Healthcare Research & Pharmacoepidemiology

sismec
Società Italiana di Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Primo convegno annuale del Centro *Healthcare, Research and Pharmacoepidemiology*

EPIDEMIOLOGIA TRASLAZIONALE: SISTEMI INTEGRATI PER LE CURE INTEGRATE

Valutazione della qualità dei percorsi di cura nei pazienti con disturbi mentali gravi (Progetto QUADIM)

Antonio LORA, A. Barbato, B. D'Avanzo, A. Gaddini, M. Monzio Compagnoni, A. Saponaro, S. Scondotto, V. Tozzi e G. Corrao

Università Politecnica delle Marche

Ancona, 2 Dicembre 2017

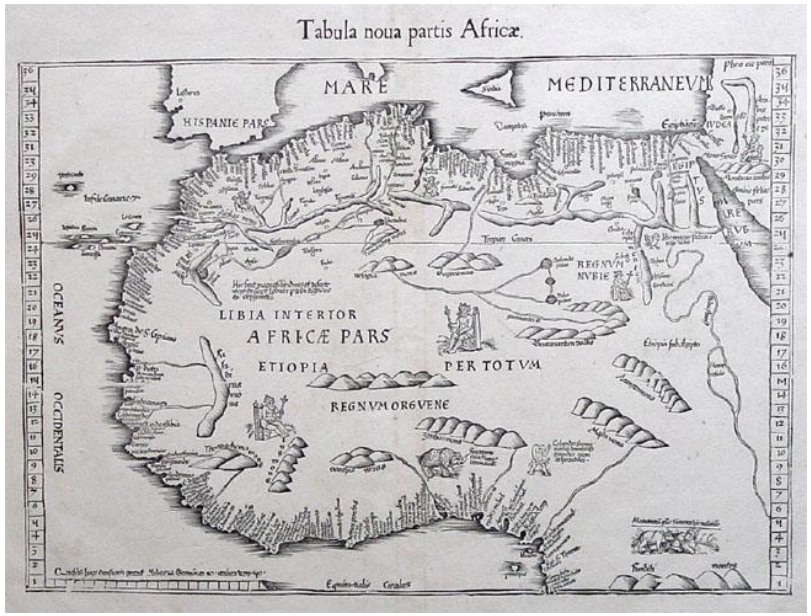
LA PREMESSA …

La qualità dell'informazione determinerà la qualità della cura

Decision Support 2000+

(*Substance Abuse and Mental Health Services Administration* – SAMHSA)

MISURARE LA QUALITÀ DELLA CURA IN SALUTE MENTALE



- La nostra conoscenza della qualità della cura in salute mentale è limitata
- La variazione della qualità della cura tra Regioni e DSM è la regola piuttosto che l'eccezione
- Fino ad oggi assenza di una strategia di implementazione di indicatori che valutino la qualità

ADEGUATEZZA DEL TRATTAMENTO

Adequacy of Treatment for Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders and Affective Disorders in Lombardy, Italy

Antonio Lora, M.D.
Valentino Conti, M.Sc.
Olivia Leoni, Ph.D.
Alma Lisa Rivolta, Pharm.D.

