

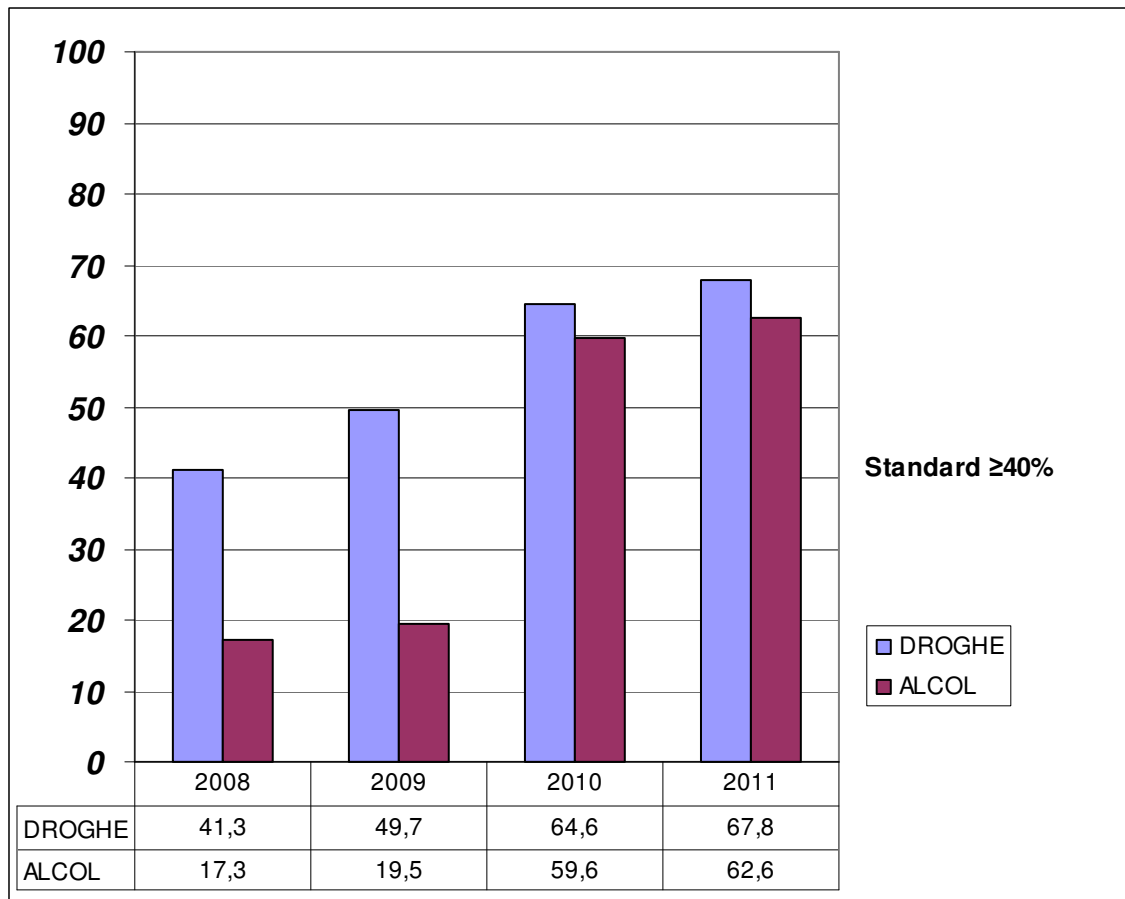


Fonte: Indicatori Accreditamento SistER



Indicatore 5. Astinenza da sostanze	Per il periodo considerato (Anno):
Numeratore: N° pazienti in carico da almeno 6 mesi astinenti da sostanze	
Denominatore: N° pazienti in carico da almeno 6 mesi	
Il calcolo del Numeratore considera la rilevazione di astinenza nei pazienti in trattamento terapeutico da almeno 6 mesi.	

Graf.I5 – Indicatore 5. Astinenza da sostanze (%) (2008-2011)

