

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

DOTTORATO DI RICERCA Sanità Pubblica e Medicina del Lavoro

Ciclo XXV

Settore concorsuale di afferenza: 06/M1

Settore scientifico disciplinare di afferenza: MED/42

“Sviluppo e validazione di indicatori di qualità dell’assistenza nell’ambito della salute mentale in Emilia-Romagna”

“Process and outcome indicators for mental health services in Emilia Romagna Region”

Presentata da:

Dott. Stefano Mimmi

Coordinatore Dottorato

Chiar.mo Prof. N. Rizzo

Relatore

Chiar.ma Prof.ssa M.P. Fantini

Esame finale anno 2013

Sommario

Introduzione	3
Il processo di deistituzionalizzazione psichiatrica	4
I Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della regione Emilia Romagna	6
Il Centro di Salute Mentale.....	7
Il Centro di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza	7
I Servizi per le Dipendenze Patologiche.....	8
Servizi Ospedalieri	9
Residenze sanitarie psichiatriche	10
Strutture residenziali socio-sanitarie psichiatriche	11
Percorsi di accesso e cura nei servizi per la salute mentale.....	11
Istituzione del Sistema informativo nazionale per la salute mentale	13
Il registro di servizio.....	14
Il glossario degli interventi territoriali	16
Il sistema informativo nazionale per la salute mentale	17
Lo stato di avanzamento e l’affidabilità dei flussi informativi regionali.....	19
Metodi	20
Gli indicatori di qualità dell’assistenza nell’ambito della Salute Mentale.....	21
Il set di indicatori di qualità assistenziale per la salute mentale.....	23
Prevalenza, incidenza e presa in carico	24
La continuità nei trattamenti.....	25
La terapia farmacologica	28
Gli antidepressivi: consumi e prescrizione efficiente	29
L’ospedalizzazione nei pazienti psichiatrici e la degenza media	31
I trattamenti sanitari obbligatori	33
I ricoveri ripetuti entro 7 giorni	34
Risultati.....	35
Il calcolo degli indicatori di qualità dell’assistenza della regione Emilia Romagna	36
Prevalenza, incidenza e presa in carico (S1 – S2 – S3).....	38
La continuità nei trattamenti (S4 – S15 – S18)	52
La terapia farmacologica(S7 – S8 – S17).....	65

Gli antidepressivi: consumi (S5 – S6) e prescrizione efficiente (S9 – S10)	68
L'ospedalizzazione nei pazienti psichiatrici e la degenza media (S13 – S14)	81
I trattamenti sanitari obbligatori (S11 – S12)	95
I ricoveri ripetuti entro 7 giorni	98
Considerazioni conclusive	100
Prevalenza, incidenza e presa in carico	101
La continuità nei trattamenti.....	102
La terapia farmacologica	103
Gli antidepressivi: consumi e prescrizione efficiente.....	103
L'ospedalizzazione nei pazienti psichiatrici e la degenza media	104
I trattamenti sanitari obbligatori.....	105
I ricoveri ripetuti entro 7 giorni	106
Bibliografia.....	107

Introduzione

Il processo di deistituzionalizzazione psichiatrica

Negli ultimi trent'anni l'assistenza psichiatrica in Italia ha subito un profondo cambiamento a seguito della *legge 180 del 1978*, nota come legge Basaglia, che ha sancito il passaggio della psichiatria da disciplina speciale a settore dell'assistenza sanitaria radicata nel territorio, riconsegnandole una valenza terapeutica e riabilitativa. In particolare, essa ha decretato una rottura con la vecchia strategia di intervento basata sull'assunto di pericolosità della persona affetta da disturbi mentali. La nuova normativa, recepita dalla legge 833/78 che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale, ha previsto, tra l'altro, l'abolizione degli ospedali psichiatrici e l'istituzione di servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) quali unità specialistiche dotate di un numero limitato di posti letto per il trattamento di persone con disturbi psichiatrici in fase acuta, all'interno di ogni ospedale generale.

Nel 1994, il *Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della Salute Mentale 1994-1996"* ha avviato una fondamentale riorganizzazione dei servizi per l'assistenza psichiatrica, indicando come priorità l'istituzione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) in tutte le aziende sanitarie locali. A seguire, il *Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della Salute Mentale 1998-2000"* ha meglio definito la "missione" del DSM, quale organo di coordinamento per garantire l'unitarietà e l'integrazione dei servizi psichiatrici di uno stesso territorio, e la connessione con i servizi di medicina generale, guardia medica, consultorio, servizi sociali, servizi di neuropsichiatria infantile e i servizi per le dipendenze patologiche, nonché la collaborazione con associazioni di familiari e volontariato.

Il DSM si occupa di prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, con particolare riferimento a gruppi di popolazione a rischio, e di prevenzione terziaria, mirata quindi alla riduzione delle conseguenze disabilitanti attraverso la ricostruzione del tessuto relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali. Il Progetto ha previsto che i Dipartimenti dessero priorità agli interventi di cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi, con alto rischio di cronicità, emarginazione sociale e suicidio. Gli interventi devono inoltre essere volti al coinvolgimento volontario delle famiglie nella formulazione e nell'attuazione del piano terapeutico-riabilitativo, al sostegno alla nascita di gruppi di auto-aiuto di familiari e pazienti e di cooperative sociali, e all'organizzazione di iniziative di informazione rivolte alla popolazione generale, con lo scopo di

ridurre lo stigma associato ai disturbi mentali e promuovere atteggiamenti di maggiore solidarietà.

Ciò nonostante, l'implementazione dei DSM nelle loro varie articolazioni assistenziali è avvenuta con velocità diverse nelle regioni italiane, dando luogo ad una notevole eterogeneità nella struttura dell'offerta. Di conseguenza, la risposta data ai bisogni assistenziali è in parte legata alle modalità organizzative dei DSM.

I Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della regione Emilia Romagna

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) nella regione Emilia Romagna è l'unico sistema di servizi nella realtà nazionale che integra le aree di Salute Mentale Adulti (SMA), Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) e Dipendenze Patologiche (DP), così come definito dalle linee guida regionali per la redazione di atto aziendale (delibere 86/2006 e 2011/2007). L'approccio è globale e riguarda aspetti di prevenzione, cura, riabilitazione e continuità di cure nel campo della salute mentale e delle dipendenze patologiche da sostanze psicoattive.

I Distretti Sanitari e il Dipartimento condividono la responsabilità della definizione degli obiettivi, delle strategie e delle azioni concrete volte alla tutela della salute mentale di quel determinato territorio. I Distretti, inoltre, sono garanti dell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria necessaria al perseguimento degli obiettivi sia assistenziali che di salute mentale.

I punti di accesso alla rete dei servizi sono il Centro di Salute Mentale (CSM) per l'assistenza alle persone maggiorenti, il Centro di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza CNPIA dedicato ai minori e i Servizi per le Dipendenze Patologiche (SerT) presenti in ogni distretto sanitario del territorio regionale. Inoltre, il DSM-DP comprende i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) per il ricovero ospedaliero e si avvale della collaborazione di enti del privato imprenditoriale che gestiscono strutture residenziali e semiresidenziali. Con il Coordinamento regionale degli Enti ausiliari, la Regione ha stipulato un accordo contenente previsioni di ordine economico e normativo.

Il Centro di Salute Mentale

Il *Centro di Salute Mentale (CSM)* è il cuore dell'attività territoriale per la salute mentale adulti; esso è la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede di coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale.

Il CSM definisce e attua programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari, di "rete", ed eventualmente anche residenziali, nella strategia della comunità terapeutica.

Il CSM svolge attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici, attività formativa e attività di consulenza specialistica ai servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze, ecc.), alle strutture residenziali per anziani e per disabili. Esso inoltre attua attività di filtro per i ricoveri ospedalieri e di controllo della degenza nelle case di cura private, al fine di assicurare la continuità terapeutica.

Il CSM, di norma, è attivo per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana.

Il Centro di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Il *Centro di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* si occupa delle problematiche inerenti agli aspetti psicologici o di disagio psichico nell'infanzia e nell'adolescenza. In queste strutture, le famiglie possono incontrare specialisti per consulenze, per la diagnosi e la cura di disturbi dell'apprendimento, del linguaggio, dell'alimentazione, della sfera affettiva ed emozionale dei bambini. Si occupa inoltre dei bambini con disabilità, per i quali assicurano piani personalizzati di cura e di riabilitazione psichica e motoria. All'interno del CNPIA opera una équipe multidisciplinare, composta da professionisti con differenti competenze (medico, psicologo, fisioterapista, logopedista, educatore, tecnico della riabilitazione psichiatrica) per garantire una presa in carico globale ed unitaria che valorizzi la centralità della persona.

Il CNPIA eroga direttamente prestazioni sanitarie diagnostiche, terapeutiche e abilitative-riabilitative, secondo progetti terapeutici personalizzati, anche in collaborazione con altre strutture ed interagisce con le altre strutture della rete aziendale, in particolare con le altre Unità

Operative delle diverse discipline, in ambito distrettuale, dipartimentale e interdipartimentale, secondo percorsi clinico-assistenziali approvati dalla direzione aziendale. Inoltre collabora con la rete dell'assistenza pediatrica (ospedaliera, di comunità, di libera scelta) e dei medici di medicina generale per la predisposizione di percorsi clinico-riabilitativi e assistenziali integrati ospedale-territorio e con varie strutture extra-aziendali, come Enti Locali, Istituzioni (Istituti scolastici, Tribunale Generale e Minorile) e Associazioni, sulla base di protocolli d'intesa e accordi di programma. Infine svolge attività di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria), di promozione della salute mentale (interventi educativi e formativi su gruppi, parent training, teacher training), e di contrasto allo stigma. Il CNPIA è aperto per almeno 40 ore settimanali distribuite su 5 o 6 giorni.

I Servizi per le Dipendenze Patologiche

Il *Servizio per le Dipendenze patologiche* (SerT) svolge attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi da uso/abuso e dipendenza da sostanze psicoattive, legali e/o illegali, e dei disturbi da dipendenza dal gioco d'azzardo. All'interno del SerT opera un'équipe multidisciplinare, composta da professionisti con differenti competenze (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri professionali, assistenti sanitari) per garantire una presa in carico globale ed unitaria che valorizzi la centralità della persona.

Il percorso di osservazione e diagnosi, attuato nella fase iniziale, è finalizzato a proporre trattamenti terapeutico riabilitativi individualizzati, integrati e flessibili.

Il SerT si occupa di tutte le problematiche correlate al trattamento delle dipendenze patologiche, attraverso strategie multidisciplinari di recupero e assistenza, sia dal punto di vista sanitario, sia da quello educativo, sociale e psicologico, mettendo in atto interventi di tutela della salute e di reinserimento nel tessuto sociale. Particolare attenzione è rivolta alla prevenzione delle malattie infettive, alle patologie croniche correlate all'abuso di sostanze, alla qualità della vita e all'integrazione sociale della persona.

Inoltre l'attività dei SerT sul territorio prevede interventi di prossimità, realizzati anche con il supporto di operatori di strada e unità mobili, in collaborazione con gli Enti Locali, il privato sociale e le associazioni. Le funzioni di prossimità possono comprendere interventi di prevenzione e promozione della salute dei giovani, nelle scuole e nei luoghi di ritrovo (concerti, rave, etc.) e

servizi di riduzione del danno per i soggetti dipendenti da sostanze a rischio di marginalità sociale che non si rivolgono direttamente al servizio. In questo caso le prestazioni possono prevedere somministrazione di farmaci, distribuzione di materiale sanitario e informativo, pasti caldi e servizi per l'igiene personale (nei centri a bassa soglia).

Infine, il SerT si occupa anche delle problematiche correlate alle dipendenze da gioco d'azzardo attraverso strategie multidisciplinari di recupero e assistenza dal punto di vista educativo, sociale e psicologico, mettendo in atto degli specifici percorsi di trattamento.

Servizi Ospedalieri

I servizi ospedalieri psichiatrici, suddivisi nei diversi contesti operativi, a disposizione del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche sono articolati in Day Hospital, SPDC e SPOI.

Il Day Hospital, struttura ospedaliera o esterna all'ospedale, ha l'obiettivo di fornire assistenza semiresidenziale, prestazioni diagnostiche terapeutiche e riabilitative a breve termine. Eroga interventi intensivi e specialistici in fase di scompenso psichico acuto e sub-acuto, con l'obiettivo di ridurre la durata del ricovero e/o garantire l'effettuazione coordinata di accertamenti diagnostici, nonché di avviare e monitorare interventi farmacologici e psicoterapeutici-riabilitativi. L'attività del Day Hospital è funzionalmente integrata con quella ambulatoriale del Servizio Psichiatrico Territoriale. Il trattamento in Day Hospital è finalizzato al superamento del disagio personale ed al riadattamento sociale, attraverso un progetto individuale, a breve termine, condiviso con l'utente e la sua famiglia.

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) sono reparti ospedalieri delle strutture pubbliche per la diagnosi e il trattamento dei disturbi di competenza psichiatrica, in stretto rapporto e in continuità terapeutica con le altre strutture del Dipartimento di Salute Mentale.

Presso le strutture opera personale di assistenza qualificato ed organizzato in modo da assicurare la continuità assistenziale e terapeutica nell'arco delle 24 ore. Il ricovero avviene di norma su base volontaria. Può essere richiesto il ricovero in regime di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) come provvedimento eccezionale e di breve durata, per esigenze terapeutiche urgenti non affrontabili in alcun altro modo. In particolare il TSO è autorizzato, attraverso la convalida, a tutela

dei diritti della persona, da parte di due medici ed del Sindaco, solo se esistono le seguenti tre condizioni: alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici; rifiuto da parte del paziente di accettare volontariamente le cure; mancanza di condizioni che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere. Le attività di reparto prevedono visita medica regolare, colloqui personali con l'utente ricoverato, impostazione della terapia farmacologica, oltre che momenti di incontro, di scambio di informazioni e discussione dei casi clinici.

I Servizi Psichiatrici Ospedalieri Intensivi (SPOI) sono reparti ospedalieri delle strutture private accreditate che svolgono la medesima funzione dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura ma esclusivamente per i ricoveri volontari.

Residenze sanitarie psichiatriche

Le *residenze sanitarie psichiatriche* sono qualificate in relazione all'intensità e alla durata dell'intervento secondo le seguenti tipologie: residenze a trattamento intensivo (RTI); residenze a trattamento protratto (RTP); residenze a trattamento socio riabilitativo (RSR). Le strutture residenziali psichiatriche accolgono gli utenti che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi prolungati in una situazione residenziale parafamiliare, con lo scopo di offrire loro una rete di rapporti e di opportunità emancipative.

Le *RTI* sono strutture con assistenza sanitaria sulle 24 ore, con degenza massima di 30 giorni prorogabili fino a 60. Si propongono per la cura di utenti con quadri acuti e sub-acuti, con interventi sulla crisi, interventi di tipo terapeutico riabilitativo e interventi integrati con i CSM. Esistono trattamenti intensivi specialistici tra cui il trattamento della doppia diagnosi, dei disturbi legati all'abuso di alcool e dei disturbi del comportamento alimentare.

Le *RTP* sono strutture con assistenza sanitaria sulle 12 ore, con degenza massima di 6 mesi prorogabili fino ad un anno, con funzioni riabilitative, socializzanti, rivolte a soggetti con disabilità elevata e con quadri clinici complessi.

Le *RSR* sono strutture con assistenza sanitaria di almeno 6 ore al giorno, con degenza massima di un anno, prorogabile ad un massimo di tre. Sono rivolte a persone con disturbo mentale grave e

con disabilità ambientale e mentale elevata e si propongono l'obiettivo delle dimissioni assistite e protette in ambito familiare, territoriale e socioassistenziale.

Strutture residenziali socio-sanitarie psichiatriche

Le strutture socio-sanitarie comprendono le Comunità Alloggio e i Gruppi Appartamento gestiti dal CSM.

Le Comunità Alloggio e i Gruppi Appartamento sono strutture di tipo residenziale rivolte ad utenti psichiatrici che, pur non avendo bisogno di un'assistenza specialistica continuativa, non possono più vivere soli nelle loro case, per motivi diversi. Lo scopo è garantire il più possibile l'autonomia delle persone e la loro privacy garantendo al contempo uno spazio di vita protetto. Le due tipologie di strutture si differenziano in base al numero di posti a disposizione: gli appartamenti possono avere a disposizione al più 6 posti, mentre le comunità alloggio non possono avere a disposizione un numero inferiore a 7 posti.

Percorsi di accesso e cura nei servizi per la salute mentale

Conseguentemente al loro mandato istituzionale, i servizi di salute mentale forniscono prioritariamente assistenza per i disturbi mentali gravi (psicosi, depressioni gravi e disturbi bipolari) tramite una rete di strutture diffusa capillarmente sul territorio. I disturbi mentali lievi-moderati (depressioni lievi-moderate, ansia) sono sempre più frequentemente trattati dal medico di medicina generale che attiva, se necessario, forme di gestione del paziente condivise con il dipartimento di Salute Mentale. Ciò nonostante, gran parte di persone affette da disturbi psichiatrici non entrano in contatto con i servizi del Servizio Sanitario Nazionale e restano non trattate, oppure trattate esclusivamente da specialisti privati.

L'accesso ai servizi per la cura della salute mentale può avvenire in due modi :attraverso un accesso diretto, rivolgendosi direttamente ai Centri di Salute Mentale (CSM);attraverso un invio da parte del proprio medico di medicina generale o da parte del Pronto Soccorso, dopo una visita valutativa.

Il paziente che viene in contatto con il Centro di Salute Mentale deve essere sottoposto entro un periodo congruo (7 giorni se l'accesso è in urgenza oppure entro 21 giorni se l'accesso è programmato) ad una visita specialistica e ad una valutazione multidimensionale (psico-sociale). Se il soggetto necessita il proseguimento del trattamento, si identifica un medico di riferimento per il paziente che, dopo aver condiviso con gli altri operatori coinvolti ed il paziente stesso un programma terapeutico personalizzato, lo guiderà nel suo percorso di cura.

Per pazienti con disturbi psichiatrici rilevanti con previsione di trattamento di breve-medio termine, oltre alle visite ambulatoriali/domiciliari, se necessario, potranno essere attivati trattamenti presso strutture residenziali o semiresidenziali sanitarie, al fine di attuare un programma terapeutico di tipo intensivo, nonché un percorso socio-riabilitativo.