PSYCHIATRIC SERVICES
September 2011 Vol. 62 No. 9

TRATTAMENTO MINIMAMENTE ADEGUATO

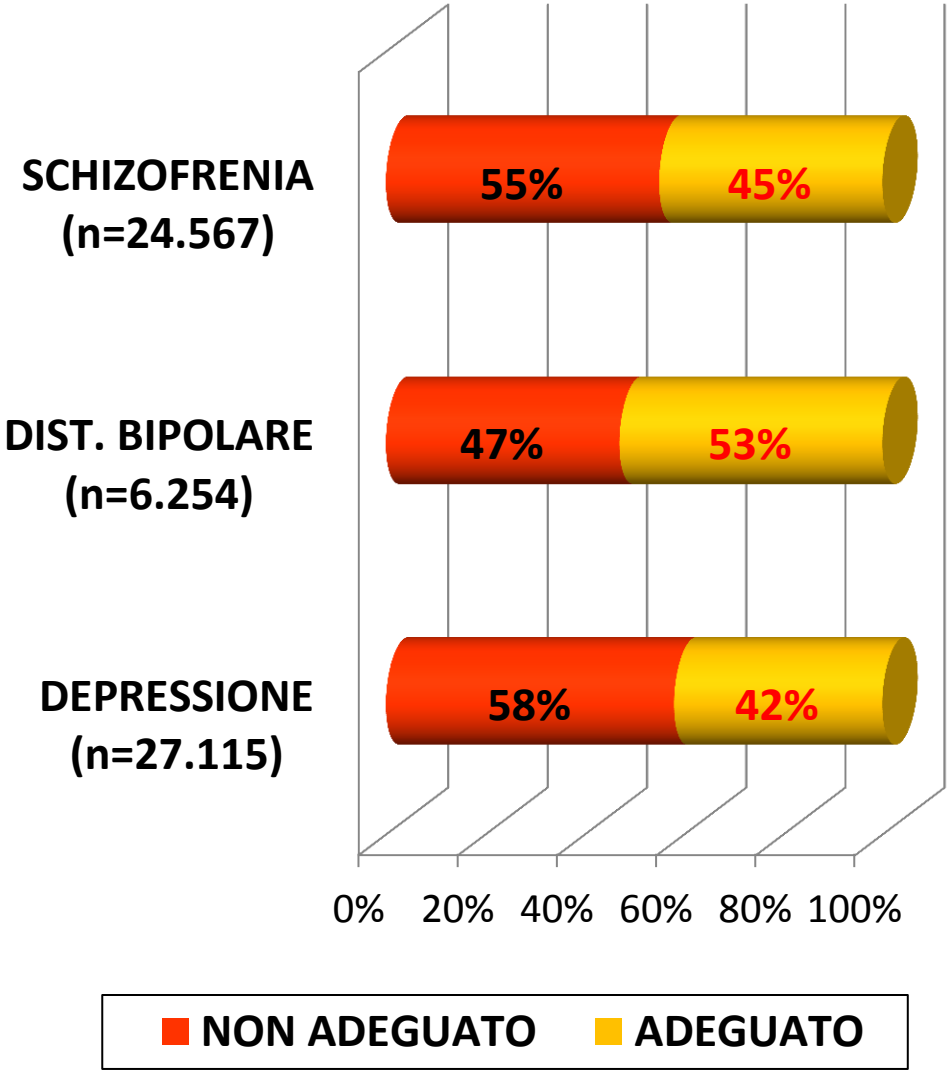
(Wang et al., 2007)

.. almeno due mesi di trattamento con farmaci specifici +

4 visite dello psichiatra

OPPURE

8 sedute di psicoterapia



LA LOTTERIA DEL CODICE POSTALE

NHS POSTCODE LOTTERY

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Oggetto: Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità".

Si trasmette, per il seguito di competenza, l'atto dell'accordo sancito dalla Conferenza Unificata, nella seduta del 13 novembre 2014.

Approvato in sede di **Conferenza Unificata Stato-Regioni** il 13 novembre 2014

Centro nazionale per la prevenzione
e il controllo delle malattie
Network per la prevenzione e la sanità pubblica

Ministero della Salute

PROGRAMMA CCM 2016 – PROGETTI ESECUTIVI FINANZIABILI

PROGETTO QUADIM

(**QUA**lità dei percorsi di cura dei pazienti con **DI**sturbi **M**entali).

I percorsi di cura nei disturbi mentali gravi, tra valutazione della qualità della cura e nuovi modelli di finanziamento – Regione Lombardia

QUADIM: che cos'è?

Marzo 2017 / Marzo 2019

Progetto multicentrico - 4 Regioni

5 unità operative (UO):

- ASST Lecco
- Regione Emilia-Romagna
- Regione Sicilia
- Regione Lazio (ASL Roma 2)
- UnimiB

2 Centri collaborativi

- Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri
- Università Bocconi

Utilizzo dei **database amministrativi sanitari** delle 4 regioni partecipanti, che coprono da sole il 40% circa della popolazione italiana

Verranno selezionati quei pazienti che tra il **01/01/2015 e il 31/12/2015** hanno avuto almeno un contatto con le strutture dei DSM regionali

Dagli altri flussi regionali saranno estratti i dati relativi al **periodo dai 5 anni precedenti** l'ingresso nello studio, fino all'ultima data disponibile (31/12/2016)

Questi dati verranno, in seguito, aggiornati all'inizio del 2018 con l'aggiunta dei **dati relativi all'anno 2017**

Per un campione selezionato, verranno anche rilevate, tramite un'apposita scheda, informazioni per valutare la **gravità del disturbo mentale** (tramite l'utilizzo dello strumento **MHCT**) [1]

1 National Health Service (2016) Mental Health Clustering Booklet disponibile su :
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/499475/Annex_B4_Mental_health_clustering_booklet.pdf

OBIETTIVI

- **Descrivere i percorsi**, erogati ai pazienti con disturbo mentale grave (disturbi schizofrenici, affettivi, di personalità), in contatto con i Dipartimenti di Salute Mentale di quattro regioni italiane e **comparare la qualità della cura** attraverso opportuni indicatori clinici **(Università Milano Bicocca)**

- Valutare la **relazione tra la qualità della cura erogata e alcuni esiti negativi**, come l'ammissione in SPDC, al fine di predire l'efficacia e la costo–efficacia dei percorsi di cura individuati **(Università Milano Bicocca)**