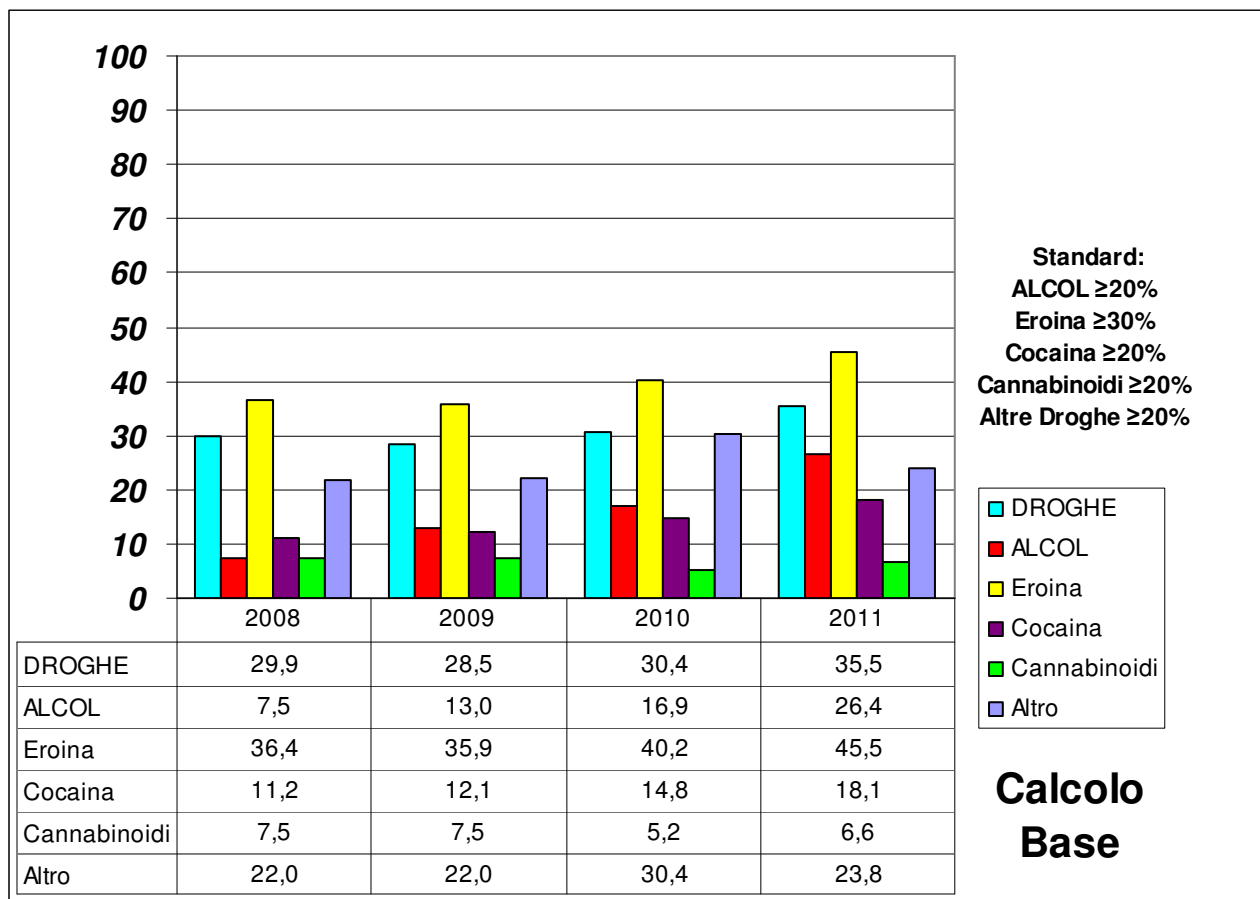


Fonte: Indicatori Accreditamento SistER



Indicatore 6. Miglioramento rapporto con le sostanze	Per il periodo considerato (Anno):
Numeratore: N° utenti in carico che hanno migliorato il rapporto con le sostanze a 1 anno dalla presa in carico	
Denominatore: Totale utenti in carico	
Il calcolo del Numeratore viene effettuato in 3 opzioni alternative: Base (comparazione di 2 giudizi medici relativamente alla frequenza d'uso della sostanza principale) oppure Alternativo 1 (esito dell'obiettivo di programma di un miglioramento nell'uso di sostanze) oppure Alternativo 2 (comparazione dei punteggi di 2 valutazioni, relativamente alle sostanze ed alla loro frequenza e modalità d'uso).	

Graf.I6 – Indicatore 6. Miglioramento rapporto con le sostanze (%) (2008-2011)



Fonte: Indicatori Accreditamento SistER



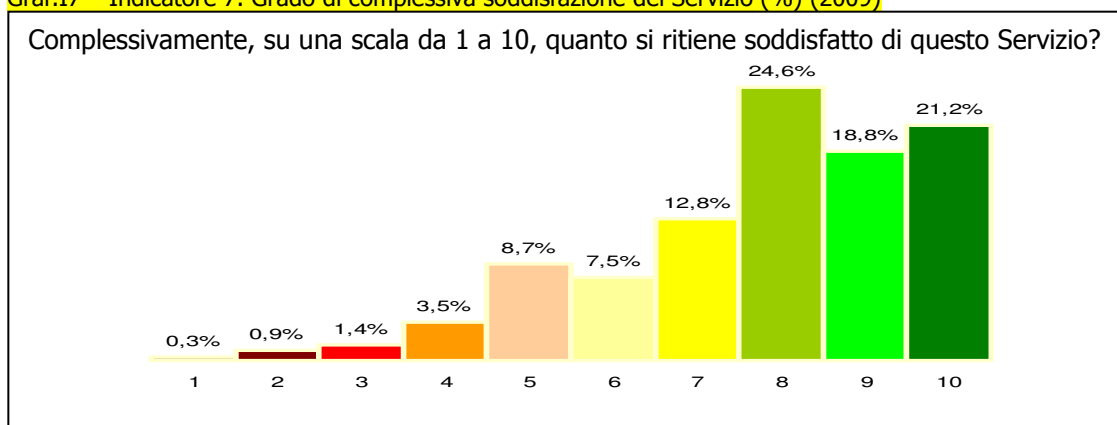
Indicatore 7. Soddisfazione degli utenti	Per il periodo considerato (Anno):
Indicazioni: Applicazioni di tecniche e/o strumenti per rilevare la soddisfazione degli utenti a cadenza periodica	
Le strutture possono avvalersi di propri modelli di valutazione della soddisfazione oppure adottare il questionario regionale di soddisfazione del servizio costruito in collaborazione con l'Agencia Sanitaria Reg.Ie.	