Diversamente, se il paziente è affetto da un disturbo mentale cronico e non ha la capacità di autogestirsi, è possibile l'inserimento in strutture residenziali socio-sanitarie, quali Comunità Alloggio o Gruppi Appartamento, e l'inserimento lavorativo; questi percorsi hanno l'obiettivo di riabilitare e mettere in autonomia sociale, lavorativa e abitativa la persona affetta da un disturbo mentale. Quest'ultima fase necessita dell'intervento di soggetti non istituzionali e della collaborazione pubblico/privato.

Il ricovero in strutture ospedaliere di persone con disturbi mentali deve essere limitato agli episodi gravi in fase di acuzie e alla remissione dei sintomi; il trattamento di mantenimento è demandato poi ai servizi territoriali. A seguito di una degenza nei reparti psichiatrici ospedalieri è necessario tracciare percorsi assistenziali integrati, che permettano la presa in cura del soggetto da parte del suo territorio e la modulazione di trattamenti riabilitativi e terapeutici personalizzati.

Nei casi in cui vi sia la necessità di cure urgenti che però il paziente rifiuta, esiste la possibilità di richiedere un trattamento sanitario obbligatorio, effettuato presso il servizio psichiatrico di diagnosi e cura, che prevede la convalida da parte di due medici ed del Sindaco, a tutela dei diritti della persona.

Particolare attenzione è data alla salute mentale dell'età evolutiva e dell'adolescenza che, pur presentando bisogni e complessità organizzativa dei servizi, mostra importanti punti di contatto

con l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale. Circa la metà dei disturbi mentali ha origine nell'adolescenza, ragion per cui le organizzazioni che si occupano dei giovani devono essere preparate a riconoscere precocemente i sintomi e reagire tempestivamente. Le evidenze cliniche, inoltre, suggeriscono la necessità di dare ai singoli disturbi risposte differenziate e specialistiche secondo un'ottica unitaria.

Infine, visto il continuo invecchiamento della popolazione ed il conseguente crescere della prevalenza dei disturbi mentali connessi all'età geriatrica (demenze senili, depressioni), nei servizi di salute mentale è in atto una riprogrammazione dei sistemi di cura e di assistenza di queste particolari condizioni.

Istituzione del Sistema informativo nazionale per la salute mentale

Nel ventennio trascorso tra la legge di riforma psichiatrica (Legge 180/1978) e l'approvazione del Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000, la necessità di monitorare il processo dell'assistenza psichiatrica e la diffusione in Italia della cultura epidemiologica hanno favorito la crescita di sistemi informativi sia a livello aziendale che regionale. L'attivazione di sistemi informativi in alcune regioni ha permesso, attraverso il monitoraggio temporale di indicatori, di seguire l'implementazione delle politiche di riforma. Queste esperienze regionali e locali, pur favorendo il calcolo di misure epidemiologiche, sono troppo diversificate per garantire la circolazione di stabili flussi informativi su tutto il territorio nazionale.

Le ragioni di questo ritardo dei servizi psichiatrici nell'implementazione e nell'utilizzazione di sistemi informativi sono molteplici e vanno ricercate in:

- *carezza di investimenti da parte delle Aziende Sanitarie* per l'informatizzazione dei servizi psichiatrici e più in generale nel campo dell'*Information Technology*. In questi anni la priorità è stata data allo sviluppo del sistema informativo ospedaliero, mentre i servizi psichiatrici sono stati lasciati da parte;
- *assenza di un modello chiaro di sistema informativo nazionale per la salute mentale*. Un sistema informativo incentrato sul paziente è stato implementato solo in alcune Regioni, mentre nella maggioranza di esse o non è attivo alcun sistema informativo oppure si assiste ad un proliferare di

sistemi, estremamente differenziati sul piano dei contenuti e dei prodotti e limitati da una scarsa comparabilità dei risultati;

- *complessità organizzativa dei servizi psichiatrici* sia dal punto di vista strutturale (le strutture sono dislocate sul territorio) che gestionale (necessità di integrazioni tra i programmi e i trattamenti erogati dalle singole strutture);

- *assenza tra gli operatori di una cultura relativa alle informazioni e al loro utilizzo*. Troppo spesso il sistema informativo è visto solo come un oneroso compito burocratico e viene ritenuto del tutto privo di utilità per il servizio. Questo inevitabilmente ha conseguenze sulla qualità dei dati raccolti e la loro utilizzazione.

Nonostante queste difficoltà, negli ultimi anni si assiste ad un sempre maggiore sviluppo dei sistemi informativi nei DSM italiani. Un'accelerazione decisiva a questo sviluppo è stata data dal processo di aziendalizzazione, portato avanti dai D.Lgs. 502 del 1992 e 517 del 1993 e successive modificazioni. L'attribuzione delle risorse per mezzo del meccanismo di budget e del processo di negoziazione impongono che il Dipartimento di Salute Mentale sia in grado di documentare, attraverso i propri sistemi informativi, un livello di attività compatibile con le risorse impiegate e con le prospettive di sviluppo.

Dal punto di vista tecnologico, l'accelerazione del processo di informatizzazione delle Aziende Sanitarie, la riduzione dei costi dei sistemi informatici (sia software che hardware) e le nuove possibilità offerte dal collegamento in rete permettono di considerare sotto nuova luce i problemi della informatizzazione, e di conseguenza il rapporto costo-benefici legato all'attivazione di un sistema informativo.

Il registro di servizio

L'esperienza maturata in questi anni in diverse aree e regioni italiane, un esempio è il distretto sanitario di Verona Sud, ha permesso di identificare nel registro di servizio il modello ottimale di sistema informativo, che sia al tempo stesso sostenibile in termini di risorse spese dal servizio e in grado di fornire dati sia di natura epidemiologica che gestionale. Il registro di servizio nasce dall'esperienza dei registri dei casi. Nel registro dei casi vengono inclusi i contatti di una popolazione geograficamente delimitata (utenti residenti) con i servizi psichiatrici pubblici e

privati, fuori e dentro l'area di registro; il paziente, identificato per motivi di privacy da un numero di codice, è conteggiato una sola volta; i registri permettono di studiare la domanda psichiatrica espressa attraverso il numero di persone che entrano in contatto con i servizi. Anche il registro di servizio è un sistema cumulativo, ma si differenzia dal registro dei casi in quanto prende in esame solo i contatti con le strutture del DSM o con la singola struttura privata accreditata, permettendo di produrre statistiche descrittive sia del funzionamento delle singole strutture, che del DSM; è quindi meno oneroso in termini di risorse spese e, nelle zone dove non sono presenti strutture private o dove queste per ragioni organizzative facciano riferimento al DSM, "di fatto" diventa un registro dei casi. Nel caso di strutture private accreditate, che non facciano riferimento al DSM, il registro di servizio rileva l'attività della singola struttura. A livello regionale, dove afferiscono i dati relativi ai contatti con tutti i DSM e le strutture private accreditate, viene "di fatto" attivato un registro regionale dei casi.

Dal punto di vista dei dati raccolti, un registro di servizio è formato da due parti: nella prima è raccolto un numero limitato di dati socio-demografici e clinici relativi al paziente (diagnosi e precedenti contatti psichiatrici), mentre nella seconda sono rilevati i contatti avuti da questi con le strutture del DSM o del privato accreditato. I contatti sono classificati in tre tipologie: 1) interventi territoriali, 2) presenze semiresidenziali (entrambi definiti temporalmente dal giorno di contatto), 3) giornate di ricovero in strutture ospedaliere e residenziali (definiti temporalmente dall'intervallo tra la giornata di ammissione e quella di dimissione).

Attraverso la costruzione e l'attivazione di un registro è possibile calcolare tassi di prevalenza ed incidenza, definire dei *pattern* di utilizzo dei servizi, disporre di una base di dati utilizzabile per ricerche di carattere quantitativo e qualitativo (ad esempio valutazione di gravità e di esito), per valutazioni sulla misura dei cambiamenti nella *policy* e nell'utilizzo del servizio e per confronti tra servizi. Infine, attraverso i registri è possibile condurre studi, che richiedano il record *linkage* con altre banche dati di natura sanitaria e non, per valutare, ad esempio, le modalità di prescrizione dei farmaci e la compliance dei pazienti, i costi dei trattamenti e il diverso utilizzo delle risorse da parte dei cittadini.

Anche se il set di dati epidemiologici raccolti dai registri è limitato e non include, al di là della diagnosi, variabili relative alla gravità del quadro clinico e psicosociale, non è da sottovalutare la

possibilità di rilevare in modo continuativo indicatori di processo relativi, ad esempio, ai pazienti “persi di vista” o alle caratteristiche epidemiologiche di pazienti a cui siano erogate specifiche modalità di trattamento (riabilitazione, interventi domiciliari, psicoterapia, residenzialità, ecc.).

Il Sistema Informativo Nazionale per la Salute Mentale Nazionale viene concepito ispirandosi alla struttura dei registri di patologia.

Il glossario degli interventi territoriali

Uno dei primi passi per la costruzione di un sistema informativo è quello di utilizzare definizioni comuni e condivise delle tipologie di intervento, attraverso una modulistica unica, che indichi quali prestazioni rilevare e come rilevarle, al fine di ottenere una raccolta dei dati accurata e comparabile tra i diversi servizi.

Fino al 1998, in Italia l'unico documento nazionale a definire in modo univoco le varie tipologie di intervento è stato il nomenclatore nazionale delle attività (D.M. del 22/7/96 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Sistema sanitario nazionale e relative tariffe"), ma è risultato inadatto al finanziamento dei servizi e del tutto insufficiente a rispondere ai loro bisogni informativi. All'interno del nomenclatore nazionale sono infatti rilevate, in un'ottica “ambulatoriale”, solo le visite psichiatriche e psicologiche, l'attività di somministrazione di strumenti di valutazione e le psicoterapie individuali, familiari e di gruppo, ma non è possibile rilevare, e di conseguenza valorizzare anche dal punto di vista economico, alcune tra le attività indirette più significative dei servizi di salute mentale, ad esempio le attività di coordinamento.

Il Progetto Obiettivo “Tutela della Salute Mentale 1998-2000” individua la necessità di “fornire dati sulle prestazioni effettuate, adottando una classificazione e un glossario standardizzati”. Il Glossario degli interventi territoriali non solo supera i limiti del nomenclatore, ma può rappresentare a tutti gli effetti un linguaggio comune per la psichiatria italiana. Anche se è auspicabile che a livello di tutti i DSM venga adottato il un glossario, esso deve comunque essere utilizzato come “vocabolario” per la “transcodifica” delle prestazioni dai DSM alla Regione e dalla Regione al Ministero.

Il sistema informativo nazionale per la salute mentale

Il sistema informativo nazionale per la salute mentale, istituito con il D.M. 15 ottobre 2010, nel rispetto della privacy dei cittadini-utenti, è stato concepito per costituire una base dati integrata, incentrata sul paziente, dalla quale rilevare informazioni sia a livello di azienda sanitaria che di regione o provincia autonoma. Tutto ciò ritenendo che l'organizzazione della raccolta dei dati individuali, generati nelle varie fasi del rapporto del cittadino con il SSN, permetta una valutazione di efficacia, efficienza ed appropriatezza delle organizzazioni sanitarie e dei trattamenti dalle stesse attivati, in risposta ai bisogni di salute.

Il sistema mira alla piena condivisione delle informazioni tra aziende sanitarie, regioni o province autonome e amministrazioni centrali, basandosi su tracciati record di scambio, consentendo così la cooperazione ed integrazione dei diversi sistemi informativi localmente in uso che rimangono pertanto gestiti in piena autonomia dalle singole amministrazioni regionali.

Le funzioni principali del sistema informativo nazionale per la salute mentale possono essere sintetizzate come segue:

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni, e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;
- supporto alle attività gestionali del DSM, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle Risorse;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale;
- supporto ai sistemi di finanziamento;
- supporto alla ricerca e al Miglioramento Continuo di Qualità.

Il debito informativo nei confronti del Sistema Informativo Nazionale per la Salute Mentale si applica anche alle cliniche universitarie ed alle strutture private accreditate.

La responsabilità della rilevazione è affidata al sistema informativo dipartimentale che opera presso la direzione del DSM. Al sistema informativo dipartimentale afferiscono le informazioni raccolte da tutte le componenti organizzative del DSM, in relazione alle caratteristiche del territorio di riferimento.

Per conoscere le attività dei DSM si è scelta la forma del tracciato record di scambio, in modo da garantire la flessibilità e l'adattabilità del sistema informativo ai mutamenti ed alle evoluzioni strategiche del SSN. I tracciati record di scambio sono articolati in base ai seguenti tre assi informativi: Strutture, Personale, Attività.

Le strutture rilevate sono:

- le strutture del DSM;
- le cliniche psichiatriche universitarie;
- le strutture private accreditate a direzione tecnica del DSM;
- le strutture convenzionate appartenenti al privato e al privato sociale, site nel territorio di competenza del DSM, non a direzione tecnica DSM.

Il personale rilevato è:

- il personale di ruolo del DSM;
- il personale convenzionato, operante nelle strutture del DSM e/o in quelle private a direzione tecnica del DSM.

Le attività rilevate sono riferite agli interventi terapeutico-riabilitativi e socioassistenziali rivolti al paziente, alla sua famiglia o al suo contesto di vita.

ai rapporti tra DSM, strutture private accreditate e Azienda Sanitaria ed altri Enti, alla prevenzione e all'educazione sanitaria, alla formazione ed alla ricerca.

Il flusso informativo prevede che tutti i record generati da ogni singolo DSM vengano inviati alla propria regione. La regione costituisce e gestisce i database generati, trasmettendo alle amministrazioni centrali la reportistica concordata.

Per una corretta gestione del sistema e per garantire omogeneità di rilevazione e di linguaggio, sono stati predisposti due glossari:

1. Il primo contiene una descrizione puntuale di ogni singolo item contenuto in ciascuno dei tre assi informativi.
2. Il secondo è un glossario delle attività svolte nei dipartimenti di salute mentale, con una descrizione puntuale di ciascun tipo di intervento registrato nell'Archivio Attività Territoriale.

Lo stato di avanzamento e l'affidabilità dei flussi informativi regionali

Dopo la riforma psichiatrica, in assenza di indicazioni a livello centrale, le regioni hanno sviluppato i sistemi informativi per la salute mentale in modo autonomo. Questo ha portato ad una situazione nazionale a "macchia di leopardo". Ad oggi, alcune regioni hanno sistemi informativi ormai consolidati, altre hanno sistemi informativi in fase di consolidamento, mentre in altre realtà regionali il sistema informativo è ancora in fase di realizzazione.

Di fatto, in Italia, i sistemi informativi regionali per la Salute Mentale sono attualmente utilizzati per il monitoraggio e la valorizzazione delle prestazioni erogate, per la programmazione dei servizi e per la valutazione epidemiologica. Meno frequentemente questi sistemi sono utilizzati in progetti finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza, fatta eccezione per alcune esperienze attualmente in corso in alcune regioni italiane.

E' tuttavia opportuno sottolineare che i sistemi informativi regionali per la Salute Mentale possono fornire informazioni di processo utili al governo clinico, ma non consentono di valutare l'efficacia e l'appropriatezza dei trattamenti e degli interventi psicosociali, in quanto non contengono informazioni sulla severità della psicopatologia, sul funzionamento psicosociale e sulla rete di supporto sociale. In altre parole non sono sistemi informativi clinicamente orientati.

Metodi

Gli indicatori di qualità dell'assistenza nell'ambito della Salute Mentale

Nonostante siano passati diversi anni dall'approvazione della nota Legge 180 e dalla definizione del Progetto Obiettivo Nazionale sulla Tutela della Salute Mentale 1998-2000, con le quali è stato messo in atto un radicale cambiamento dell'assistenza psichiatrica in Italia, le informazioni a livello nazionale relative alle strutture di ricovero e territoriali, ai pazienti ivi assistiti, a progetti di riabilitazione e reinserimento lavorativo, derivano esclusivamente dagli studi ad hoc PROGRES, PROGRES-Acuti e PROG-CSM [1-18].

Il PROGRES (PROGettoRESidenze) è stato promosso dall'Istituto Superiore di Sanità nell'anno 2000, con l'obiettivo di studiare tutte le strutture residenziali presenti sul territorio nazionale. Si tratta dello studio più ampio di questo tipo mai realizzato a livello internazionale. La prima fase di questo studio ha riguardato il censimento delle strutture italiane. Nella seconda fase è stato utilizzato un set di strumenti standardizzati per approfondire e indagare su un campione casuale delle strutture residenziali ed i pazienti in esse ospitati. Per ogni struttura residenziale sono stati valutati gli aspetti strutturali, gestionali e assistenziali, nonché i costi diretti.

Il PROGRES-Acuti (Progetto RESidenze per pazienti Acuti), indagine nazionale finanziata dal Ministero della Salute nel 2003, ha avuto come obiettivo quello di ottenere informazioni su tutte le strutture di ricovero per persone con disturbo psichico in acuto presenti sul territorio nazionale, pubbliche e private, e di chiarire le relazioni tra il funzionamento di tali strutture e i Dipartimenti di Salute Mentale. Ha inoltre effettuato un censimento in una giornata prestabilita di tutti i pazienti presenti nelle strutture. Nella seconda fase è stato utilizzato un set di strumenti standardizzati per approfondire e indagare sulle caratteristiche di campione casuale di pazienti ammessi, dimessi e lungodegenti e sui trattamenti erogati.

Infine, il PROG-CSM (Progetto Centri di Salute Mentale) ha esaminato tutti i Centri di Salute Mentale italiani con lo scopo di valutare il grado di aderenza dei Centri agli standard definiti dal Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale attraverso lo sviluppo di indicatori (Munizza et al., 2011) per misurare la continuità delle cure, il coordinamento con altri servizi territoriali ad di fuori

del DSM, l'accessibilità e l'implementazione di programmi specifici destinati a particolari tipologie di pazienti o bisogni assistenziali.

Diversamente da altri paesi, come ad esempio l'Australia, dove è stata costituita la Australian Mental Health Outcomes and Classification Network per la rilevazione degli esiti nell'ambito della salute mentale, in Italia non è mai stato avviato a livello nazionale un processo di valutazione dei processi e della qualità dell'assistenza[1].

Come detto in precedenza, in Italia i sistemi informativi per la Salute Mentale sono attualmente utilizzati, in ambito aziendale, per il monitoraggio e la valorizzazione delle prestazioni erogate e, in ambito regionale, per la programmazione dei servizi e la valutazione epidemiologica. Meno frequentemente questi sistemi sono utilizzati in progetti finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza. Ad oggi sono tuttavia in corso alcune esperienze isolate che prevedono la messa a punto di indicatori per la Salute Mentale, come il progetto "La Qualità della Cura nei Servizi per la Salute Mentale" della regione Lombardia ed i sistemi di indicatori regionali messi a punto separatamente dalle regioni Emilia-Romagna, Toscana e Lazio.