- Valutare la **gravità di un campione di pazienti** con disturbo mentale grave in contatto con i DSM delle 4 Regioni tramite il *Mental Health Clustering Tool* (MHCT), assegnandoli a gruppi omogenei **(Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri)**

- Analizzare **nuovi sistemi di finanziamento** in salute mentale, basati sui percorsi di cura **sul modello del *bundle payment* (Università Bocconi)**

GLI INDICATORI CLINICI

DISTURBO SCHIZOFRENICO
30 + 18 indicatori

DISTURBO BIPOLARE
28 + 11 indicatori

DISTURBO DEPRESSIVO
15 + 8 indicatori

DISTURBO GRAVE DELLA PERSONALITA'
18 + 10 indicatori

FASI DEL TRATTAMENTO

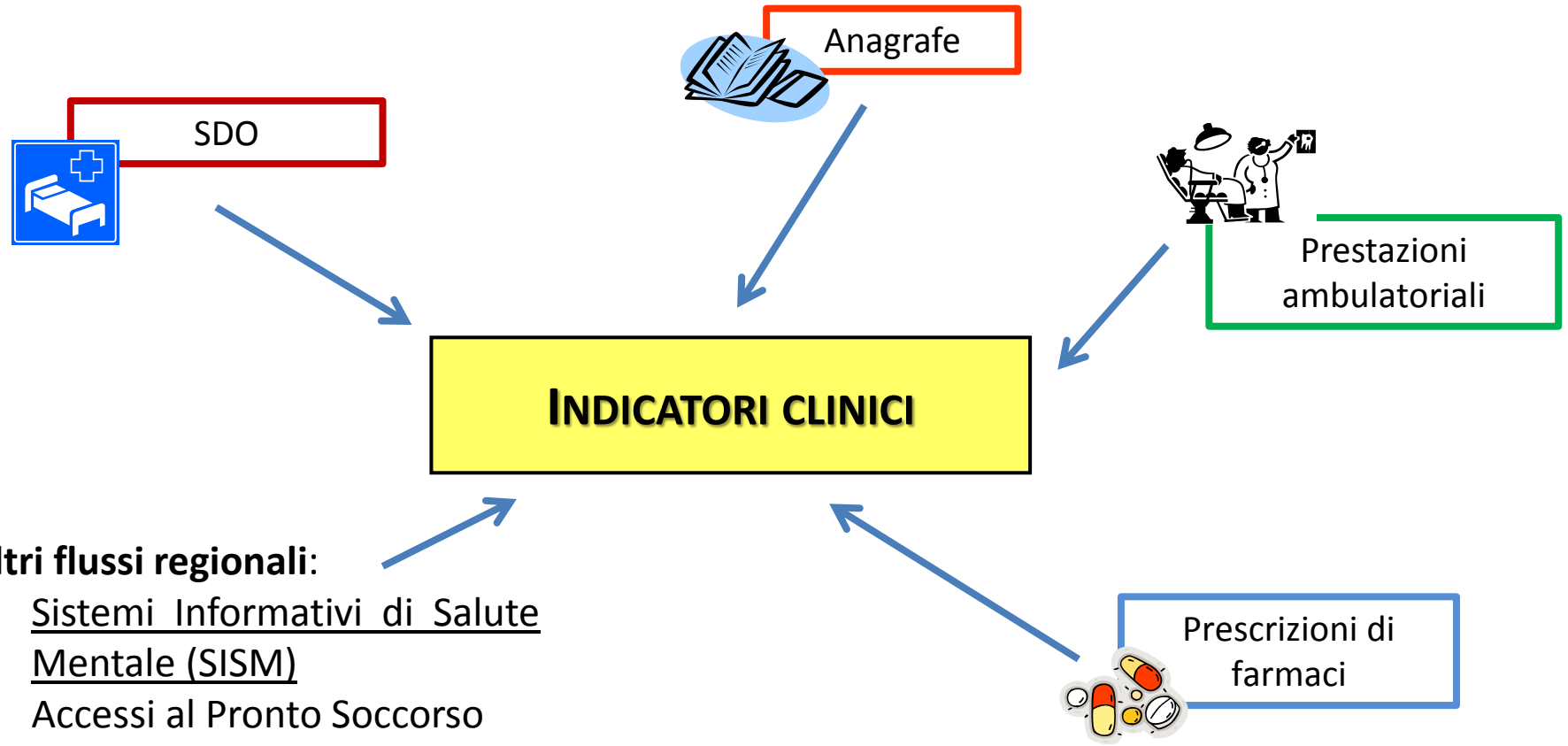
- Presa in carico precoce
- Gestione della fase acuta
- Trattamenti continuativi e a lungo termine

DIMENSIONE DELLA QUALITA'