Tab.I7 – Indicatore 7. Caratteristiche del campione (%) (2009)

Sesso	Maschi	82,2%	Età Media	37,6 anni	Nazionalità	Italiana	95%									
	Femmine	17,8%		Altra		5%										
Ripartizione utenti per Servizio	Carpi	14%	Mirandola	12%	Modena	30%	Sassuolo	14%	Pavullo	6%	Vignola	11%	Castelfranco	13%	AUSL	100%
	Da quanto tempo l'utente è in cura al Servizio?		Da meno di 2 mesi		Tra 2 mesi ed 1 anno		Da oltre 1 anno		Totale							
		3%		15,3%		81,7%		100%								

Fonte: Analisi del questionario di Soddisfazione effettuata dal Sistema Qualità Aziendale

Graf.17 – Indicatore 7. Grado di complessiva soddisfazione del Servizio (%) (2009)

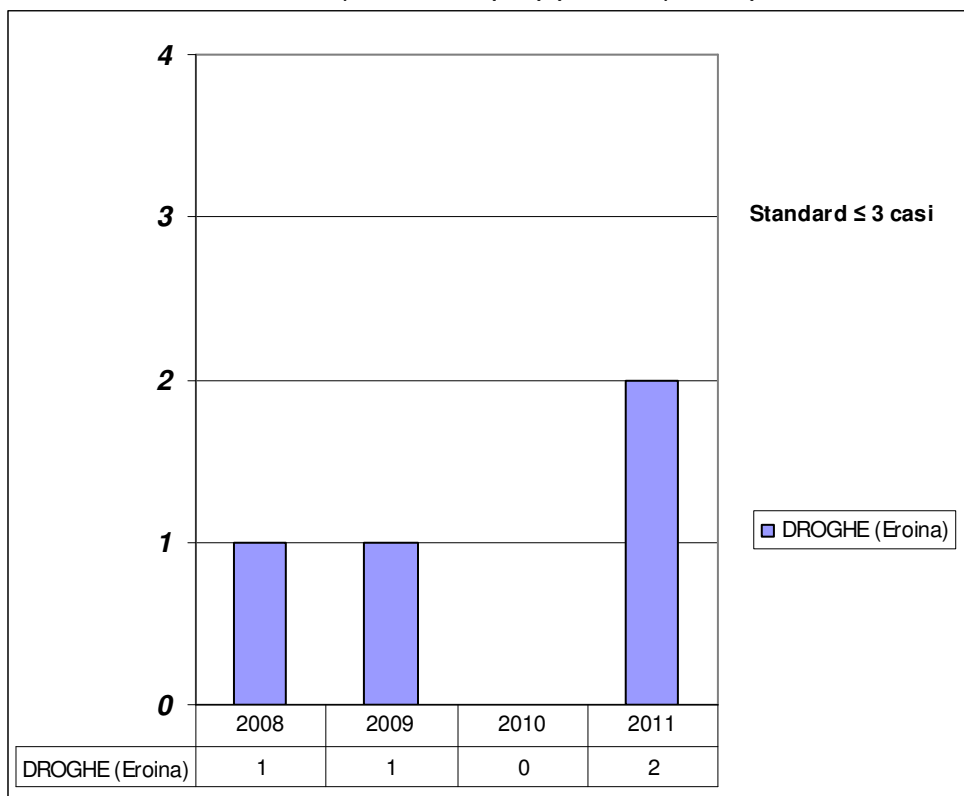


Fonte: Analisi del questionario di Soddisfazione effettuata dal Sistema Qualità Aziendale