Il Laboratorio MES della Scuola Sant'Anna di Pisa, in collaborazione con l'Unità Metodologico-statistica del Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie dell'Università di Bologna (coordinata dalla Prof.ssa Maria Pia Fantini), ha sviluppato un set di indicatori per valutare i percorsi assistenziali negli ambiti di oncologia e salute mentale.

Con particolare riferimento all'ambito della salute mentale, gli indicatori sviluppati consentono di valutare i percorsi assistenziali, quindi non solo il funzionamento complessivo delle strutture o dei sistemi ma, incrociando i dati dei diversi flussi, verificare se effettivamente esiste un percorso di cura ed una adeguata presa in carico, per esempio, dopo la fase ospedaliera, con attenzione anche alla problematica dell'appropriatezza farmaceutica.

Scopo della tesi è quello di effettuare una valutazione comparativa dei percorsi di cura nell'ambito della salute mentale tra i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della Regione Emilia Romagna, utilizzando gli indicatori tratti dai flussi amministrativi correnti della regione, alimentati annualmente dai dati inviati dalle singole Aziende USL del territorio.

Il set di indicatori di qualità assistenziale per la salute mentale

La selezione degli indicatori è avvenuta tenendo conto degli strumenti esistenti e descritti in letteratura, nonché delle linee guida disponibili. Un'ulteriore vincolo nella scelta degli indicatori è stata la disponibilità delle informazioni utili all'interno dei flussi informativi correnti. La costruzione di indicatori del percorso assistenziale per la Salute Mentale è di fatto ad oggi condizionata dalle caratteristiche informative dei flussi amministrativi correnti e dai limiti normativi esistenti per le procedure di record linkage tra questi flussi. Uno degli obiettivi di questo lavoro è stato quello di cercare di colmare questo gap informativo, attraverso l'utilizzo di tecniche di record linkage di dati provenienti da diversi flussi informativi, integrando il Sistema Informativo regionale della Salute Mentale (SISM) con i flussi Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), Assistenza Farmaceutica Territoriale (AFT) e Farmaci ad Erogazione Diretta (FED). Gli indicatori selezionati hanno la caratteristica comune di poter essere calcolati a partire dai dati presenti nei flussi amministrativi correnti.

La banca dati SISM rileva l'attività dei Centri di Salute Mentale, a cui si aggiungono le prestazioni degli SPDC e delle Case di cura psichiatriche. La rilevazione è incentrata sul paziente, sulle prestazioni erogate e sui prodotti di trattamento.

La banca dati SDO è alimentata da un flusso informativo che contiene i dati analitici di tutti i ricoveri ospedalieri (acuti e post-acuti) avvenuti negli Istituti di ricovero pubblici e privati accreditati e non della regione.

La banca dati AFT è alimentata da un flusso informativo che contiene i dati delle prescrizioni farmaceutiche (ricette), inviate dalle farmacie pubbliche e private alle Aziende Usl, nell'ambito degli accordi nazionali che regolamentano l'erogazione dei farmaci e relativa liquidazione alle farmacie. La banca dati FED è alimentata da un flusso informativo che ha come oggetto principale l'erogazione diretta dei farmaci al paziente per un consumo al proprio domicilio.

Per descrivere più in dettaglio i percorsi dell'assistenza psichiatrica, oltre che per classi di età, gli indicatori sono stati stratificati per categoria diagnostica¹, costruite come segue: schizofrenia e psicosi (ICD9-CM 295.**; 297.**; 298.**; 299.1*; 299.9*), disturbi dell'umore (depressione grave e disturbi polari – ICD9-CM 296.0*; 296.1*; 296.23; 296.24; 296.33; 296.34; 296.4*; 296.5*; 296.6*), depressione lieve-moderata (ICD9-CM 311 e altre 296); disturbi di ansia e adattamento (ICD9-CM 300.**); disturbi di personalità (ICD9-CM 301.**); demenze (ICD9-CM 290.**; 293.**; 294.**), disturbi correlati a uso di sostanze (ICD9-CM 291.**; 292.**; 303.**; 304.**; 305.**) e altri disturbi mentali (ICD9-CM 302.**; da 306.** a 310.**; 312.**; da 316 a 319).

Prevalenza, incidenza e presa in carico

Questo gruppo di indicatori fornisce una stima della capacità che i servizi di salute mentale hanno di far fronte alla domanda di assistenza da parte della popolazione adulta residente con patologie psichiatriche. Si distinguono gli utenti 'attivi', che hanno avuto almeno un contatto nell'anno di stima, dagli utenti 'presi in carico', per i quali è stato formulato un piano di trattamento clinico-psichiatrico e psicosociale, e dai 'nuovi' utenti, cioè le persone che entrano in contatto con i servizi di salute mentale per la prima volta nella vita.

Gli indicatori rilevano solo l'utenza che si rivolge ai servizi di salute mentale, ma non quella trattata dai medici di medicina generale o nel privato e, pertanto, costituiscono una sottostima dell'occorrenza dei disturbi mentali nella popolazione.

La disaggregazione della prevalenza per patologie psichiatriche ha, fundamentalmente, due scopi: in primo luogo, fornire un quadro più dettagliato dell'accessibilità dei servizi per le persone con disturbi mentali gravi (S3.1, S3.2), il cui trattamento costituisce una priorità per i Dipartimenti di Salute Mentale, rispetto ai disturbi emotivi comuni (S3.3, S3.4); in secondo luogo, di evidenziare in che misura i servizi si fanno carico delle patologie che riguardano gli anziani (disturbi mentali organici, S3.6).

¹Non sono state considerate in analisi le diagnosi specifiche per i disturbi mentali che insorgono in età infantile e adolescenziale (codici ICD9-CM 299.0*, 299.8*, 313-315)

Prevalenza, incidenza e presa in carico

Codice	Descrizione indicatore	Numeratore	Denominatore	Unità di misura	Fonte
S1	Tasso utenti maggiorenni attivi presso il CSM nell'anno di stima	N° utenti maggiorenni che ricevono almeno una prestazione dai CSM	Popolazione maggiorenne residente	x 1.000	SISM
S2	Tasso di incidenza presso il CSM	N° utenti maggiorenni al primo contatto con i CSM	Popolazione maggiorenne residente	x 1.000	SISM
S3	Prevalenza trattata per patologie psichiatriche	N° utenti maggiorenni in carico ai CSM	Popolazione maggiorenne residente	x 1.000	SISM
S3.1	Prevalenza trattata per schizofrenia e disturbi psicotici	N° utenti maggiorenni in carico ai CSM per schizofrenia o disturbi psicotici	Popolazione maggiorenne residente	x 1.000	SISM
S3.2	Prevalenza trattata per disturbi dell'umore (depressione grave e disturbo bipolare)	N° utenti maggiorenni in carico ai CSM per disturbi dell'umore	Popolazione maggiorenne residente	x 1.000	SISM
S3.3	Prevalenza trattata per depressione lieve-moderata	N° utenti maggiorenni in carico ai CSM per depressione lieve moderata	Popolazione maggiorenne residente	x 1.000	SISM
S3.4	Prevalenza trattata per disturbi d'ansia e dell'adattamento	N° utenti maggiorenni in carico ai CSM per disturbi d'ansia o di adattamento	Popolazione maggiorenne residente	x 1.000	SISM
S3.5	Prevalenza trattata per disturbi di personalità	N° utenti maggiorenni in carico ai CSM per disturbi di personalità	Popolazione maggiorenne residente	x 1.000	SISM
S3.6	Prevalenza trattata per demenze	N° utenti maggiorenni in carico ai CSM per demenze	Popolazione maggiorenne residente	x 1.000	SISM
S3.7	Prevalenza trattata per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze	N° utenti maggiorenni in carico ai CSM per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze	Popolazione maggiorenne residente	x 1.000	SISM
S3.8	Prevalenza trattata per altre diagnosi	N° utenti maggiorenni in carico ai CSM per altre diagnosi	Popolazione maggiorenne residente	x 1.000	SISM

La continuità nei trattamenti

La continuità delle cure, nell'ambito della salute mentale, è la capacità di fornire una cura ininterrotta e coordinata tra programmi, professionisti, organizzazioni e livelli di assistenza per un periodo esteso di tempo[19].

Nel nostro Paese, la continuità delle cure è uno dei principali obiettivi del SSN. Essa viene intesa sia come continuità tra i diversi professionisti integrati in un quadro unitario (lavoro in team, elaborazione e implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi ecc.), sia come continuità tra i diversi livelli di assistenza, soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio.

Continuità assistenziale

Codice	Descrizione indicatore	Numeratore	Denominatore	Unità di misura	Fonte
S4	% abbandono del trattamento nei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche in carico al CSM	N° di pazienti maggiorenni con meno di 3 prestazioni nell'anno successivo alla presa in carico	N° di pazienti in carico ai CSM nell'anno di stima	%	SISM
S4.1	% abbandono del trattamento per schizofrenia e disturbi psicotici su pazienti maggiorenni in carico al CSM	N° di pazienti maggiorenni con meno di 3 prestazioni nell'anno successivo alla presa in carico per schizofrenia o disturbi psicotici	N° di pazienti in carico ai CSM nell'anno di stima	%	SISM
S4.2	% abbandono del trattamento per disturbi dell'umore su pazienti maggiorenni in carico al CSM	N° di pazienti maggiorenni con meno di 3 prestazioni nell'anno successivo alla presa in carico per disturbi dell'umore	N° di pazienti in carico ai CSM nell'anno di stima	%	SISM
S4.3	% abbandono del trattamento per depressione lieve-moderata su pazienti in carico al CSM	N° di pazienti maggiorenni con meno di 3 prestazioni nell'anno successivo alla presa in carico per depressione lieve-moderata	N° di pazienti in carico ai CSM nell'anno di stima	%	SISM
S4.4	% abbandono del trattamento per disturbi d'ansia e dell'adattamento su pazienti maggiorenni in carico al CSM	N° di pazienti maggiorenni con meno di 3 prestazioni nell'anno successivo alla presa in carico per disturbi di ansia o di adattamento	N° di pazienti in carico ai CSM nell'anno di stima	%	SISM
S4.5	% abbandono del trattamento per disturbi di personalità su pazienti maggiorenni in carico al CSM	N° di pazienti maggiorenni con meno di 3 prestazioni nell'anno successivo alla presa in carico per disturbi di personalità	N° di pazienti in carico ai CSM nell'anno di stima	%	SISM
S4.6	% abbandono del trattamento per demenze su pazienti maggiorenni in carico al CSM	N° di pazienti maggiorenni con meno di 3 prestazioni nell'anno successivo alla presa in carico per demenze	N° di pazienti in carico ai CSM nell'anno di stima	%	SISM
S4.7	% abbandono del trattamento per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze su pazienti maggiorenni in carico al CSM	N° di pazienti maggiorenni con meno di 3 prestazioni nell'anno successivo alla presa in carico per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze	N° di pazienti in carico ai CSM nell'anno di stima	%	SISM
S4.8	% abbandono del trattamento per altre diagnosi su pazienti maggiorenni in carico al CSM	N° di pazienti maggiorenni con meno di 3 prestazioni nell'anno successivo alla presa in carico per altre diagnosi	N° di pazienti in carico ai CSM nell'anno di stima	%	SISM
S15	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni	N° di ricoveri ospedalieri ripetuti entro 30 giorni dalla data di dimissione	N° di ricoveri con dimissione per patologie psichiatriche	%	SDO
S18	Contatto entro 15 gg con il DSM degli utenti maggiorenni non noti al territorio alla dimissione del ricovero	N° di utenti maggiorenni non noti ai servizi territoriali per i quali risulta un contatto con i CSM entro 15 giorni dalla dimissione ospedaliera per patologie psichiatriche	N° di utenti con dimissione ospedaliera per patologie psichiatriche non noti ai servizi territoriali	%	SDO SISM
S18.1	Contatto entro 15 gg con il DSM degli utenti maggiorenni non noti al territorio alla dimissione del ricovero da strutture pubbliche	N° di utenti maggiorenni non noti ai servizi territoriali per i quali risulta un contatto con i CSM entro 15 giorni dalla dimissione ospedaliera per patologie psichiatriche da strutture pubbliche	N° di utenti con dimissione ospedaliera per patologie psichiatriche da strutture pubbliche non noti ai servizi territoriali	%	SDO SISM
S18.2	Contatto entro 15 gg con il DSM degli utenti maggiorenni non noti al territorio alla dimissione del ricovero da strutture private accreditate	N° di utenti maggiorenni non noti ai servizi territoriali per i quali risulta un contatto con i CSM entro 15 giorni dalla dimissione ospedaliera per patologie psichiatriche da strutture private accreditate	N° di utenti con dimissione ospedaliera per patologie psichiatriche da strutture private accreditate non noti ai servizi territoriali	%	SDO SISM

Gli indicatori del gruppo S4, che prevedono una valutazione prospettica del numero di contatti successivi alla presa in carico, sono tratti dal flusso SISM. L'abbandono del trattamento è definito come un numero di contatti annuali inferiore a tre. Il valore globale dell'indicatore è puramente indicativo perché dipende dal case-mix di pazienti in carico. Si ipotizza, infatti, che il tasso di abbandono debba essere più basso per le patologie gravi, che restano in carico ai servizi di salute mentale, rispetto alle patologie meno gravi, in cui il paziente viene, con maggior probabilità, visto in consulenza e poi seguito dal medico di medicina generale.

L'indicatore S15 riflette la mancata presa in carico da parte dei servizi territoriali dei pazienti dimessi da strutture di ricovero per acuti. Il ricovero ripetuto di pazienti con patologie mentali nel corso del mese successivo alla dimissione, infatti, è indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte della salute mentale territoriale[20]. A seguito del ricovero ospedaliero è necessario tracciare percorsi assistenziali integrati, che permettano la presa in carico del soggetto da parte del suo territorio e la modulazione "*ad personam*" delle opportunità riabilitative e terapeutiche.

Il gruppo di indicatori S18, misurando la tempestività con cui i servizi territoriali prendono in carico i 'nuovi' pazienti dimessi dai reparti ospedalieri per acuti, si propone di valutare in che misura questi ultimi sono in grado di garantire la continuità delle cure. Gli indicatori S18 sono relativi ai pazienti per cui i servizi psichiatrici di diagnosi e cura rappresentano il luogo contenitivo della crisi per una prima risposta all'acuzie nei pazienti all'esordio del disturbo; in questo senso, hanno un ruolo centrale nella valutazione clinico-diagnostica, nell'impostazione delle terapie farmacologiche e nello sviluppo delle condizioni favorevoli alla presa in carico da parte delle strutture territoriali.

La terapia farmacologica

La terapia farmacologica con antidepressivi risulta efficace se tempo assunta per un periodo di tempo adeguato e con continuità . Gli indicatori S7 ed S8 rilevano quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di antidepressivi in un anno, e quanti hanno assunto meno di 290 unità posologiche (come proposto dal rapporto OSMED per gli indicatori di appropriatezza sull'aderenza terapeutica), che corrispondono a circa 10 mesi di terapia, rivelando un utilizzo potenzialmente inefficace di questi farmaci.

La terapia farmacologica					
Codice	Descrizione indicatore	Numeratore	Denominatore	Unità di misura	Fonte
S7	% di abbandoni per SSRI (Antidepressivi) nei depressi maggiorenni	N° utenti maggiorenni a cui sono prescritte almeno 2 confezioni di antidepressivi SSRI (N06AB) nell'anno successivo alla presa in carico nei CSM per depressione	N° di pazienti ai cui sono prescritti farmaci antidepressivi SSRI (N06AB) in carico ai CSM per depressione	%	AFT FED SISM
S8	% di pazienti aderenti alla terapia con antidepressivi	N° di persona a cui sono prescritte almeno 290 up di antidepressivi (N06A) nell'anno	N° di persona a cui sono prescritti antidepressivi (N06A) nell'anno	%	AFT FED
S17	% di utenti con disturbo bipolare trattati con stabilizzanti dell'umore nei 3 mesi successivi alla dimissione	N° di pazienti trattati con stabilizzatori dell'umore entro 3 mesi dalla dimissione ospedaliera per disturbi dell'umore	N° di pazienti con dimissione ospedaliera per disturbi dell'umore	%	AFT FED SDO

In particolare, l'indicatore S17 esamina l'aderenza alle linee guida per il disturbo bipolare, che prevedono il trattamento con stabilizzanti dell'umore nella fase di mantenimento per prevenire la ricorrenza di episodi di malattia. Questo tipo di farmaco è suggerito dalle linee guida della British Association of Psychopharmacology (BAP), American Psychiatric Association (APA), the Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and the Texas Implementation of Medication Algorithms (TIMA) come opzione principale per il trattamento a lungo termine finalizzato alla prevenzione delle ricadute[21].

Gli antidepressivi: consumi e prescrizione efficiente

Gli antidepressivi sono i farmaci più utilizzati in psichiatria. Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) rappresentano la categoria di antidepressivi a maggior prescrizione, raggiungendo in Italia, nel 2011, la quota del 76% del totale[22].

Dal 2000 al 2010 è aumentato l'utilizzo di farmaci antidepressivi (da 8,18 DDD per 1000 abitanti nel 2000 a 35,72 nel 2010)[23]. A livello nazionale, nel periodo compreso dal 2000 al 2011, le dosi prescritte e distribuite di antidepressivi sono più che triplicate. Questo incremento può dipendere da diversi fattori come l'abolizione, nel 2001, della nota Aifa 80 che limitava la rimborsabilità di questi farmaci; l'allargamento delle indicazioni registrate degli antidepressivi; l'aumentata prevalenza di depressione, ansia e attacchi di panico nella popolazione; la maggiore attenzione della medicina generale e specialistica a questi disturbi. Esiste inoltre, a livello regionale, un forte gradiente Nord-Sud nella prescrizione territoriale dei farmaci antidepressivi [22]. La maggior parte degli antidepressivi utilizzati correntemente nella pratica clinica sono a brevetto scaduto.

Le linee guida per il trattamento farmacologico della depressione prevedono che il trattamento per la fase acuta debba essere protratto per 4-8 settimane e che dopo la stabilizzazione dei sintomi la somministrazione del farmaco debba essere continuata per almeno 6 mesi al fine di prevenire le ricadute[24].