- Accessibilità
- Continuità
- Appropriatezza dei trattamenti psicosociali
- Appropriatezza dei trattamenti farmacologici
- Sicurezza
- Eventi sentinella

COSTRUZIONE DEGLI INDICATORI CLINICI

Utilizzo dei **DB sanitari amministrativi** delle 4 regioni partecipanti, che coprono da sole il 40% circa della popolazione italiana:



Altri flussi regionali:

- Sistemi Informativi di Salute Mentale (SISM)
- Accessi al Pronto Soccorso
- Distribuzione Diretta Farmaci
- Esenzioni
- Registro Cause Mortalità

International Journal for Quality in Health Care Advance Access published August 30, 2016

ISQua®

International Journal for Quality in Health Care, 2016, 1–6
doi: 10.1093/intqhc/mzw096
Article

OXFORD

Article

Routine quality care assessment of schizophrenic disorders using information systems

ANTONIO LORA[1], EMILIANO MONZANI[2], BUSSY IBRAHIM[3], DAVIDE SORANNA[3], and GIOVANNI CORRAO[3]

Table 1 Socio-demographic and clinical characteristics of the sample

	Number	Percentage (%)
Overall	28 227	00

Table 2 Clinical indicators for schizophrenic disorders

A: First-episode patients	
1. Patient age at first contact with mental health services (years)	27.8
2. Patients with a waiting time >7 days for the first CMHC outpatient visit	18%
3. Mean number of patients' contacts with CMHCs per month	2.6
4. Mean number of carers' contacts with CMHCs per month	1.3
5. Patients with continuity of care in the first year of treatment (*at least one contact -both outpatient contact and/or admission to hospital and residential wards- every 90 days in the 365 days after their first contact during the year*)	60%
6. Patients delivered multi-professional activities in CMHC	77%
7. Patients treated with psychoeducation (*at least 4 sessions*)	9%
8. Patients treated with psychotherapy (*at least 3 sessions*)	23%
9. Patients delivered home care in the first year of treatment *(at least 3 home visits)*	5%
10. Patients adherent to antipsychotic treatment at 180 days during the first episode	11%
11. Patients prescribed SGAs for the first time and monitored for hyperglycaemia and hyperlipidemia (*at least 2 checks during the first 12 weeks after the beginning of the therapy*)	47%
B: Acute episode and early post-acute period	
12. Compulsory admissions	12%
13. Patients physically restrained at least once yearly during hospitalization	13%
14. Admissions with a length of stay higher than 30 days	12%
15. Unplanned readmissions within 4 weeks	21%
16. Patients with appropriate dosage of antipsychotic drugs at discharge (*i.e. between 300 and 1000 mg CPZ-equivalent*)	59%
17. Patients receiving a mental health outpatient visit within 14 days from discharge by GHPW	

Estimating the coverage of mental health programmes: a systematic review

Mary J De Silva,[1]* Lucy Lee,[1] Daniela C Fuhr,[1] Sujit Rathod,[1] Dan Chisholm,[2] Joanna Schellenberg[3] and Vikram Patel[1,4]