Indicatore 8. Mortalità per overdose	Per il periodo considerato (Anno precedente a quello degli altri Indicatori):
Numeratore: N° decessi per overdose in pazienti in carico al SerT consumatori di eroina elettiva o associata	
Denominatore: Totale pazienti in carico come consumatori di eroina elettiva o associata	
Il calcolo del Numeratore considera il decesso per overdose in pazienti in carico consumatori di eroina elettiva o associata (sostanza secondaria oppure sostanza di poliassunzione). Il decesso è verificato dall'Ufficio Mortalità AUSL, quasi sempre a seguito di accertamento medico-legale (abituamente postumo di almeno un anno)	

Graf.I8 – Indicatore 8. Mortalità per overdose (v.a.) (2011 temporaneo)

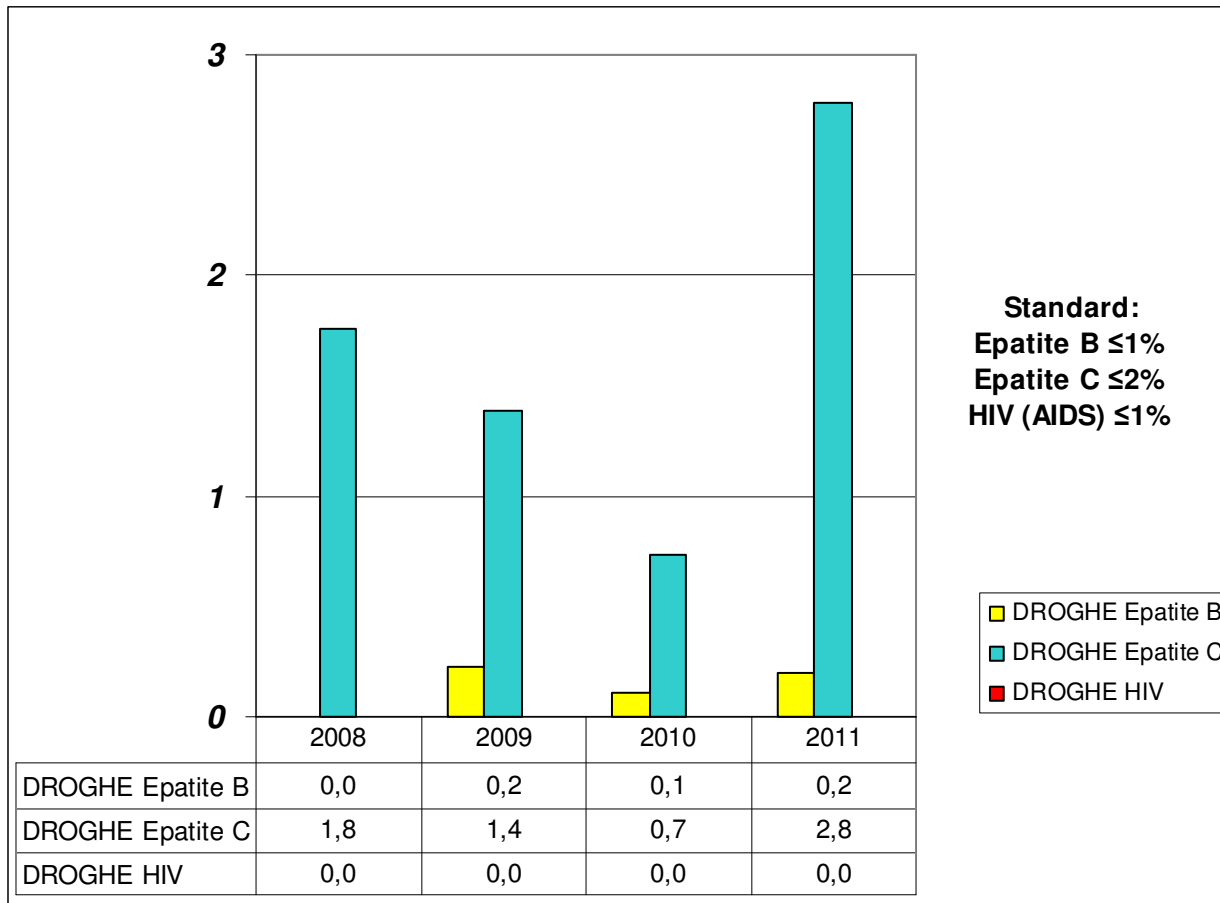


Fonte: Indicatori Accreditamento SistER



Indicatore 9. Sieroconversioni epatite B/C ed HIV	Per il periodo considerato (Anno):
Numeratore: N° di pazienti in carico al SerT sieroconvertiti nell'Anno (per ciascuna delle Epatiti e per l'HIV)	
Denominatore: Totale pazienti in carico sieroconvertibili (non positivi alla precedente rilevazione)	
Il calcolo del Numeratore considera le sieroconversioni avvenute nei soli pazienti con possibilità di sieroconversione.	

Graf.I9 – Indicatore 9. Sieroconversioni epatite B/C ed HIV (%) (2008-2011)



Fonte: Indicatori Accreditamento SistER