Gli antidepressivi: consumo e prescrizione efficiente

Codice	Descrizione indicatore	Numeratore	Denominatore	Unità di misura	Fonte
S5	Consumo di antidepressivi (N06A) nella popolazione maggiorenne	DDD di farmaci antidepressivi (N06A) erogate alla popolazione maggiorenne x 1000	Popolazione maggiorenne residente x 365	x 1.000 die	AFT FED
S5.1m	Consumo di antidepressivi (N06A) nella popolazione maschile maggiorenne	DDD di farmaci antidepressivi (N06A) erogate alla popolazione maggiorenne maschile x 1000	Popolazione maggiorenne maschile residente x 365	x 1.000 die	AFT FED
S5.1f	Consumo di antidepressivi (N06A) nella popolazione maschile femminile	DDD di farmaci antidepressivi (N06A) erogate alla popolazione maggiorenne femminile x 1000	Popolazione maggiorenne femminile residente x 365	x 1.000 die	AFT FED
S5.2	Consumo di antidepressivi (N06A) nella popolazione femminile di età compresa fra 30 e 59 anni	DDD di farmaci antidepressivi (N06A) erogate alla popolazione residente femminile di età compresa tra 30 e 59 anni x 1000	Popolazione residente femminile di età compresa tra 30 e 59 anni x 365	x 1.000 die	AFT FED
S6	Consumo di SSRI (N06AB) nella popolazione maggiorenne	DDD di farmaci antidepressivi SSRI (N06AB) erogate alla popolazione maggiorenne residente x 1000	Popolazione maggiorenne residente x 365	x 1.000 die	AFT FED
S6.1m	Consumo di antidepressivi (N06AB) nella popolazione maschile maggiorenne	DDD di farmaci antidepressivi SSRI (N06AB) erogate alla popolazione maggiorenne maschile residente x 1000	Popolazione maggiorenne maschile residente x 365	x 1.000 die	AFT FED
S6.1f	Consumo di antidepressivi (N06AB) nella popolazione femminile maggiorenne	DDD di farmaci antidepressivi SSRI (N06AB) erogate alla popolazione maggiorenne femminile residente x 1000	Popolazione maggiorenne femminile residente x 365	x 1.000 die	AFT FED
S6.2	Consumo di SSRI (N06AB) nella popolazione femminile di età compresa fra 30 e 59 anni	DDD di farmaci antidepressivi SSRI (N06AB) erogate alla popolazione residente femminile di età compresa tra 30 e 59 anni x 1000	Popolazione residente femminile di età compresa tra 30 e 59 anni x 365	x 1.000 die	AFT FED
S9	% di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	DDD di farmaci antidepressivi SSRI (N06AB) prescritte non coperte da brevetto	DDD di farmaci antidepressivi SSRI (N06AB) prescritte	%	AFT FED
S10	% di altri antidepressivi a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	DDD di farmaci altri antidepressivi prescritte non coperte da brevetto	DDD di farmaci altri antidepressivi prescritte	%	AFT FED

L'ospedalizzazione nei pazienti psichiatrici e la degenza media

Il ricovero per patologie psichiatriche in fase acuta acute avviene principalmente presso i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), strutture con un massimo di 15 posti letto che operano in stretto contatto con i CSM, ed in parte presso strutture private convenzionate, cliniche universitarie e, in alcune regioni, nei CSM aperti 24 ore. La degenza media negli SPDC riportata dallo studio PROGRES-ACUTI è di 11,4 giorni[25].

Ospedalizzazione nei pazienti psichiatrici e degenza media					
Codice	Descrizione indicatore	Numeratore	Denominatore	Unità di misura	Fonte
S13	Tasso di ricovero per patologie psichiatriche su popolazione maggiorenne	N° di ricoveri di pazienti maggiorenni residenti dimessi per patologie psichiatriche	Popolazione maggiorenne residente	x 100.000	SDO
S13.1	Tasso di ricovero per patologie psichiatriche su popolazione di età compresa fra 18 e 30 anni	N° di ricoveri di pazienti di età compresa tra 18 e 30 anni residenti dimessi per patologie psichiatriche	Popolazione di età compresa tra 18 e 30 anni residente	x 100.000	SDO
S13.2	Tasso di ricovero per patologie psichiatriche su popolazione di età compresa fra 31 e 64 anni	N° di ricoveri di pazienti di età compresa tra 31 e 64 anni residenti dimessi per patologie psichiatriche	Popolazione di età compresa tra 31 e 64 anni residente	x 100.000	SDO
S13.3	Tasso di ricovero per patologie psichiatriche su popolazione di età superiore a 64 anni	N° di ricoveri di pazienti di età superiore a 64 anni residenti dimessi per patologie psichiatriche	Popolazione di età superiore a 64 anni residente	x 100.000	SDO
S13.4	Tasso di ricovero per schizofrenia e disturbi psicotici su popolazione maggiorenne	N° di ricoveri di pazienti maggiorenni residenti dimessi per schizofrenia e disturbi psicotici	Popolazione maggiorenne residente	x 100.000	SDO
S13.5	Tasso di ricovero per disturbi dell'umore su popolazione maggiorenne (depressione grave e disturbo bipolare)	N° di ricoveri di pazienti maggiorenni residenti dimessi per disturbi dell'umore	Popolazione maggiorenne residente	x 100.000	SDO
S13.6	Tasso di ricovero per depressione lieve-moderata su popolazione maggiorenne	N° di ricoveri di pazienti maggiorenni residenti dimessi per depressione lieve-moderata	Popolazione maggiorenne residente	x 100.000	SDO
S13.7	Tasso di ricovero per disturbi d'ansia e dell'adattamento su popolazione maggiorenne	N° di ricoveri di pazienti maggiorenni residenti dimessi per disturbi d'ansia o di adattamento	Popolazione maggiorenne residente	x 100.000	SDO
S13.8	Tasso di ricovero per disturbi di personalità su popolazione maggiore	N° di ricoveri di pazienti maggiorenni residenti dimessi per disturbi di personalità	Popolazione maggiorenne residente	x 100.000	SDO
S13.9	Tasso di ricovero per demenze su popolazione maggiorenne	N° di ricoveri di pazienti maggiorenni residenti dimessi per demenze	Popolazione maggiorenne residente	x 100.000	SDO
S13.10	Tasso di ricovero per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze su popolazione maggiorenne	N° di ricoveri di pazienti maggiorenni residenti dimessi per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze	Popolazione maggiorenne residente	x 100.000	SDO
S13.11	Tasso di ricovero per altre diagnosi su popolazione maggiorenne	N° di ricoveri di pazienti maggiorenni residenti dimessi per altre diagnosi	Popolazione maggiorenne residente	x 100.000	SDO
S14	Indice di performance degenza media per patologie psichiatriche	Σ giornate di degenza osservata - Σ giornate di degenza attese	N° dimissioni per patologie psichiatriche	Giornate degenza	SDO

La disaggregazione della prevalenza per patologie psichiatriche ha, fondamentalmente lo scopo di fornire un quadro più dettagliato del ricorso al ricovero ospedaliero per le persone con disturbi mentali gravi (S13.4, S13.5) rispetto ai disturbi emotivi comuni (S13.6, S13.7); mentre la suddivisione per classi di età ha lo scopo di evidenziare in che misura si ricorre al ricovero ospedalieri per persone con età superiore ai 64 anni (S13.3).

L'indicatore S14, indice di Performance di Degenza Media (IPDM), confronta la degenza media registrata per ciascun ricovero con la media nazionale del 2009 per la stessa tipologia di ricovero; misura, cioè, i giorni di ricovero erogati in meno (elevata efficienza) o in più (inefficienza) rispetto alla media nazionale per la stessa casistica. Poiché l'indicatore è calcolato confrontando la degenza media osservata per ogni DRG psichiatrico con la degenza media di riferimento dello stesso DRG, l'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della tipologia di pazienti trattati.

In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni in maniera efficiente: la struttura che presenta un basso livello dell'indicatore si dimostra, infatti, in grado di gestire il paziente in maniera adeguata rispetto alla condizione clinica, e senza sprechi di risorse.

Per il calcolo si utilizzano solo i ricoveri ordinari di pazienti maggiorenni erogati da strutture pubbliche con disciplina di dimissione psichiatrica (40). Si utilizza il DRG Grouper XXIV, con codici DRG: 425, 426, 427,428,429,430,431,432,523. Le giornate di degenza sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero di dimessi aziendali per lo stesso DRG. La degenza attesa è quella media nazionale del 2009.

I trattamenti sanitari obbligatori

Questi due indicatori intendono fornire una stima del ricorso al trattamento sanitario obbligatorio (TSO) nella popolazione generale e negli utenti dei servizi di salute mentale. Il TSO è un istituto regolamentato dagli articoli 33, 34 e 35 della legge 833/1978, che prevedono la possibilità che un cittadino venga sottoposto a interventi sanitari in condizioni di ricovero ospedaliero contro la sua volontà «solo se esistano alterazioni psichiatriche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere». Pertanto, accanto alla presenza di alterazioni psicopatologiche che richiedano interventi urgenti e non accettati dal paziente, il ricorso ad un trattamento eccezionale quale il TSO può anche essere giustificato quando sussiste l'inadeguatezza del sistema sanitario, che dovrebbe garantire un'offerta omogenea su tutto il territorio nazionale [26].

In presenza delle suddette condizioni la proposta di TSO deve essere formulata da un medico appartenente ad una struttura pubblica o privata e convalidata da un medico appartenente ad una struttura pubblica. Il Sindaco quindi può disporre il ricovero con un'ordinanza di carattere amministrativo diretto alla tutela dell'interesse della collettività alla salute. L'esecuzione dell'ordinanza del TSO viene di norma effettuata dalla polizia municipale e prevede l'accompagnamento coatto dal domicilio ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). Negli altri casi, il TSO è effettuato quando il paziente è già ricoverato presso gli SPDC oppure presso strutture extra-ospedaliere.

I trattamenti sanitari obbligatori					
Codice	Descrizione indicatore	Numeratore	Denominatore	Unità di misura	Fonte
S11	Tasso di ricovero per TSO su popolazione maggiorenne	N° di ricoveri in TSO di pazienti maggiorenni residenti	Popolazione maggiorenne residente	x 100.000	SDO
S12	TSO su utenti attivi* maggiorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale	N° di ricoveri in TSO di pazienti maggiorenni in carico ai CSM	N° pazienti maggiorenni in carico ai CSM	x 1.000	SDO SISM

I ricoveri ripetuti entro 7 giorni

Il ricovero è un intervento mirato a risolvere un episodio acuto, alla fine del quale il quadro sintomatologico è stabilizzato e il trattamento farmacologico e riabilitativo può continuare nelle strutture territoriali. L'indicatore riflette il fenomeno della 'revolving door', legato al rientro dei pazienti nelle strutture di ricovero entro 7 giorni dalla dimissione dovuto ad una mancata stabilizzazione dei sintomi, evidenziando problematiche di dimissione precoce e quindi una responsabilità del soggetto erogatore.

Codice	Descrizione indicatore	Numeratore	Denominatore	Unità di misura	Fonte
S16	% ricoveri ripetuti entro 7 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni	N° di ricoveri ospedalieri ripetuti entro 7 giorni dalla data di dimissione	N° di ricoveri con dimissione per patologie psichiatriche	%	SDO

Risultati

Il calcolo degli indicatori di qualità dell'assistenza della regione Emilia Romagna

I dati utilizzati provengono da 4 diversi flussi amministrativi correnti regionali: il Sistema Informativo regionale della Salute Mentale (SISM), le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), l'Assistenza Farmaceutica Territoriale (AFT) ed i Farmaci ad Erogazione Diretta (FED).

Attraverso procedure informatiche adottate dalla Regione per il controllo e la validazione dei dati, vengono garantiti i requisiti minimi di qualità delle informazioni contenute in ogni singolo record presente nei flussi amministrativi correnti regionali. Il processo di validazione effettuato su ogni file trasmesso dalle Aziende Sanitarie verte su una serie di controlli di tipo logico-formale e riguarda le informazioni anagrafiche e sanitarie dichiarate dalle strutture erogatrici. L'assenza dei requisiti di qualità determina il mancato inserimento nell'archivio regionale del record relativo all'intero percorso del paziente. Di conseguenza, le informazioni demografiche e sanitarie dei singoli pazienti sono risultate complete e ritenute affidabili.

Nel rispetto del D.L. n.196 del 30 giugno 2003 è stato introdotto l'identificativo personale numerico anonimo negli archivi contenenti dati sensibili, comune a tutte le banche dati, in sostituzione dei dati anagrafici. Questo ha permesso di ricostruire in tutti i casi i percorsi assistenziali nel tempo attraverso il record linkage tra le varie fonti informative.

Nel sistema informativo regionale viene registrata la sola diagnosi prevalente dei pazienti che vengono a contatto con i Centri di Salute Mentale. Non è registrata nessuna informazione relativa a diagnosi secondarie ed a eventuali comorbidità. Inoltre, la diagnosi è associata all'erogazione di trattamenti clinici. Pertanto il numero di diagnosi valorizzate nel flusso regionale è influenzato dal numero di trattamenti erogati. Di conseguenza, nelle analisi stratificate per categoria diagnostica è stata selezionata l'ultima diagnosi, in ordine temporale, formulata al paziente. Tale scelta è stata effettuata sotto l'ipotesi, condivisa con i clinici, di miglior inquadramento del disturbo del paziente.

I risultati vengono presentati con dettaglio di Ausl di residenza oppure Ausl di erogazione, a seconda dell'indicatore analizzato. Nelle tabelle, oltre al valore dell'indicatore, è presente il confronto di ogni Ausl con il valore medio regionale. Il confronto è effettuato tramite rapporto, in cui al numeratore è posto il valore aziendale mentre al denominatore quello medio regionale. Di conseguenza valore del rapporto maggiore a uno segnala una performance aziendale superiore alla media regionale, viceversa valore del rapporto minore a uno segnala una performance aziendale inferiore al livello medio regionale. Valori del rapporto che segnalano differenze statisticamente significative, con un livello di significatività pari al 95%, sono evidenziate in grassetto.

I dati si riferiscono all'anno 2010, anno in cui la banche dati regionali si possono considerare consolidate.

Prevalenza, incidenza e presa in carico (S1 – S2 – S3)

S1 – Tasso di utenti maggiorenni attivi presso i CSM

Questo indicatore, tratto dal flusso SISM regionale, riflette la prevalenza annuale di utenti che hanno avuto almeno un contatto con i servizi territoriali nell'anno di stima. E' calcolato come rapporto tra il numero di utenti attivi maggiorenni con patologie psichiatriche residenti nel territorio di competenza della Ausl a cui il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche afferisce e la popolazione residente maggiorenne. Il tasso è espresso per mille.

Ausl di residenza	Tasso*1.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	19,47 (18,93-20,02)	1,086 (1,055-1,118)
Parma	15,18 (14,79-15,58)	0,847 (0,824-0,870)
Reggio Emilia	19,45 (19,05-19,87)	1,085 (1,061-1,110)
Modena	17,03 (16,70-17,37)	0,950 (0,930-0,970)
Bologna	21,1 (20,77-21,43)	1,177 (1,157-1,197)
Imola	14,49 (13,8-15,22)	0,809 (0,770-0,849)
Ferrara	19,08 (18,6-19,56)	1,064 (1,037-1,092)
Ravenna	16,68 (16,25-17,12)	0,930 (0,906-0,956)
Forlì	17,84 (17,20-18,50)	0,995 (0,959-1,033)
Cesena	18,16 (17,54-18,80)	1,013 (0,978-1,050)
Rimini	12,77 (12,36-13,20)	0,712 (0,689-0,737)
RER	17,93 (17,79-18,06)	Riferimento

Con riferimento all'anno 2010, il tasso varia dall'12.8‰ dell'Ausl di Rimini al 21.1‰ dell'Ausl di Bologna. Dall'analisi emerge che la variabilità intra regionale è elevata. Infatti, assumendo come riferimento il valore medio regionale (17,9‰), emergono realtà, come Piacenza, Reggio Emilia, Bologna e Ferrara, che registrano un tasso di utenti maggiorenni attivi significativamente maggiore della media e altre, come Parma, Modena, Imola, Ravenna e Rimini, che registrano un tasso significativamente più basso. Questa variabilità può essere dovuta alla diversa struttura organizzativa delle 11 aziende USL della Regione.

S2 – Tasso di incidenza presso i CSM

Questo indicatore, tratto dal flusso SISM regionale, è calcolato come tasso di nuovi utenti maggiorenni con patologie psichiatriche, residenti nel territorio di competenza della Ausl a cui il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche afferisce, rispetto alla popolazione residente maggiorenne all'inizio dell'anno. Il tasso è espresso per mille.

Ausl di residenza	Tasso*1.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	6,80 (6,48-7,13)	1,092 (1,039-1,147)
Parma	5,74 (5,50-5,99)	0,921 (0,881-0,963)
Reggio Emilia	7,60 (7,34-7,86)	1,220 (1,176-1,265)
Modena	6,12 (5,92-6,32)	0,982 (0,948-1,018)
Bologna	6,51 (6,33-6,70)	1,046 (1,014-1,079)
Imola	4,33 (3,96-4,74)	0,696 (0,636-0,762)
Ferrara	8,17 (7,86-8,49)	1,312 (1,259-1,366)
Ravenna	6,87 (6,59-7,16)	1,103 (1,057-1,151)
Forlì	6,32 (5,94-6,72)	1,015 (0,953-1,081)
Cesena	4,37 (4,07-4,69)	0,701 (0,652-0,754)
Rimini	2,57 (2,39-2,77)	0,413 (0,383-0,445)
RER	6,23 (6,15-6,31)	Riferimento

In riferimento al 2010, il tasso varia dal 2,6‰ di Rimini all'8,2‰ di Ferrara. Come per l'indicatore precedente, la variabilità intra regionale appare molto elevata. Le Ausl di Piacenza, Reggio Emilia, Bologna, Ferrara e Ravenna, hanno registrato dei tassi significativamente superiori al valore medio regionale (6,2‰), mentre realtà come Parma, Imola, Cesena e Rimini registrano un tasso significativamente più contenuto di quello di riferimento. Questa variabilità è in parte dovuta alle diverse politiche di accesso messe in atto dalle diverse aziende USL della regione.

Un limite di questo indicatore è che, non essendo possibile rintracciare in maniera affidabile nei flussi la data di primo contatto nella vita, oltre ai nuovi casi, sono stati conteggiati i reingressi, cioè i pazienti che non avevano avuto contatti nell'anno precedente alla rilevazione, ma avevano un contatto nell'anno di riferimento dell'indicatore. In questi casi, l'indicatore verosimilmente fornisce una sovrastima del fenomeno.