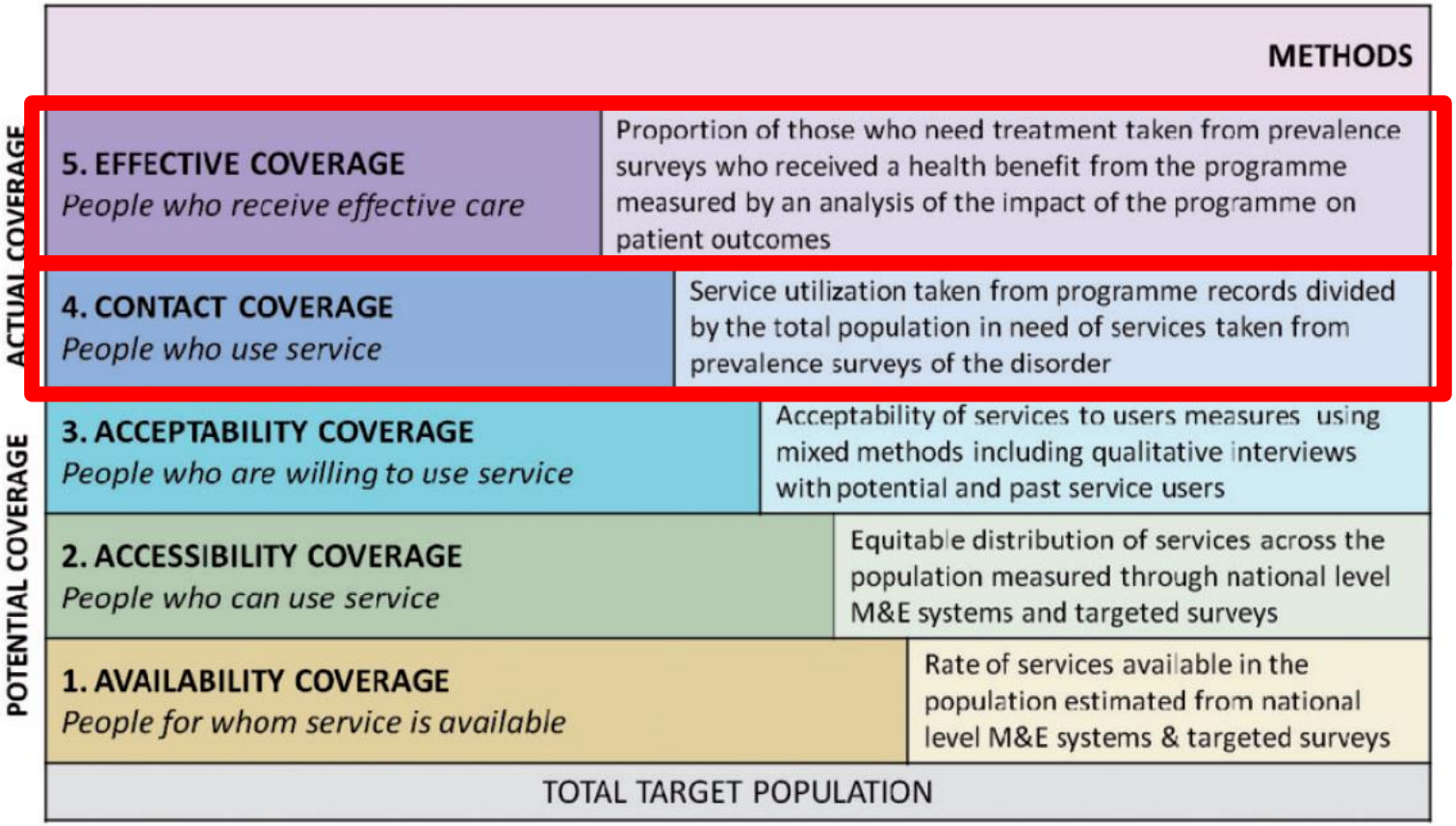


Figure 1 Levels of programme coverage. Figure adapted from Tahanashi 1978.[7] M&E, monitoring and evaluation

DESCRIVERE LA GRAVITÀ DEI PAZIENTI IN TRATTAMENTO

- Un campione di circa **15.000** pazienti di 9 DSM verrà valutato in termini di **gravità** tramite **MHCT** , utilizzata dal NHS inglese

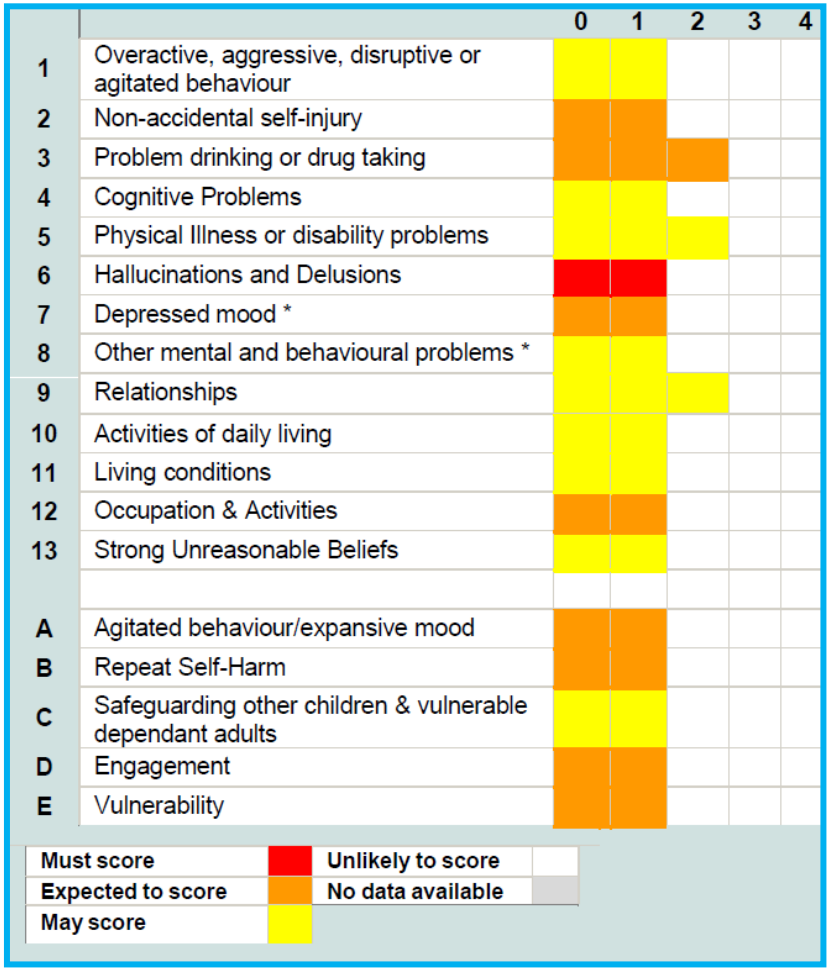
- Sono in corso **sessioni formative** di una giornata per creare o incrementare le competenze dei DSM nell'utilizzo dell'MHCT