Dati comparativi della letteratura sull'incidenza dei disturbi mentali nei CSM italiani derivano dallo studio di Munizza et al. [1]. La stima riportata in questo studio è di 4.6‰ abitanti residenti per il 2004. Tuttavia, gli autori utilizzano al denominatore per il calcolo del tasso tutti i residenti, rendendo impossibile il confronto.

S3 – Prevalenza trattata presso i CSM per patologie psichiatriche

Questo indicatore, tratto dal flusso SISM, riflette la prevalenza annuale di utenti presi in carico dai servizi territoriali nell'anno di stima. Per presa in carico si intende la definizione di un piano terapeutico per il paziente. E' calcolato come tasso di utenti maggiorenni con patologie psichiatriche, residenti nel territorio di competenza della Ausl a cui il DSM-DP afferisce ed in carico, rispetto alla popolazione residente maggiorenne all'inizio dell'anno. Il tasso è espresso per mille abitanti maggiorenni residenti.

Ausl di residenza	Tasso*1.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	14,89 (14,42-15,37)	1,014 (0,980-1,048)
Parma	11,32 (10,98-11,66)	0,770 (0,747-0,795)
Reggio Emilia	18,31 (17,91-18,71)	1,246 (1,218-1,276)
Modena	14,07 (13,77-14,38)	0,958 (0,936-0,980)
Bologna	18,38 (18,08-18,69)	1,252 (1,228-1,275)
Imola	10,86 (10,26-11,49)	0,739 (0,698-0,783)
Ferrara	13,15 (12,76-13,56)	0,895 (0,868-0,924)
Ravenna	11,72 (11,36-12,1)	0,798 (0,773-0,824)
Forlì	13,58 (13,02-14,16)	0,924 (0,886-0,965)
Cesena	15,61 (15,04-16,21)	1,063 (1,023-1,105)
Rimini	11,76 (11,36-12,17)	0,801 (0,773-0,829)
RER	14,69 (14,57-14,81)	Riferimento

Con riferimento all'anno 2010, il tasso varia dal 10,9‰ di Imola al 18,4‰ di Bologna. La variabilità intra regionale appare molto elevata. Le Ausl di Reggio Emilia, Bologna e Cesena hanno registrato dei tassi significativamente superiori al valore medio regionale (14,7‰), mentre realtà come

Parma, Modena, Imola, Ferrara, Ravenna, Forlì e Rimini registrano un tasso significativamente più contenuto di quello di riferimento.

I dati della letteratura per la popolazione italiana derivano da uno studio di Lora [27]. L'autore riporta un tasso annuale di 14.8‰ residenti >14 anni, sulla base dei dati tratti dai sistemi informativi di cinque regioni italiane (Liguria, Lazio, Lombardia, Emilia Romagna e Friuli Venezia) per gli anni 2005 - 2007. Da questo studio emerge un'elevata variabilità dei tassi tra le regioni, che l'autore attribuisce a marcate differenze di accessibilità dei servizi. Lo studio di Munizza et al. [1] fornisce un tasso di prevalenza trattata trimestrale di 8.6‰ abitanti residenti.

S3.1 – Prevalenza trattata presso i CSM per schizofrenia e disturbi psicotici

Questo indicatore riflette la prevalenza annuale di utenti presi in carico dai servizi territoriali con diagnosi di schizofrenia o disturbo psicotico nell'anno di stima. Il tasso è espresso per mille abitanti maggiorenni residenti nel territorio di competenza della Ausl a cui DSM-DP afferisce.

Ausl di residenza	Tasso*1.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	4,54 (4,28-4,81)	1,146 (1,078-1,217)
Parma	3,10 (2,93-3,28)	0,782 (0,736-0,830)
Reggio Emilia	4,99 (4,79-5,21)	1,260 (1,205-1,318)
Modena	3,88 (3,72-4,04)	0,978 (0,936-1,022)
Bologna	4,05 (3,91-4,20)	1,023 (0,983-1,064)
Imola	3,63 (3,29-4,00)	0,915 (0,828-1,010)
Ferrara	3,47 (3,27-3,68)	0,876 (0,824-0,931)
Ravenna	3,43 (3,23-3,63)	0,865 (0,814-0,918)
Forlì	3,78 (3,49-4,09)	0,954 (0,879-1,035)
Cesena	4,50 (4,19-4,83)	1,135 (1,056-1,220)
Rimini	4,05 (3,82-4,29)	1,022 (0,961-1,086)
RER	3,96 (3,90-4,03)	Riferimento

Nell'anno 2010, il tasso varia dal 3,1‰ di Parma al 5,0‰ di Reggio Emilia. La variabilità intra regionale appare elevata. Le Ausl di Piacenza, Reggio Emilia e Cesena hanno registrato dei tassi significativamente superiori al valore medio regionale (4,0‰), mentre le Ausl di Parma, Ferrara e Ravenna registrano un tasso significativamente più contenuto.

Dati comparativi sono reperibili nello studio di Lora et al. [28] per la sola Lombardia, in cui la prevalenza trattata per gli adulti con disturbi schizofrenici è di 3.79‰.

S3.2 – Prevalenza trattata presso i CSM per disturbi dell'umore

Questo indicatore riflette la prevalenza annuale di utenti presi in carico dai servizi territoriali con diagnosi di disturbi dell'umore nell'anno di stima. Il tasso è espresso per mille abitanti maggiorenni residenti nel territorio di competenza della Ausl a cui DSM-DP afferisce.

Ausl di residenza	Tasso*1.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	1,43 (1,28-1,58)	1,016 (0,912-1,132)
Parma	0,72 (0,64-0,81)	0,513 (0,454-0,580)
Reggio Emilia	1,43 (1,32-1,55)	1,019 (0,938-1,108)
Modena	1,02 (0,94-1,10)	0,724 (0,664-0,788)
Bologna	1,86 (1,76-1,96)	1,322 (1,245-1,403)
Imola	1,50 (1,29-1,75)	1,069 (0,915-1,247)
Ferrara	1,26 (1,14-1,39)	0,899 (0,812-0,996)
Ravenna	1,45 (1,33-1,59)	1,033 (0,941-1,134)
Forlì	1,74 (1,55-1,96)	1,239 (1,098-1,399)
Cesena	2,76 (2,52-3,02)	1,965 (1,789-2,157)
Rimini	0,90 (0,80-1,02)	0,643 (0,566-0,731)
RER	1,40 (1,37-1,44)	Riferimento

Con riferimento al 2010, il tasso varia dallo 0,7‰ di Parma al 2,8‰ di Cesena. La variabilità intra regionale appare particolarmente elevata. Le Ausl di Bologna, Forlì e Cesena hanno registrato dei tassi significativamente superiori al valore medio regionale (1,4‰), mentre quelle di Parma, Modena, Ferrara e Rimini registrano un tasso significativamente più contenuto di quello di riferimento.

S3.3 Prevalenza trattata per depressione lieve-moderata

Questo indicatore riflette la prevalenza annuale di utenti presi in carico dai servizi territoriali con diagnosi di depressione lieve-moderata nell'anno di riferimento (2010). Il tasso è espresso per mille abitanti maggiorenni residenti nel territorio di competenza della Ausl a cui DSM-DP afferisce.

Ausl di residenza	Tasso*1.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	1,66 (1,51-1,83)	0,891 (0,806-0,984)
Parma	1,96 (1,82-2,10)	1,049 (0,972-1,132)
Reggio Emilia	1,65 (1,54-1,78)	0,887 (0,821-0,957)
Modena	1,24 (1,16-1,34)	0,666 (0,617-0,719)
Bologna	2,40 (2,29-2,52)	1,287 (1,221-1,356)
Imola	0,85 (0,69-1,04)	0,453 (0,369-0,556)
Ferrara	1,47 (1,34-1,61)	0,789 (0,718-0,867)
Ravenna	1,94 (1,80-2,10)	1,040 (0,960-1,128)
Forlì	2,94 (2,69-3,22)	1,577 (1,436-1,732)
Cesena	2,45 (2,23-2,70)	1,314 (1,192-1,449)
Rimini	1,93 (1,77-2,10)	1,034 (0,947-1,130)
RER	1,87 (1,82-1,91)	Riferimento

Il campo di variazione del tasso è compreso tra lo 0,8‰ di Imola e il 2,9‰ di Forlì. La variabilità intra regionale appare molto elevata. Le Ausl di Bologna, Forlì e Cesena hanno registrato dei tassi significativamente superiori al valore medio regionale (1,9‰), mentre le Ausl di Piacenza, Reggio Emilia, Modena, Imola e Ferrara registrano un tasso significativamente più basso di quello medio regionale.

S3.4 Prevalenza trattata per disturbi d'ansia e dell'adattamento

Questo indicatore riflette la prevalenza annuale di utenti presi in carico dai servizi territoriali con diagnosi di disturbi d'ansia e dell'adattamento nell'anno di riferimento (2010). Il tasso è espresso per mille abitanti maggiorenni residenti nel territorio di competenza della Ausl a cui DSM-DP afferisce.

Ausl di Residenza	Tasso*1.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	3,77 (3,54-4,02)	1,184 (1,108-1,266)
Parma	1,58 (1,46-1,71)	0,496 (0,456-0,539)
Reggio Emilia	3,72 (3,54-3,91)	1,168 (1,109-1,231)
Modena	3,05 (2,91-3,19)	0,958 (0,911-1,007)
Bologna	5,00 (4,84-5,17)	1,571 (1,514-1,631)
Imola	1,54 (1,33-1,79)	0,485 (0,417-0,564)
Ferrara	3,23 (3,03-3,43)	1,013 (0,950-1,080)
Ravenna	1,75 (1,61-1,90)	0,549 (0,505-0,597)
Forlì	2,76 (2,51-3,03)	0,867 (0,788-0,953)
Cesena	3,05 (2,8-3,32)	0,958 (0,878-1,045)
Rimini	2,11 (1,95-2,29)	0,663 (0,610-0,721)
RER	3,18 (3,13-3,24)	Riferimento

Il campo di variazione del tasso è compreso tra lo 1,6‰ di Imola e il 5,0‰ di Bologna. La variabilità regionale appare alquanto elevata. Le Ausl di Piacenza, Reggio Emilia e Bologna registrano tassi significativamente più elevati del valore medio regionale (3,2‰), mentre le Ausl di Parma, Imola, Ravenna, Forlì e Rimini hanno registrato tassi significativamente più contenuti rispetto a quello di riferimento.

S3.5 Prevalenza trattata per disturbi di personalità

Questo indicatore riflette la prevalenza annuale di utenti presi in carico dai servizi territoriali con diagnosi di disturbi di personalità nell'anno di stima. Il tasso è espresso per mille abitanti maggiorenni residenti nel territorio di competenza della Ausl a cui DSM-DP afferisce.

Ausl di residenza	Tasso*1.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	1,01 (0,90-1,15)	0,580 (0,511-0,658)
Parma	1,43 (1,31-1,56)	0,819 (0,750-0,894)
Reggio Emilia	2,82 (2,66-2,98)	1,611 (1,516-1,713)
Modena	2,11 (2,00-2,23)	1,209 (1,137-1,285)
Bologna	2,18 (2,08-2,29)	1,248 (1,182-1,319)
Imola	1,54 (1,33-1,79)	0,884 (0,759-1,029)
Ferrara	1,25 (1,13-1,38)	0,716 (0,647-0,793)
Ravenna	1,25 (1,13-1,37)	0,714 (0,647-0,789)
Forlì	0,73 (0,61-0,88)	0,418 (0,348-0,502)
Cesena	0,93 (0,80-1,08)	0,531 (0,454-0,621)
Rimini	1,58 (1,43-1,73)	0,901 (0,817-0,993)
RER	1,75 (1,71-1,79)	Riferimento

Con riferimento al 2010, il tasso varia dallo 0,7‰ di Forlì al 2,8‰ di Reggio Emilia. La variabilità intra regionale si mostra elevata. Le Ausl di Reggio Emilia, Modena e Bologna hanno registrato dei tassi significativamente più alti del valore medio regionale (1,7‰), mentre le Ausl di Piacenza, Parma e quelle dell'area vasta Romagna (Ferrara, Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini) registrano un tasso significativamente più basso rispetto a quello di riferimento.

Dati comparativi sono reperibili nello studio di Lora et al. [28] per la sola Lombardia, in cui la prevalenza trattata per gli adulti con disturbi di personalità è di 1.5‰.

S3.6 Prevalenza trattata per demenze

Questo indicatore riflette la prevalenza annuale di utenti presi in carico dai servizi territoriali con diagnosi di demenza nell'anno di stima. Il tasso è espresso per mille abitanti maggiorenni residenti nel territorio di competenza della Ausl a cui DSM-DP afferisce.

Ausl di residenza	Tasso*1.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	0,37 (0,30-0,45)	0,908 (0,734-1,123)
Parma	0,68 (0,60-0,77)	1,690 (1,480-1,930)
Reggio Emilia	0,47 (0,41-0,54)	1,164 (1,006-1,348)
Modena	0,42 (0,37-0,47)	1,036 (0,905-1,186)
Bologna	0,44 (0,40-0,49)	1,093 (0,969-1,233)
Imola	0,27 (0,19-0,39)	0,676 (0,471-0,970)
Ferrara	0,27 (0,22-0,34)	0,673 (0,541-0,837)
Ravenna	0,33 (0,28-0,40)	0,828 (0,682-1,003)
Forlì	0,26 (0,19-0,35)	0,640 (0,469-0,873)
Cesena	0,34 (0,26-0,44)	0,843 (0,650-1,094)
Rimini	0,23 (0,18-0,30)	0,580 (0,451-0,744)
RER	0,40 (0,38-0,42)	Riferimento

Nell'anno 2010, il tasso varia tra lo 0,2‰ di Rimini e lo 0,7‰ di Reggio Emilia. Dall'analisi dei dati emerge una variabilità interna alla regione elevata. Per le Ausl di Parma e Reggio Emilia è stato registrato un tasso significativamente più elevato rispetto il valore medio regionale (0,4‰), mentre per le Ausl di Imola, Ferrara, Forlì e Rimini, il tasso registrato è significativamente più contenuto rispetto a quello di riferimento.

S3.7 Prevalenza trattata per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze

Questo indicatore riflette la prevalenza annuale di utenti presi in carico dai servizi territoriali con diagnosi di disturbo mentale indotto da sostanze e dipendenze, con riferimento all'anno 2010. Il tasso è espresso per mille abitanti maggiorenni residenti nel territorio di competenza della Ausl a cui DSM-DP afferisce.

Ausl di Residenza	Tasso*1.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	0,16 (0,12-0,22)	0,606 (0,440-0,835)
Parma	0,21 (0,17-0,26)	0,809 (0,644-1,018)
Reggio Emilia	0,66 (0,59-0,74)	2,523 (2,212-2,878)
Modena	0,31 (0,27-0,36)	1,195 (1,020-1,400)
Bologna	0,23 (0,20-0,27)	0,894 (0,760-1,052)
Imola	0,11 (0,06-0,19)	0,416 (0,235-0,735)
Ferrara	0,18 (0,13-0,23)	0,670 (0,511-0,879)
Ravenna	0,16 (0,12-0,21)	0,620 (0,471-0,815)
Forlì	0,22 (0,16-0,31)	0,841 (0,601-1,179)
Cesena	0,17 (0,12-0,24)	0,638 (0,441-0,923)
Rimini	0,12 (0,09-0,17)	0,460 (0,325-0,651)
RER	0,26 (0,25-0,28)	Riferimento

I tassi variano tra lo 0,1‰ di Imola e lo 0,7‰ di Reggio Emilia. La variabilità regionale appare particolarmente elevata. Un tasso significativamente più elevato di quello regionale (0,3‰) è stato registrato nelle Ausl di Reggio Emilia e Modena, mentre tassi significativamente più bassi di quello assunto come riferimento sono registrati nelle Ausl di Piacenza, Imola, Ferrara, Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini.

S3.8 Prevalenza trattata per altre diagnosi

Questo indicatore riflette la prevalenza annuale di utenti presi in carico dai servizi territoriali con altre diagnosi rispetto a quelle considerate precedentemente nell'anno di stima. Il tasso è espresso per mille abitanti maggiorenni residenti nel territorio di competenza della Ausl a cui DSM-DP afferisce.

Ausl di Residenza	Tasso*1.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	1,95 (1,78-2,13)	1,050 (0,957-1,152)
Parma	1,64 (1,51-1,77)	0,880 (0,810-0,956)
Reggio Emilia	2,56 (2,42-2,72)	1,379 (1,294-1,469)
Modena	2,04 (1,93-2,16)	1,100 (1,035-1,170)
Bologna	2,21 (2,11-2,32)	1,192 (1,129-1,258)
Imola	1,42 (1,21-1,66)	0,763 (0,651-0,894)
Ferrara	2,02 (1,87-2,19)	1,088 (1,003-1,180)
Ravenna	1,41 (1,29-1,55)	0,761 (0,693-0,836)
Forlì	1,15 (0,99-1,33)	0,617 (0,533-0,715)
Cesena	1,42 (1,25-1,61)	0,764 (0,673-0,867)
Rimini	0,83 (0,73-0,95)	0,449 (0,393-0,512)
RER	1,86 (1,81-1,90)	Riferimento

Con riferimento all'anno 2010, i tassi variano tra lo 0,8‰ di Rimini e il 2,6‰ di Reggio Emilia. La variabilità regionale appare particolarmente elevata. Un tasso significativamente più elevato rispetto a quello regionale (1,9‰) è stato registrato nelle Ausl di Reggio Emilia, Modena, Bologna e Ferrara, mentre tassi significativamente più contenuti rispetto a quello assunto come riferimento sono registrati nelle Ausl di Parma, Imola, Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini.

La continuità nei trattamenti (S4 - S15 - S18)

S4 % di abbandono del trattamento nei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche

Questo indicatore, che prevede una valutazione prospettica del numero di contatti successivi alla presa in carico, è tratto dal flusso SISM. L'abbandono del trattamento è definito come un numero di contatti annuali inferiore a tre. Il valore globale dell'indicatore è puramente indicativo perché dipende dal case-mix di pazienti in carico. Si ipotizza, infatti, che il tasso di abbandono debba essere più basso per le patologie gravi, che restano in carico ai servizi di salute mentale, rispetto alle patologie meno gravi, in cui il paziente viene, con maggior probabilità, visto in consulenza e poi seguito dal medico di medicina generale. Con riferimento all'anno 2010, l'indicatore è espresso come percentuale.

Ausl di erogazione	Percentuale (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	11,1 (10,0-12,3)	0,968 (0,872-1,075)
Parma	8,6 (7,6-9,6)	0,746 (0,661-0,842)
Reggio Emilia	13,0 (12,2-13,8)	1,132 (1,058-1,212)
Modena	14,2 (13,3-15,1)	1,235 (1,154-1,322)
Bologna	12,9 (12,3-13,6)	1,130 (1,067-1,197)
Imola	5,1 (3,8-6,7)	0,445 (0,335-0,590)
Ferrara	10,9 (9,8-12,1)	0,950 (0,852-1,058)
Ravenna	11,4 (10,3-12,6)	0,993 (0,894-1,103)
Forlì	11,8 (10,3-13,4)	1,026 (0,894-1,178)
Cesena	7,2 (6,2-8,4)	0,627 (0,538-0,732)
Rimini	5,8 (5,0-6,7)	0,506 (0,433-0,591)
RER	11,5 (11,2-11,8)	Riferimento

Con riferimento all'anno di stima (2010), le percentuali di abbandono del trattamento variano tra il 5,1% di Imola e il 14,2% di Modena. La variabilità regionale appare particolarmente elevata. Percentuali di abbandono del trattamento significativamente più contenute rispetto alla percentuale media regionale (11,5%) sono registrate nelle Ausl di Parma, Imola, Cesena e Rimini, mentre percentuali di abbandono del trattamento significativamente più elevate rispetto a quella di riferimento sono registrate nelle Ausl di Reggio Emilia, Modena e Bologna.

S4.1 % abbandono del trattamento per schizofrenia e disturbi psicotici su pazienti maggiorenni in carico al CSM

Questo indicatore è specifico per l'utenza con diagnosi di schizofrenia e disturbo psicotico. L'indicatore è espresso come percentuale.

Ausl di erogazione	Percentuale (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	5,9 (4,6-7,5)	1,159 (0,898-1,494)
Parma	3,9 (2,8-5,3)	0,767 (0,557-1,057)
Reggio Emilia	5,1 (4,2-6,2)	1,010 (0,819-1,246)
Modena	5,8 (4,8-6,9)	1,139 (0,940-1,381)
Bologna	4,6 (3,9-5,5)	0,914 (0,758-1,101)
Imola	2,3 (1,2-4,5)	0,459 (0,231-0,915)
Ferrara	5,7 (4,4-7,4)	1,124 (0,855-1,479)
Ravenna	8,0 (6,5-9,9)	1,582 (1,266-1,977)
Forlì	7,2 (5,3-9,8)	1,423 (1,038-1,950)
Cesena	2,9 (1,9-4,4)	0,578 (0,377-0,886)
Rimini	2,9 (2,0-4,1)	0,571 (0,396-0,824)
RER	5,1 (4,7-5,5)	Riferimento

Con riferimento al 2010, la percentuale di abbandono del trattamento per schizofrenia e disturbi psicotici varia dal 2,3% di Imola all' 8,0% di Ravenna. La variabilità regionale appare elevata. Le Ausl di Imola, Cesena e Rimini hanno registrato percentuali significativamente più contenute del valore medio regionale (5,1%), mentre le Ausl di Ravenna e Forlì registrano percentuali significativamente più alte rispetto a quella di riferimento.

S4.2 % abbandono del trattamento per disturbi dell'umore su pazienti maggiorenni in carico al CSM

Questo indicatore è specifico per la sola utenza con diagnosi di disturbi dell'umore. Con riferimento all'anno 2010, l'indicatore è espresso come percentuale.

Ausl di erogazione	Percentuale (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	9,1 (6,3-12,8)	1,126 (0,779-1,626)
Parma	6,7 (3,9-11,4)	0,833 (0,478-1,452)
Reggio Emilia	5,9 (4,2-8,3)	0,736 (0,513-1,057)
Modena	9,9 (7,6-12,9)	1,232 (0,924-1,642)
Bologna	8,3 (6,9-10,1)	1,036 (0,834-1,287)
Imola	3,1 (1,2-7,6)	0,382 (0,145-1,008)
Ferrara	11,6 (8,5-15,7)	1,444 (1,041-2,004)
Ravenna	8,4 (6,0-11,6)	1,043 (0,738-1,476)
Forlì	10,5 (7,1-15,4)	1,308 (0,869-1,967)
Cesena	5,7 (3,8-8,5)	0,706 (0,465-1,073)
Rimini	6,0 (3,5-10,2)	0,749 (0,429-1,309)
RER	8,1 (7,3-8,9)	Riferimento

La percentuale di abbandono del trattamento per i disturbi dell'umore varia dal 5,7% di Cesena all' 11,6% di Ferrara. La variabilità intra regionale è contenuta. La sola Ausl di Ferrara si discosta dal valore medio regionale, facendo registrare una percentuale di abbandono significativamente più alta di quella presa come riferimento.

S4.3 Percentuale abbandono del trattamento per depressione lieve-moderata su pazienti maggiorenni in carico al CSM

Questo indicatore è specifico per la sola utenza con diagnosi di depressione lieve-moderata. L'indicatore è espresso come percentuale.

Ausl di erogazione	Percentuale (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	13,9 (10,5-18,2)	1,015 (0,761-1,352)
Parma	24,6 (18,9-31,4)	1,792 (1,372-2,342)
Reggio Emilia	10,9 (8,4-13,9)	0,792 (0,611-1,029)
Modena	15,7 (12,7-19,2)	1,145 (0,919-1,426)
Bologna	14,7 (12,8-16,8)	1,071 (0,914-1,254)
Imola	4,6 (2,1-9,7)	0,337 (0,153-0,738)
Ferrara	13,0 (9,6-17,2)	0,945 (0,698-1,278)
Ravenna	14,7 (11,5-18,6)	1,072 (0,832-1,381)
Forlì	19,6 (14,8-25,5)	1,430 (1,076-1,901)
Cesena	6,2 (4,2-9,1)	0,452 (0,305-0,671)
Rimini	14,1 (9,9-19,6)	1,026 (0,722-1,458)
RER	13,7 (12,7-14,8)	Riferimento

Con riferimento al 2010, la percentuale di abbandono del trattamento varia dal 4,6% di Imola al 24,6% di Parma. La variabilità regionale appare elevata. Le Ausl di Imola e Cesena hanno registrato percentuali significativamente più contenute del valore medio regionale (13,7%), mentre le Ausl di Parma e Forlì registrano percentuali significativamente più alte rispetto a quella di riferimento.

S4.4 Percentuale abbandono del trattamento per disturbi d'ansia e dell'adattamento su pazienti maggiorenni in carico al CSM

Questo indicatore è specifico per la sola utenza con diagnosi di disturbi d'ansia e dell'adattamento. L'indicatore è espresso come percentuale.

Ausl di erogazione	Percentuale (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	17,0 (14,4-20)	0,839 (0,707-0,995)
Parma	14,4 (11,1-18,4)	0,712 (0,550-0,921)
Reggio Emilia	23,2 (21-25,6)	1,148 (1,031-1,279)
Modena	26,4 (23,8-29,1)	1,304 (1,170-1,455)
Bologna	23,0 (21,4-24,8)	1,137 (1,044-1,239)
Imola	7,9 (4,2-14,3)	0,390 (0,208-0,731)
Ferrara	13,5 (11,0-16,3)	0,666 (0,544-0,814)
Ravenna	15,9 (12,5-19,9)	0,784 (0,618-0,994)
Forlì	21,3 (16,7-26,8)	1,052 (0,825-1,340)
Cesena	15,0 (11,8-18,7)	0,739 (0,584-0,935)
Rimini	11,9 (9,2-15,4)	0,590 (0,454-0,766)
RER	20,2 (19,4-21,1)	Riferimento

Con riferimento al 2010, la percentuale di abbandono del trattamento varia dal 7,9% di Imola al 26,4% di Modena. La variabilità regionale per questo indicatore è particolarmente elevata. Le Ausl di Piacenza, Parma, Imola, Ferrara, Ravenna, Cesena e Rimini hanno registrato percentuali di abbandono significativamente più contenute del valore medio regionale (20,2%), mentre le Ausl di Reggio Emilia, Modena, Bologna e Forlì registrano percentuali di abbandono significativamente più elevate rispetto a quella di riferimento.

S4.5 Percentuale abbandono del trattamento per disturbi di personalità su pazienti maggiorenni in carico al CSM

Questo indicatore è specifico per la sola utenza con diagnosi di disturbi di personalità. Con riferimento all'anno 2010, l'indicatore è espresso come percentuale.

Ausl di erogazione	Percentuale (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	6,9 (4,2-11,1)	0,818 (0,498-1,344)
Parma	5,6 (3,7-8,4)	0,664 (0,434-1,016)
Reggio Emilia	9,8 (8,2-11,8)	1,162 (0,947-1,426)
Modena	9,6 (7,9-11,7)	1,142 (0,923-1,413)
Bologna	9,1 (7,6-10,7)	1,073 (0,884-1,301)
Imola	4,5 (2,1-9,5)	0,534 (0,243-1,173)
Ferrara	10,5 (7,4-14,6)	1,239 (0,868-1,768)
Ravenna	7,9 (5,3-11,4)	0,931 (0,628-1,381)
Forlì	7,8 (3,8-15,2)	0,920 (0,449-1,885)
Cesena	5,1 (2,5-10,2)	0,605 (0,292-1,251)
Rimini	4,7 (3,0-7,5)	0,562 (0,350-0,901)
RER	8,5 (7,7-9,2)	Riferimento

La percentuale di abbandono del trattamento varia dal 4,7% di Rimini al 10,5% di Ferrara. La Ausl di Rimini è l'unica che registra una percentuale di abbandono per disturbi della personalità significativamente diversa dal valore medio regionale (8,5%). Per questa Ausl di registra una percentuale più contenuta della valore assunto come riferimento.

S4.6 Percentuale abbandono del trattamento per demenze su pazienti maggiorenni in carico al CSM

Questo indicatore è specifico per la sola utenza con diagnosi di demenza. L'indicatore è espresso come percentuale.

Ausl di erogazione	Percentuale (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	13,9 (7,7-23,7)	0,628 (0,349-1,129)
Parma	27,4 (20,6-35,5)	1,239 (0,919-1,669)
Reggio Emilia	24,7 (18,8-31,7)	1,117 (0,838-1,488)
Modena	23,2 (17,5-30,2)	1,049 (0,778-1,415)
Bologna	23,2 (17,8-29,6)	1,049 (0,791-1,389)
Imola	9,1 (2,5-27,8)	0,411 (0,109-1,548)
Ferrara	21,8 (12,9-34,4)	0,986 (0,590-1,648)
Ravenna	27,3 (18,0-39,0)	1,233 (0,818-1,859)
Forlì	29,6 (15,9-48,5)	1,339 (0,740-2,423)
Cesena	12,2 (5,3-25,5)	0,551 (0,240-1,264)
Rimini	6,1 (2,1-16,5)	0,277 (0,092-0,834)
RER	22,1 (19,7-24,8)	Riferimento

La percentuale di abbandono del trattamento varia dal 6,1% di Rimini al 29,6% di Forlì. Come per l'indicatore precedente, la variabilità intra regionale risulta moderata, l'unica Ausl che registra una percentuale di abbandono per demenze significativamente diversa dal valore medio regionale (22,1%) è quella di Rimini.

S4.7 Percentuale abbandono del trattamento per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze su pazienti maggiorenni in carico al CSM

Questo indicatore è specifico per la utenza con diagnosi di disturbo mentale indotto da sostanze e dipendenze. Con anno di riferimento 2010, l'indicatore è espresso come percentuale.

Ausl di erogazione	Percentuale (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	3,3 (0,6-16,7)	0,204 (0,029-1,410)
Parma	10,7 (5,0-21,5)	0,655 (0,302-1,420)
Reggio Emilia	24,6 (19,7-30,3)	1,504 (1,148-1,971)
Modena	16,8 (11,5-23,9)	1,027 (0,684-1,542)
Bologna	10,6 (6,2-17,6)	0,649 (0,371-1,136)
Imola	0,0 (0,0-35,4)	-
Ferrara	11,1 (4,4-25,3)	0,679 (0,266-1,736)
Ravenna	16,7 (8,3-30,6)	1,019 (0,508-2,043)
Forlì	13,8 (5,5-30,6)	0,843 (0,335-2,125)
Cesena	10,5 (2,9-31,4)	0,644 (0,172-2,412)
Rimini	4,0 (0,7-19,5)	0,245 (0,036-1,680)
RER	16,4 (13,9-19,2)	Riferimento

La percentuale di abbandono del trattamento varia dallo 0,0% di Imola al 24,6% di Reggio Emilia. Anche questo indicatore mostra una variabilità intra regionale contenuta, l'unica percentuale che si discosta dal valore medio regionale (16,4%) è quella registrata a Reggio Emilia. In questa Ausl il tasso di abbandono del trattamento per disturbi mentali indotti da sostanze e da dipendenze è significativamente più elevato di quello di riferimento.

S4.8 Percentuale abbandono del trattamento per altre diagnosi su pazienti maggiorenni in carico al CSM

Questo indicatore è specifico per la sola utenza con diagnosi psichiatriche non incluse nei precedenti raggruppamenti. L'indicatore è espresso come percentuale.

Ausl di erogazione	Percentuale (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	17,6 (13,9-22,1)	0,996 (0,782-1,268)
Parma	11,4 (8,6-15,0)	0,646 (0,485-0,859)
Reggio Emilia	18,4 (16,0-21,1)	1,039 (0,893-1,209)
Modena	24,3 (21,4-27,5)	1,374 (1,192-1,584)
Bologna	19,4 (17,0-22,0)	1,095 (0,948-1,263)
Imola	11,5 (6,5-19,4)	0,647 (0,370-1,133)
Ferrara	15,7 (12,3-19,9)	0,889 (0,693-1,139)
Ravenna	18,6 (14,5-23,4)	1,048 (0,817-1,344)
Forlì	11,6 (6,9-18,9)	0,656 (0,392-1,097)
Cesena	8,8 (5,3-14,2)	0,497 (0,300-0,823)
Rimini	8,2 (4,8-13,5)	0,462 (0,273-0,780)
RER	17,7 (16,6-18,8)	Riferimento

Con riferimento al 2010, la percentuale di abbandono del trattamento varia dal 8,2% di Rimini al 24,3% di Modena. La variabilità regionale per questo indicatore risulta elevata. Le Ausl di Parma, Imola, Cesena e Rimini hanno registrato percentuali di abbandono significativamente più contenute del valore medio regionale (17,7%), mentre l'unica Ausl in cui si registra una percentuale di abbandono significativamente superiore a quella assunta come riferimento è l'Ausl di Modena.

S15. Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni

Come detto in precedenza, questo indicatore riflette la mancata presa in carico da parte dei servizi territoriali dei pazienti dimessi da strutture di ricovero per acuti. Il ricovero ripetuto di pazienti con patologie mentali nel corso del mese successivo alla dimissione, infatti, è indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte della salute mentale territoriale. Con riferimento all'anno 2010, l'indicatore è espresso come percentuale.

Ausl di erogazione	Percentuale (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	12,6 (9,6-16,5)	1,070 (0,807-1,419)
Parma	7,6 (5,9-9,7)	0,643 (0,497-0,834)
Reggio Emilia	12,9 (9,4-17,6)	1,096 (0,791-1,518)
Modena	14,2 (12,2-16,4)	1,204 (1,022-1,418)
Bologna	10,3 (8,5-12,3)	0,870 (0,714-1,060)
Imola	7,2 (4,1-12,4)	0,609 (0,343-1,080)
Ferrara	16,4 (13,9-19,3)	1,390 (1,163-1,661)
Ravenna	11,4 (9,2-14,2)	0,968 (0,770-1,216)
Forlì	11,0 (7,8-15,3)	0,934 (0,662-1,318)
Cesena	11,8 (8,7-15,7)	0,998 (0,737-1,351)
Rimini	9,7 (6,9-13,5)	0,823 (0,585-1,158)
RER	11,8 (11,0-12,7)	Riferimento

La percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni dalla data di dimissione varia dal 7,6% di Parma al 16,4% di Ferrara. Le uniche tre Ausl che registrano valori significativamente diversi dal valore medio regionale (11,8%) sono le Ausl di Parma, Modena e Ferrara. Per la prima si registra un valore, in termini statistici, più contenuto rispetto a quello di riferimento, mentre per le altre due si registra una percentuale significativamente più alta.

S18. Contatto con DSM entro 15 giorni dalla dimissione negli utenti maggiorenni non noti ai servizi territoriali.

L'SPDC può rappresentare il luogo contenitivo della crisi per una prima risposta all'acuzie nei pazienti all'esordio del disturbo; in questo senso, ha un ruolo centrale nella valutazione clinico-diagnostica, nell'impostazione delle terapie farmacologiche e nello sviluppo delle condizioni favorevoli alla presa in carico da parte delle strutture territoriali. Questo indicatore, misurando la tempestività con cui i servizi territoriali prendono in carico i 'nuovi' pazienti dimessi dagli SPDC, si propone di valutare in che misura questi ultimi sono in grado di garantire la continuità delle cure. Data la bassa numerosità di casi in cui questa condizione si verifica, questo indicatore, nelle sue tre versioni, risulta nel complesso poco affidabile.

Ausl di erogazione	Percentuale (I.C. 95%)		
	Complessiva (S18)	Di cui da strutture pubbliche (S18.1)	Di cui da strutture private accreditate (S18.2)
Piacenza	0,0 (0,0-43,4)	0,0 (0,0-43,4)	-
Parma	9,5 (6,5-13,5)	11,0 (7,1-16,7)	7,2 (3,7-13,6)
Reggio Emilia	25,0 (4,6-69,9)	25,0 (4,6-69,9)	-
Modena	39,2 (33,4-45,4)	40,9 (33,8-48,4)	35,4 (25,8-46,4)
Bologna	18,7 (14,3-24,0)	21,2 (15,9-27,8)	11,9 (6,2-21,8)
Imola	0,0 (0,0-56,1)	0,0 (0,0-56,1)	-
Ferrara	0,0 (0,0-22,8)	0,0 (0,0-22,8)	-
Ravenna	39,3 (27,6-52,4)	58,8 (42,2-73,6)	9,1 (2,5-27,8)
Forlì	0,0 (0,0-79,3)	0,0 (0-79,3)	-
Cesena	0,0 (0,0-29,9)	0,0 (0-29,9)	-
Rimini	0,0 (0,0-43,4)	0,0 (0-43,4)	-
RER	22,3 (19,6-25,1)	25,0 (21,7-28,7)	16,5 (12,6-21,3)

La terapia farmacologica(S7 – S8 – S17)

S7. Percentuale di abbandoni per SSRI (Antidepressivi) nei depressi maggiorenni.