- Compilazione dell'MHCT nei CSM per tutti gli utenti con diagnosi di disturbo mentale grave che entrano consecutivamente in contatto con i servizi nell'arco di **tre mesi**

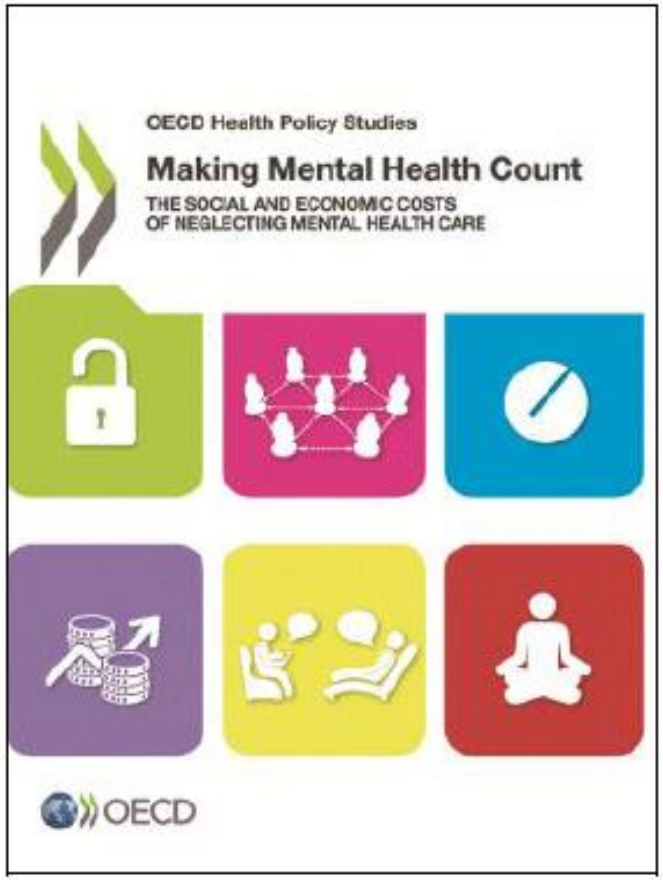
- La scala permette di costruire **cluster di pazienti** con problemi clinici e psicosociali simili

- Tali cluster saranno utilizzati per la costruzione della **tariffa** sul percorso di cura e per la valutazione dell'**appropriatezza** dei percorsi

CLUSTER 11: PSICOSI RICORRENTE

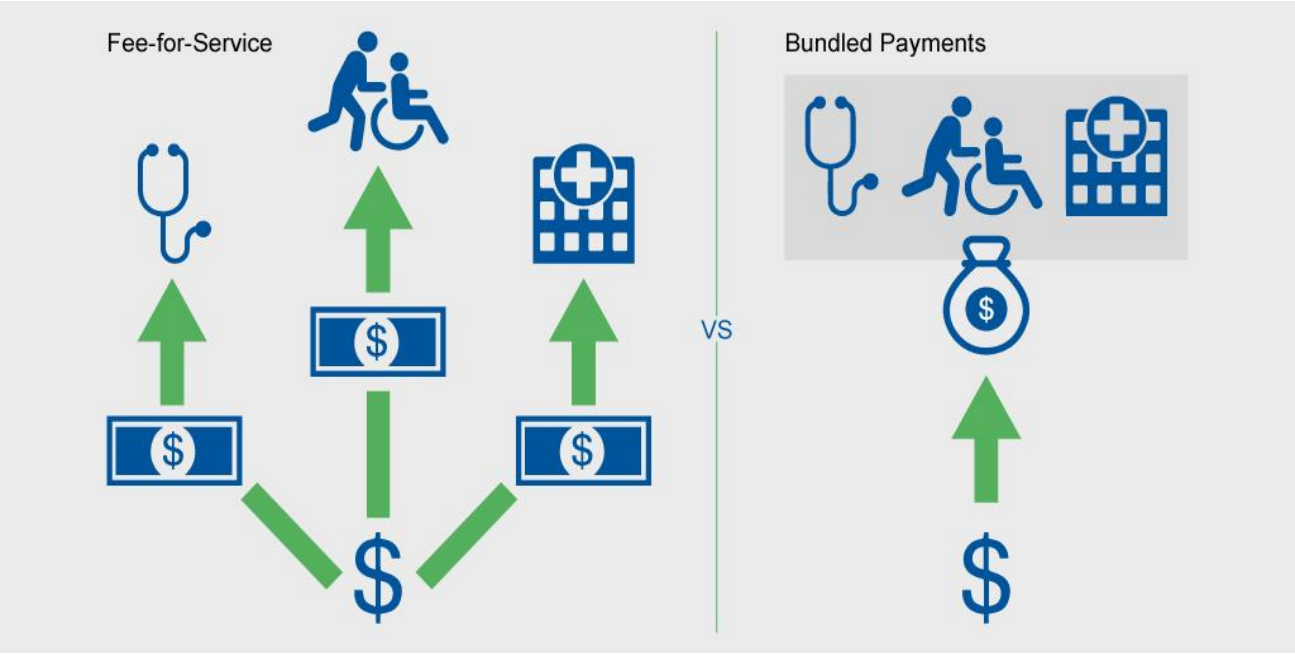


COSTRUIRE UN MODELLO DI FINANZIAMENTO PER PERCORSO DI CURA



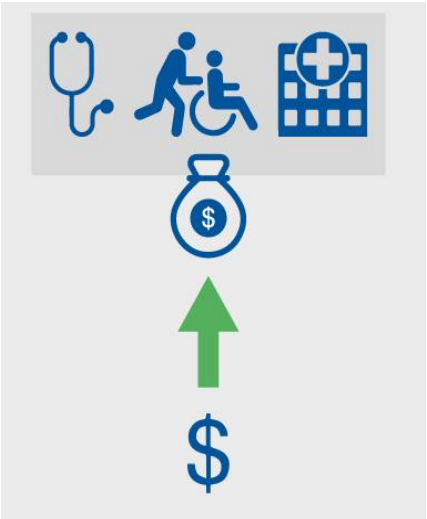
In the wake of deinstitutionalisation the challenge for mental health policy makers is to implement payment systems that are not tied to a particular setting and that encourage high-quality, efficient and integrated care. Implementing a payment system that spans care settings requires designing a classification that goes beyond diagnosis to fully account for cost differences. It also requires defining a product or unit for which payment is paid, attaching a tariff to the product, and implementing additional payment mechanisms that reduce negative incentives. Box 1 illustrates how some countries are striving to do this.

COSTRUIRE UN MODELLO DI FINANZIAMENTO PER PERCORSO DI CURA



- Consiste in un **predeterminato valore economico pagato** ad un erogatore per coprire i costi medi di tutti i servizi necessari per ottenere un **esito positivo** per paziente all'interno di un **definito episodio di cura i**n un **periodo determinato di tempo**
- É un metodo nel quale i pagamenti agli erogatori sono correlati ai **costi predeterminati che si aspettano per un gruppo *("bundle")* di trattamenti/servizi**
- È un sistema di mediazione tra il fee for service e la quota capitaria: mentre in un fee-for-service system il costo è legato al volume dei servizi offerti, nel *bunbled payment* vi è un incentivo all'uso appropriato dei medesimi con riduzione pianificata dei costi in relazione all'aumento dell'efficienza ed alla riduzione delle complicanze..