Questo indicatore si basa sul presupposto che un consumo di antidepressivi SSRI inferiore a 3 confezioni sia indicativo di un trattamento farmacologico inefficace per la fase acuta di un episodio depressivo. Con riferimento all'anno 2010, l'indicatore è espresso come percentuale.

Ausl di erogazione	Percentuale (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	26,4 (19,5-34,6)	1,468 (1,085-1,987)
Parma	17,7 (13,0-23,6)	0,985 (0,720-1,348)
Reggio Emilia	16,7 (12,5-21,8)	0,929 (0,692-1,246)
Modena	16,6 (11,9-22,6)	0,924 (0,661-1,290)
Bologna	18,4 (15,5-21,8)	1,026 (0,844-1,247)
Imola	27,7 (16,9-41,8)	1,541 (0,962-2,468)
Ferrara	18,2 (13,5-24,0)	1,013 (0,749-1,369)
Ravenna	15,4 (10,3-22,5)	0,860 (0,575-1,288)
Forlì	12,8 (8,7-18,4)	0,712 (0,481-1,054)
Cesena	14,3 (9,6-20,7)	0,796 (0,535-1,184)
Rimini	24,7 (16,9-34,6)	1,377 (0,948-2,001)
RER	17,9 (16,4-19,6)	Riferimento

La percentuale di abbandono per SSRI nei depressi maggiorenni varia dallo 12,8% di Forlì al 26,4% di Piacenza. Questo indicatore mostra una variabilità regionale contenuta, l'unica percentuale che si discosta dal valore medio regionale (17,9%) è quella registrata per l'Ausl di Piacenza. In questa Ausl la percentuale di abbandono è significativamente più elevata di quella di riferimento.

S8. % di pazienti aderenti alla terapia con antidepressivi

Questo indicatore, tratto dai flussi AFT e FED, è ottenuto come percentuale di pazienti trattati con antidepressivi che assumono almeno 290 unità posologiche. L'indicatore è espresso come percentuale.

Ausl di erogazione	Percentuale (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	23,9 (23,4-24,5)	0,872 (0,851-0,894)
Parma	23,3 (22,9-23,7)	0,850 (0,835-0,865)
Reggio Emilia	26,9 (26,5-27,3)	0,980 (0,964-0,997)
Modena	27,7 (27,4-28,1)	1,011 (0,996-1,025)
Bologna	28,5 (28,2-28,9)	1,040 (1,027-1,054)
Imola	29,0 (28,1-29,9)	1,055 (1,022-1,090)
Ferrara	27,0 (26,6-27,5)	0,986 (0,968-1,004)
Ravenna	31,1 (30,6-31,6)	1,134 (1,115-1,154)
Forlì	30,3 (29,6-31,1)	1,105 (1,077-1,133)
Cesena	28,8 (28,1-29,5)	1,050 (1,024-1,076)
Rimini	27,2 (26,6-27,7)	0,990 (0,969-1,012)
RER	27,4 (27,3-27,6)	Riferimento

Con riferimento al 2010, la percentuale di pazienti aderenti alla terapia con antidepressivi varia dal 23,3% di Parma al 31,1% di Ravenna. La variabilità regionale per questo indicatore risulta elevata. Le Ausl di Bologna, Imola, Ravenna, Forlì e Cesena hanno registrato percentuali di aderenza significativamente più alte del valore medio regionale (27,4%), mentre le Ausl di Piacenza, Parma e Reggio Emilia registrano percentuali di aderenza significativamente più contenute rispetto a quella assunta come riferimento.

S17. Percentuale di pazienti dimessi con disturbo bipolare trattati con stabilizzanti dell'umore nei 3 mesi successivi alla dimissione.

Questo indicatore esamina l'aderenza alle linee guida per il disturbo bipolare, che prevedono il trattamento con stabilizzanti dell'umore nella fase di mantenimento per prevenire la ricorrenza di episodi di malattia. L'indicatore è espresso come percentuale.

Ausl di erogazione	Percentuale (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	39,4 (24,7-56,3)	0,600 (0,392-0,918)
Parma	61,1 (51,8-69,5)	0,930 (0,797-1,085)
Reggio Emilia	45,5 (29,8-62,0)	0,692 (0,475-1,009)
Modena	58,1 (50,2-65,5)	0,884 (0,768-1,019)
Bologna	72,9 (66,2-78,7)	1,111 (1,008-1,224)
Imola	44,8 (28,4-62,5)	0,683 (0,455-1,025)
Ferrara	51,1 (37,2-64,7)	0,778 (0,586-1,033)
Ravenna	67,4 (60,3-73,8)	1,027 (0,919-1,147)
Forlì	82,4 (69,7-90,4)	1,254 (1,096-1,436)
Cesena	76,5 (67,2-83,8)	1,166 (1,035-1,313)
Rimini	82,7 (70,3-90,6)	1,260 (1,103-1,438)
RER	65,7 (62,6-68,6)	Riferimento

Con riferimento al 2010, la percentuale di pazienti aderenti alla terapia farmacologica varia dal 39,4% di Piacenza al 82,7% di Rimini. La variabilità regionale risulta elevata. Le Ausl di Bologna, Forlì, Cesena e Rimini hanno registrato percentuali di aderenza significativamente più alte del valore medio regionale (65,7%), mentre per l'Ausl di Piacenza si registra una percentuale di aderenza significativamente più contenuta rispetto a quella assunta come riferimento.

Gli antidepressivi: consumi (S5 – S6) e prescrizione efficiente (S9 – S10)

S5. Consumo di antidepressivi nella popolazione maggiorenne

Questo indicatore, tratto dai flussi AFT e FED, prende in esame il consumo di antidepressivi (codice ATC=N06A) nella popolazione maggiorenne. Il consumo dei farmaci viene definito come Defined Daily Dose (DDD), o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. L'indicatore è calcolato come numero di DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno X 1.000 diviso il numero di residenti maggiorenni X 365.

Ausl di residenza	*1.000/die (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	43,09 (43,05-43,14)	0,805 (0,804-0,806)
Parma	56,87 (56,84-56,91)	1,062 (1,061-1,063)
Reggio Emilia	53,36 (53,32-53,39)	0,997 (0,996-0,998)
Modena	53,66 (53,63-53,69)	1,002 (1,001-1,003)
Bologna	56,10 (56,08-56,13)	1,048 (1,047-1,049)
Imola	47,98 (47,91-48,04)	0,896 (0,895-0,897)
Ferrara	53,53 (53,49-53,58)	0,999 (0,998-1,001)
Ravenna	57,26 (57,22-57,31)	1,070 (1,069-1,071)
Forlì	55,50 (55,44-55,56)	1,037 (1,035-1,039)
Cesena	55,81 (55,75-55,87)	1,042 (1,041-1,043)
Rimini	46,73 (46,69-46,77)	0,873 (0,872-0,874)
RER	53,54 (53,53-53,55)	Riferimento

Con riferimento al 2010, il consumo di farmaci antidepressivi nella popolazione maggiorenne residente varia da 43,1‰/die di Piacenza a 56,9‰/die di Parma. La variabilità regionale risulta elevata. Le Ausl di Piacenza, Reggio Emilia, Imola e Rimini hanno registrato consumi di antidepressivi significativamente più contenuti rispetto al valore medio regionale (53,5‰/die), mentre per le Ausl di Parma, Modena, Bologna, Ravenna, Forlì e Cesena si registrano consumi di antidepressivi significativamente più elevati rispetto a quella assunto come riferimento.

S5.1f Consumo di antidepressivi (N06A) nella popolazione femminile maggiorenne

Questo indicatore riguarda il consumo di antidepressivi (codice ATC=N06A) nella sola popolazione maggiorenne femminile.

Ausl di residenza	*1.000/die (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	59,19 (59,12-59,26)	0,819 (0,818-0,820)
Parma	76,20 (76,14-76,27)	1,055 (1,054-1,056)
Reggio Emilia	73,28 (73,23-73,34)	1,014 (1,013-1,015)
Modena	72,60 (72,55-72,65)	1,005 (1,004-1,006)
Bologna	75,05 (75,01-75,10)	1,039 (1,038-1,040)
Imola	64,90 (64,79-65,01)	0,898 (0,896-0,900)
Ferrara	73,51 (73,44-73,58)	1,017 (1,016-1,018)
Ravenna	77,70 (77,63-77,76)	1,075 (1,074-1,076)
Forlì	74,52 (74,43-74,62)	1,031 (1,030-1,032)
Cesena	73,94 (73,85-74,04)	1,023 (1,022-1,024)
Rimini	61,18 (61,11-61,24)	0,847 (0,846-0,848)
RER	72,26 (72,24-72,28)	Riferimento

Con riferimento al 2010, il consumo di farmaci antidepressivi nella popolazione femminile maggiorenne residente varia da 59,2‰/die di Piacenza a 76,2‰/die di Parma. La variabilità regionale risulta elevata. In particolare, le Ausl di Piacenza, Imola e Rimini hanno registrato consumi significativamente più contenuti rispetto al valore medio regionale (72,3‰/die), mentre le altre Ausl della regione Emilia-Romagna registrano consumi significativamente più elevati.

S5.1m Consumo di antidepressivi (N06A) nella popolazione maschile maggiorenne

Questo indicatore, tratto dai flussi AFT e FED, prende in esame il consumo di antidepressivi (codice ATC=N06A) nella sola popolazione maggiorenne maschile.

Ausl di residenza	*1.000/die (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	25,85 (25,81-25,9)	0,777 (0,775-0,778)
Parma	35,94 (35,89-35,98)	1,079 (1,078-1,081)
Reggio Emilia	32,40 (32,36-32,44)	0,973 (0,972-0,974)
Modena	33,46 (33,43-33,5)	1,005 (1,004-1,006)
Bologna	35,12 (35,09-35,16)	1,055 (1,054-1,056)
Imola	29,91 (29,83-29,99)	0,898 (0,896-0,901)
Ferrara	31,24 (31,19-31,29)	0,938 (0,937-0,940)
Ravenna	35,17 (35,12-35,22)	1,056 (1,055-1,058)
Forlì	34,89 (34,83-34,96)	1,048 (1,046-1,050)
Cesena	36,55 (36,48-36,61)	1,098 (1,096-1,100)
Rimini	31,04 (30,99-31,09)	0,932 (0,931-0,934)
RER	33,29 (33,28-33,31)	Riferimento

Con riferimento al 2010, il consumo di farmaci antidepressivi nella popolazione maschile maggiorenne residente varia da 25,8‰/die di Piacenza a 36,5‰/die di Cesena. La variabilità regionale risulta particolarmente elevata. In particolare, le Ausl di Piacenza, Reggio Emilia, Imola, Ferrara e Rimini hanno registrato consumi significativamente più contenuti rispetto al valore medio regionale (33,3‰/die), mentre le altre Ausl della regione Emilia-Romagna registrano consumi significativamente più elevati.

S5.2 Consumo di antidepressivi (N06A) nella popolazione femminile di età compresa fra 30 e 59 anni

Il Rapporto Aifa 2011 riporta che nell'ultimo decennio il consumo di antidepressivi è cresciuto in maniera drammatica, da una parte per l'aumentata prevalenza di depressione ed altri disturbi psichiatrici di comune riscontro nella popolazione generale, quali ansia ed attacchi di panico, e dall'altro per la maggiore maneggevolezza di SSRI ed altri antidepressivi di recente commercializzazione. Inevitabilmente gli antidepressivi rappresentano ad oggi una delle principali componenti della spesa farmaceutica pubblica. In particolare Aifa registra un maggior consumo di farmaci antidepressivi nelle donne con differenze più marcate al di sopra dei 35 anni rispetto agli uomini.

Questo indicatore, tratto dai flussi AFT e FED, prende in esame il consumo di antidepressivi (codice ATC=N06A) nella sola popolazione femminile di età compresa tra i 30 e i 59 anni.

Ausl di residenza	*1.000/die (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	44,36 (44,27-44,44)	0,836 (0,834-0,838)
Parma	57,68 (57,6-57,76)	1,087 (1,086-1,089)
Reggio Emilia	52,24 (52,17-52,31)	0,985 (0,983-0,986)
Modena	52,45 (52,39-52,51)	0,989 (0,988-0,990)
Bologna	56,03 (55,98-56,09)	1,056 (1,055-1,057)
Imola	45,01 (44,88-45,13)	0,848 (0,846-0,851)
Ferrara	53,96 (53,88-54,05)	1,017 (1,016-1,018)
Ravenna	54,49 (54,41-54,57)	1,027 (1,025-1,029)
Forlì	59,33 (59,21-59,45)	1,118 (1,116-1,121)
Cesena	56,07 (55,96-56,18)	1,057 (1,055-1,059)
Rimini	44,21 (44,14-44,29)	0,833 (0,832-0,835)
RER	53,05 (53,03-53,08)	Riferimento

Monitorare l'utilizzo di antidepressivi, in questa delicata fase della vita della donna, può essere utile per mettere in evidenza una possibile inappropriata prescrizione.

Con riferimento al 2010, il consumo di farmaci antidepressivi nella popolazione femminile residente di età compresa tra 30 e 59 anni varia da 44,2%/die di Rimini a 59,3%/die di Forlì. La variabilità regionale risulta molto elevata. In particolare, le Ausl di Piacenza, Reggio Emilia, Imola e Rimini hanno registrato consumi significativamente più contenuti rispetto al valore medio regionale (53,0%/die), mentre le altre Ausl della regione Emilia-Romagna registrano consumi significativamente più elevati.

S6. Consumo di antidepressivi SSRI nella popolazione maggiorenne

Questo indicatore, analogo al precedente, indaga il consumo di una specifica classe di farmaci antidepressivi, gli inibitori della ricaptazione della serotonina, SSRI (codice ATC=N06AB), nella popolazione maggiorenne.

Ausl di residenza	*1.000/die (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	32,39 (32,35-32,42)	0,791 (0,790-0,792)
Parma	43,40 (43,37-43,43)	1,060 (1,059-1,061)
Reggio Emilia	42,73 (42,7-42,76)	1,044 (1,043-1,045)
Modena	41,41 (41,38-41,43)	1,012 (1,011-1,013)
Bologna	42,66 (42,64-42,69)	1,042 (1,041-1,043)
Imola	37,87 (37,81-37,93)	0,925 (0,924-0,927)
Ferrara	40,01 (39,97-40,05)	0,977 (0,976-0,978)
Ravenna	44,11 (44,08-44,15)	1,078 (1,077-1,079)
Forlì	42,29 (42,24-42,34)	1,033 (1,032-1,034)
Cesena	41,74 (41,69-41,79)	1,020 (1,018-1,022)
Rimini	33,93 (33,9-33,97)	0,829 (0,828-0,830)
RER	40,94 (40,92-40,95)	Riferimento

Con riferimento al 2010, il consumo di farmaci antidepressivi SSRI nella popolazione maggiorenne residente varia da 32,4‰/die di Piacenza a 44,1‰/die di Ravenna. Come per gli indicatori precedenti, la variabilità regionale risulta molto elevata. In particolare, le Ausl di Piacenza, Imola, Ferrara e Rimini hanno registrato consumi significativamente più contenuti rispetto al valore medio regionale (40,9‰/die), mentre le altre Ausl della regione Emilia-Romagna registrano consumi significativamente più elevati.

S6.1f Consumo di antidepressivi SSRI (N06AB) nella popolazione femminile maggiorenne

Questo indicatore riguarda la popolazione femminile maggiorenne. L'anno di analisi è il 2010.

Ausl di residenza	*1.000/die (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	44,68 (44,62-44,74)	0,805 (0,804-0,806)
Parma	58,52 (58,47-58,57)	1,055 (1,054-1,056)
Reggio Emilia	58,93 (58,88-58,99)	1,062 (1,061-1,063)
Modena	56,39 (56,35-56,44)	1,016 (1,015-1,017)
Bologna	57,32 (57,28-57,36)	1,033 (1,032-1,034)
Imola	51,19 (51,1-51,29)	0,923 (0,921-0,924)
Ferrara	54,92 (54,86-54,98)	0,990 (0,989-0,991)
Ravenna	59,85 (59,79-59,91)	1,079 (1,078-1,08)
Forlì	57,22 (57,14-57,31)	1,031 (1,030-1,032)
Cesena	55,63 (55,55-55,71)	1,003 (1,002-1,004)
Rimini	44,71 (44,66-44,77)	0,806 (0,805-0,807)
RER	55,49 (55,47-55,5)	Riferimento

Il consumo di farmaci antidepressivi SSRI nella popolazione femminile maggiorenne varia da 44,6‰/die di Piacenza a 59,8‰/die di Ravenna. Come per l'indicatore precedente, le Ausl di Piacenza, Imola, Ferrara e Rimini hanno registrato consumi significativamente più contenuti rispetto al valore medio regionale (55,5‰/die), mentre le altre Ausl della regione Emilia-Romagna registrano consumi significativamente più elevati.

S6.1m Consumo di antidepressivi SSRI (N06AB) nella popolazione maschile maggiorennе

Questo indicatore riflette il consumo della classe di antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina, SSRI (codice ATC=N06AB) nella popolazione maschile maggiorennе.

Ausl di residenza	*1.000/die (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	19,22 (19,18-19,26)	0,763 (0,761-0,765)
Parma	27,02 (26,98-27,06)	1,073 (1,071-1,075)
Reggio Emilia	25,68 (25,64-25,71)	1,019 (1,018-1,021)
Modena	25,43 (25,40-25,47)	1,010 (1,009-1,011)
Bologna	26,43 (26,40-26,46)	1,049 (1,048-1,050)
Imola	23,65 (23,58-23,72)	0,939 (0,936-0,942)
Ferrara	23,37 (23,33-23,41)	0,928 (0,926-0,930)
Ravenna	27,10 (27,06-27,14)	1,076 (1,074-1,078)
Forlì	26,12 (26,06-26,18)	1,037 (1,035-1,039)
Cesena	26,99 (26,93-27,05)	1,071 (1,069-1,073)
Rimini	22,21 (22,17-22,25)	0,882 (0,881-0,883)
RER	25,19 (25,18-25,2)	Riferimento

Il consumo di farmaci antidepressivi SSRI nella popolazione maschile maggiorennе varia da 19,2‰/die di Piacenza a 27,1‰/die di Ravenna. Come per l'indicatore relativo alla popolazione maggiorennе e per l'indicatore relativo alla popolazione femminile maggiorennе, le Ausl di Piacenza, Imola, Ferrara e Rimini hanno registrato consumi significativamente più contenuti rispetto al valore medio regionale (25,2‰/die), mentre le altre Ausl della regione Emilia-Romagna registrano consumi significativamente più elevati.