COSTRUIRE UN MODELLO DI FINANZIAMENTO PER PERCORSO DI CURA



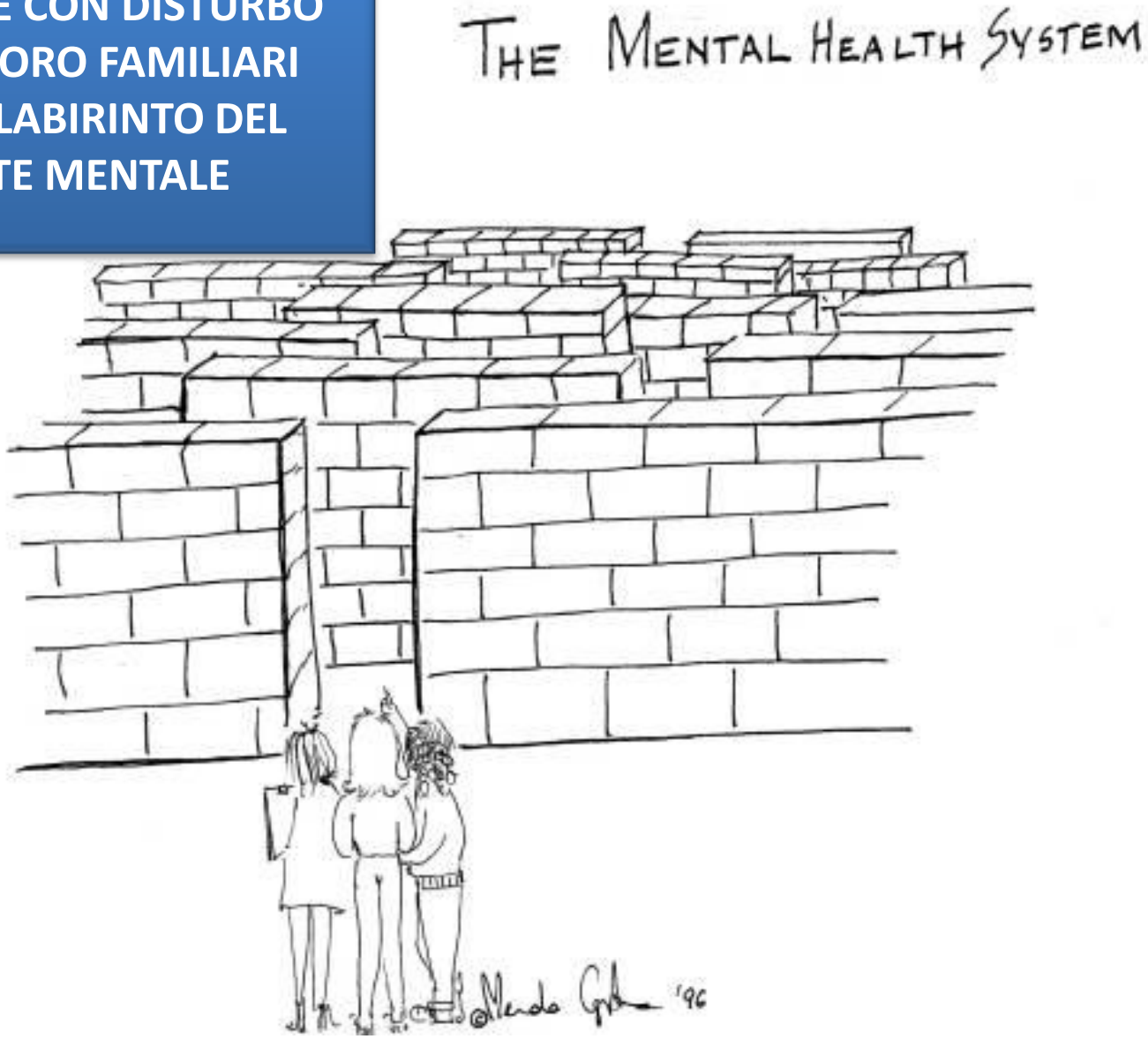
Vantaggi:

- identificare tutti i **costi associati ai servizi proponibili** all'interno del percorso assistenziale (sia le prestazioni cliniche che i servizi di supporto e amministrativi)
- identificare quante entità devono essere rimborsate,
- creare un **modello di servizio** che evita gli sprechi, minimizza le ridondanze, implementa l'appropriatezza e la comunicazione (tra providers e tra providers e paziente)
- dare maggiore **flessibilità** agli erogatori e al paziente rispetto a chi eroga i trattamenti, che cosa viene erogato e dove i servizi vengono erogati
- fornire un **incentivo finanziario** agli erogatori per ridurre il costo ed il numero di interventi contenuti nel bundle
- spostare l'asse di riferimento dal sistema monoaziendale alla **collaborazione interaziendale**
- consolidare la riforma verso sistemi integrati e l'efficacia dei modelli organizzativi di **presa in carico della cronicità**.

COSTRUIRE UN MODELLO DI FINANZIAMENTO PER PERCORSO DI CURA

- Gli attuali cambiamenti nelle caratteristiche dell'utenza dei servizi di salute mentale e la necessità di **rafforzare forme di presa in carico per percorsi dei disturbi mentali gravi** rende lo studio dei modelli di finanziamento *bundled* interessante anche nell'ambito della salute mentale

Obiettivi progetto:

  - Analizzare in modo comparativo le **esperienze di finanziamento *bundled*** già adottate in generale per finanziare i sistemi e nello specifico la salute mentale;
  - Valutare **la trasferibilità** nel contesto italiano e nella salute mentale
  - Analizzare il **mix medio di tutti i consum**i sanitari dei pazienti con disturbo mentale grave, segmentati per severità
  - Definire un **costo medio di percorso (*bundled)* per sottogruppo di pazienti omogeneo di gravità clinica e psicosociale,** che consenta di ponderare sia i costi "impliciti" del modello di presa in carico unitario sia condizioni e casi outlier per evitare fenomeni di selezione avversa della casistica o di disincentivo alla presa in carico integrata del malato

VALUTANDO LA QUALITA'
DEI PERCORSI DI CURA
AIUTIAMO LE PERSONE CON DISTURBO MENTALE GRAVE E I LORO FAMILIARI AD ORIENTARSI NEL LABIRINTO DEL SISTEMA DI SALUTE MENTALE