S6.2 Consumo di antidepressivi SSRI (N06AB) nella popolazione femminile di età compresa tra i 30 e i 59 anni

Questo indicatore riguarda la popolazione femminile di età compresa tra i 30 e i 59 anni.

Ausl di residenza	*1.000/die (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	33,39 (33,32-33,47)	0,821 (0,819-0,823)
Parma	44,30 (44,23-44,37)	1,089 (1,088-1,090)
Reggio Emilia	41,85 (41,79-41,91)	1,028 (1,027-1,029)
Modena	41,16 (41,11-41,21)	1,012 (1,011-1,013)
Bologna	42,53 (42,49-42,58)	1,045 (1,044-1,046)
Imola	34,42 (34,31-34,53)	0,846 (0,843-0,849)
Ferrara	40,34 (40,27-40,41)	0,991 (0,990-0,992)
Ravenna	40,79 (40,72-40,86)	1,003 (1,001-1,005)
Forlì	46,33 (46,22-46,44)	1,139 (1,136-1,142)
Cesena	41,96 (41,86-42,05)	1,031 (1,029-1,033)
Rimini	33,28 (33,22-33,35)	0,818 (0,816-0,820)
RER	40,69 (40,67-40,71)	Riferimento

Il consumo di farmaci antidepressivi SSRI nella popolazione femminile residente di età compresa tra i 30 ed i 59 anni varia da 33,3,2‰/die di Rimini a 44,3‰/die di Parma. Come per l'indicatore relativo alla popolazione femminile maggiorenne, le Ausl di Piacenza, Imola, Ferrara e Rimini hanno registrato consumi significativamente più contenuti rispetto al valore medio regionale (40,7‰/die), mentre le altre Ausl della regione Emilia-Romagna registrano consumi significativamente più elevati.

S9. % di SSRI a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Questo indicatore, tratto dal flusso AFT/FED, prende in esame le prescrizioni di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza. L'indicatore è ottenuto come percentuale di DDD di farmaci SSRI a brevetto scaduto rispetto al totale delle DDD di SSRI prescritte. A percentuali più alte corrisponde un maggiore contenimento della spesa per questa tipologia di farmaci.

Ausl di erogazione	Percentuale (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	74,87 (74,82-74,92)	0,979 (0,978-0,980)
Parma	84,88 (84,85-84,91)	1,110 (1,109-1,111)
Reggio Emilia	77,34 (77,31-77,38)	1,012 (1,011-1,013)
Modena	77,36 (77,33-77,39)	1,012 (1,011-1,013)
Bologna	77,00 (76,97-77,02)	1,007 (1,006-1,008)
Imola	75,48 (75,41-75,55)	0,987 (0,986-0,988)
Ferrara	65,25 (65,21-65,29)	0,854 (0,853-0,855)
Ravenna	76,36 (76,32-76,39)	0,998 (0,997-0,999)
Forlì	76,86 (76,8-76,91)	1,005 (1,004-1,006)
Cesena	74,75 (74,69-74,8)	0,978 (0,977-0,979)
Rimini	73,39 (73,34-73,44)	0,960 (0,959-0,961)
RER	76,45 (76,44-76,46)	Riferimento

La percentuale di antidepressivi SSRI a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza varia dal 73,4% di Rimini al 84,9 di Parma. La variabilità interregionale appare particolarmente elevata. Le Ausl di Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna e Forlì hanno registrato percentuali significativamente più elevate rispetto al valore medio regionale (76,4%), mentre le Ausl di

Piacenza, Imola, Ferrara, Ravenna, Cesena e Rimini registrano percentuali significativamente più contenute rispetto alla media regionale.

S10.% di altri antidepressivi a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Questo indicatore, tratto dal flusso AFT/FED, ed analogo al precedente, prende in esame la prescrizione di altri depressivi a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza. Con riferimento all'anno 2010, l'indicatore è espresso come percentuale.

Ausl di Residenza	Percentuale (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	57,09 (56,99-57,20)	1,070 (1,068-1,072)
Parma	57,68 (57,61-57,76)	1,081 (1,080-1,083)
Reggio Emilia	53,17 (53,09-53,26)	0,997 (0,995-0,998)
Modena	49,34 (49,28-49,41)	0,925 (0,923-0,926)
Bologna	50,38 (50,33-50,44)	0,944 (0,943-0,946)
Imola	56,36 (56,19-56,52)	1,056 (1,053-1,059)
Ferrara	49,50 (49,41-49,58)	0,928 (0,926-0,929)
Ravenna	56,02 (55,94-56,11)	1,050 (1,048-1,052)
Forlì	54,43 (54,3-54,55)	1,020 (1,018-1,023)
Cesena	58,65 (58,54-58,77)	1,099 (1,097-1,102)
Rimini	57,16 (57,06-57,26)	1,071 (1,069-1,073)
RER	53,35 (53,33-53,38)	Riferimento

La percentuale di antidepressivi SSRI a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza varia dal 73,4% di Rimini al 84,9 di Parma. La variabilità interregionale appare particolarmente elevata. Le Ausl di Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna e Forlì hanno registrato percentuali significativamente più elevate rispetto al valore medio regionale (76,4%), mentre le Ausl di Piacenza, Imola, Ferrara, Ravenna, Cesena e Rimini registrano percentuali significativamente più contenute rispetto alla media regionale.

L'ospedalizzazione nei pazienti psichiatrici e la degenza media (S13 - S14)

S13. Tasso di ricovero per patologie psichiatriche

Questo indicatore, ottenuto dal flusso SDO, rapporta il numero di ricoveri per patologie psichiatriche alla popolazione maggiorenne (X 100.000). Si considerano i soli ricoveri ordinari in reparto psichiatrico (40) dei residenti maggiorenni in regione, ovunque erogati, con Codici ICD9-CM per patologie psichiatriche in diagnosi principale: 290.**-319.**. Sono esclusi i ricoveri per disturbi dell'infanzia e adolescenza: 299.0*, 299.8*, 313-315.

Ausl di residenza	Tasso*100.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	169,8 (154,3-186,9)	0,702 (0,637-0,775)
Parma	262,1 (246,2-279)	1,084 (1,015-1,158)
Reggio Emilia	180,8 (168,6-193,9)	0,748 (0,695-0,804)
Modena	291,8 (278,3-306)	1,207 (1,146-1,271)
Bologna	260,5 (249-272,4)	1,077 (1,025-1,132)
Imola	238,1 (211-268,7)	0,985 (0,871-1,113)
Ferrara	290,3 (272,1-309,8)	1,201 (1,122-1,285)
Ravenna	266,6 (249,6-284,7)	1,102 (1,029-1,181)
Forlì	215,5 (193,8-239,5)	0,891 (0,800-0,993)
Cesena	228,4 (207-252)	0,945 (0,854-1,045)
Rimini	159,0 (144,7-174,6)	0,658 (0,597-0,724)
RER	241,8 (236,8-246,8)	Riferimento

Con riferimento all'anno 2010, il tasso varia da 159,0*100.000 dell'Ausl di Rimini a 290,3*100.000 dell'Ausl di Ferrara. Dall'analisi emerge che la variabilità intra regionale è elevata. Infatti, assumendo come riferimento il valore medio regionale (241,8*100.000), emergono realtà, come Piacenza, Reggio Emilia, Forlì e Rimini, che registrano un tasso di ospedalizzazione significativamente più contenuto del riferimento e altre, come Parma, Modena, Bologna, Ferrara e Ravenna, che registrano un tasso significativamente più alto.

Lo studio PROGRES-ACUTI, effettuato sulle strutture pubbliche e private di 20 regioni italiane (esclusa la Sicilia) nel 2002-2003, ha rilevato un tasso di ricovero di 19.8/10.000 abitanti.

S13.1 Tasso di ricovero per patologie psichiatriche su popolazione di età compresa fra 18 e 30 anni

Questo indicatore riflette il tasso di ricovero per patologie psichiatriche per la fascia di popolazione dai 18 ai 30 anni di età. Il tasso è espresso per 100.000 abitanti.

Ausl di residenza	Tasso*100.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	219,7 (176,3-273,7)	0,806 (0,643-1,010)
Parma	254,4 (216,3-299,3)	0,933 (0,787-1,107)
Reggio Emilia	227,0 (194,4-265,1)	0,833 (0,707-0,981)
Modena	336,0 (300,3-375,9)	1,233 (1,090-1,395)
Bologna	300,7 (268,4-336,9)	1,103 (0,974-1,250)
Imola	279,3 (208,2-374,7)	1,025 (0,760-1,383)
Ferrara	340,0 (287,2-402,6)	1,248 (1,046-1,488)
Ravenna	290,4 (245,1-344)	1,065 (0,892-1,272)
Forlì	222,2 (169,5-291,2)	0,815 (0,618-1,074)
Cesena	243,2 (191,3-309,3)	0,892 (0,698-1,142)
Rimini	178,9 (143,0-223,9)	0,657 (0,521-0,827)
RER	272,6 (259,1-286,8)	Riferimento

Nell'anno 2010, il tasso varia da 178,9*100.000 dell'Ausl di Rimini a 340,0*100.000 dell'Ausl di Ferrara. Dall'analisi viene in luce eterogeneità tra le Ausl della regione Emilia-Romagna. Infatti, assumendo come riferimento il valore medio regionale (272,6*100.000), emergono realtà, come Reggio Emilia e Rimini, che registrano un tasso di ospedalizzazione significativamente più contenuto del riferimento e altre, come Modena e Ferrara, che registrano un tasso significativamente più alto.

S13.2 Tasso di ricovero per patologie psichiatriche su popolazione di età compresa fra 31 e 64 anni

Questo indicatore riflette il tasso di ricovero per patologie psichiatriche per la fascia di popolazione dai 31 ai 64 anni di età. Il tasso è espresso per 100.000 abitanti.

Ausl di residenza	Tasso*100.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	189,8 (168,4-213,9)	0,628 (0,556-0,709)
Parma	329,5 (306,3-354,6)	1,090 (1,009-1,177)
Reggio Emilia	220,7 (203,4-239,5)	0,730 (0,670-0,795)
Modena	353,2 (334,0-373,5)	1,168 (1,099-1,242)
Bologna	323,9 (307,4-341,4)	1,071 (1,011-1,135)
Imola	278,4 (240,8-322,0)	0,921 (0,795-1,067)
Ferrara	379,9 (352,7-409,2)	1,256 (1,162-1,359)
Ravenna	355,7 (330,1-383,2)	1,176 (1,088-1,272)
Forlì	301,9 (268,4-339,7)	0,999 (0,886-1,126)
Cesena	284,9 (254,1-319,4)	0,942 (0,838-1,059)
Rimini	199,8 (179,3-222,6)	0,661 (0,591-0,738)
RER	302,3 (295,2-309,7)	Riferimento

Nel corso del 2010, il tasso di ospedalizzazione varia da 189,8*100.000 dell'Ausl di Piacenza a 379,9*100.000 dell'Ausl di Ferrara. Dall'analisi viene in luce grande eterogeneità tra le Ausl della regione Emilia-Romagna. Infatti, rispetto al valore medio regionale (302,3*100.000), emergono realtà, come Piacenza, Reggio Emilia e Rimini, che registrano un tasso di ospedalizzazione significativamente più contenuto della media regionale e altre, come Parma, Modena Bologna, Ferrara e Ravenna, che registrano un tasso significativamente più alto.

S13.3 Tasso di ricovero per patologie psichiatriche su popolazione di età superiore a 64 anni

Questo indicatore riflette il tasso di ricovero per patologie psichiatriche per la fascia di popolazione con età superiore ai 64 anni. Il tasso è espresso per 100.000 abitanti.

Ausl di Residenza	Tasso*100.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	103,0 (81,7-129,9)	1,143 (0,897-1,455)
Parma	117,8 (98,3-141,3)	1,307 (1,077-1,586)
Reggio Emilia	49,2 (37,5-64,7)	0,546 (0,412-0,724)
Modena	117,4 (101,1-136,5)	1,303 (1,106-1,535)
Bologna	106,6 (93,3-121,8)	1,182 (1,019-1,372)
Imola	126,3 (91,7-174)	1,401 (1,009-1,947)
Ferrara	89,8 (72,4-111,5)	0,997 (0,795-1,249)
Ravenna	68,1 (53,2-87,0)	0,755 (0,585-0,975)
Forlì	31,9 (19,0-53,5)	0,354 (0,209-0,600)
Cesena	85,3 (61,9-117,5)	0,946 (0,681-1,314)
Rimini	47,4 (33,6-67,0)	0,526 (0,370-0,749)
RER	90,1 (84,4-96,3)	Riferimento

Con riferimento all'anno 2010, il tasso di ospedalizzazione per popolazione over 64 anni varia da 31,9*100.000 dell'Ausl di Forlì a 126,3*100.000 dell'Ausl di Imola. Con riferimento alle ospedalizzazioni della popolazione over 64, nella regione Emilia-Romagna emergono realtà diversificate. Difatti, rispetto al valore medio regionale (90,1*100.000) le Ausl di Reggio Emilia, Ravenna, Forlì e Rimini registrano bassi tassi di ospedalizzazione, mentre le Ausl di Parma, Modena Bologna, Imola registrano alti tassi.

S13.4 Tasso di ricovero per schizofrenia e disturbi psicotici su popolazione maggiorenne

Questo indicatore riflette il tasso di ricovero della popolazione maggiorenne per schizofrenia e disturbi psicotici. Il tasso è espresso per 100.000 abitanti.

Ausl di Residenza	Tasso*100.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	50,9 (42,7-60,6)	0,623 (0,521-0,745)
Parma	86,7 (77,8-96,7)	1,062 (0,947-1,190)
Reggio Emilia	72,3 (64,8-80,8)	0,885 (0,788-0,994)
Modena	94,5 (86,9-102,7)	1,156 (1,056-1,266)
Bologna	87,3 (80,8-94,3)	1,068 (0,981-1,163)
Imola	110,9 (92,9-132,3)	1,357 (1,132-1,626)
Ferrara	87,5 (77,7-98,5)	1,071 (0,947-1,212)
Ravenna	84,2 (74,9-94,7)	1,031 (0,912-1,165)
Forlì	78,1 (65,5-93,1)	0,956 (0,799-1,144)
Cesena	65,2 (54,2-78,3)	0,798 (0,661-0,962)
Rimini	66,5 (57,5-76,9)	0,814 (0,701-0,945)
RER	81,7 (78,9-84,7)	Riferimento

Con riferimento all'anno 2010, il tasso di ospedalizzazione della popolazione maggiorenne affetta da schizofrenia e/o disturbi psicotici mostra grande variabilità, passando dal 50,9*100.000 dell'Ausl di Piacenza al 110,9*100.000 dell'Ausl di Imola. Rispetto al valore medio regionale (81,7*100.000) le Ausl di Reggio Emilia, Piacenza, Cesena e Rimini registrano tassi di ospedalizzazione significativamente inferiori, mentre le Ausl di Modena e Imola registrano tassi significativamente superiori.

S13.5 Tasso di ricovero per disturbi dell'umore su popolazione maggiorenne

Questo indicatore riflette il tasso di ricovero della popolazione maggiorenne per disturbi dell'umore. Il tasso è espresso per 100.000 abitanti.

Ausl di Residenza	Tasso*100.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	21,2 (16,1-27,8)	0,474 (0,360-0,625)
Parma	48,3 (41,8-55,9)	1,082 (0,928-1,262)
Reggio Emilia	24,6 (20,4-29,8)	0,552 (0,454-0,671)
Modena	58,3 (52,4-64,9)	1,306 (1,162-1,467)
Bologna	48,6 (43,8-54)	1,089 (0,971-1,221)
Imola	31,8 (22,9-44,2)	0,712 (0,509-0,995)
Ferrara	30,7 (25,1-37,4)	0,686 (0,559-0,843)
Ravenna	65,3 (57,2-74,6)	1,461 (1,269-1,683)
Forlì	51,0 (41,1-63,4)	1,142 (0,914-1,427)
Cesena	61,7 (51,1-74,6)	1,381 (1,136-1,679)
Rimini	34,7 (28,4-42,4)	0,777 (0,632-0,956)
RER	44,7 (42,6-46,9)	Riferimento

Con riferimento all'anno 2010, il tasso di ospedalizzazione della popolazione maggiorenne affetta da disturbi dell'umore riflette lo stesso andamento di quello specifico per schizofrenia e disturbi psicotici: esso mostra infatti grande variabilità. L'Ausl di Piacenza ha il tasso più basso (21,2*100.000), mentre l'estremo superiore viene individuato nell'Ausl di Ravenna (65,3*100.000). Rispetto al valore medio regionale (44,7*100.000) le Ausl di Reggio Emilia, Piacenza, Imola, Ferrara e Rimini registrano tassi di ospedalizzazione significativamente inferiori, mentre le Ausl di Modena, Ravenna e Cesena registrano tassi significativamente superiori.

S13.6 Tasso di ricovero per depressione lieve-moderata su popolazione maggiorenne

Questo indicatore riflette il tasso di ricovero della popolazione maggiorenne per depressione lieve-moderata. Il tasso è espresso per 100.000 abitanti.

Ausl di residenza	Tasso*100.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	13,4 (9,6-18,9)	0,634 (0,447-0,897)
Parma	35,2 (29,6-41,7)	1,658 (1,378-1,995)
Reggio Emilia	9,2 (6,8-12,5)	0,434 (0,316-0,597)
Modena	26,5 (22,6-31)	1,249 (1,051-1,485)
Bologna	19,0 (16,1-22,5)	0,898 (0,750-1,075)
Imola	33,6 (24,4-46,3)	1,585 (1,140-2,204)
Ferrara	18,8 (14,6-24,3)	0,888 (0,682-1,157)
Ravenna	25,3 (20,4-31,3)	1,191 (0,951-1,492)
Forlì	30,2 (22,8-40,1)	1,426 (1,065-1,908)
Cesena	19,0 (13,6-26,7)	0,897 (0,633-1,271)
Rimini	11,7 (8,3-16,5)	0,551 (0,387-0,785)
RER	21,2 (19,8-22,7)	Riferimento

Nell'anno 2010, il tasso di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata varia da 9,2*100.000 dell'Ausl di Reggio Emilia a 35,2*100.000 dell'Ausl di Parma. Dall'analisi viene in luce una forte eterogeneità tra le Ausl della regione Emilia-Romagna. Infatti, assumendo come riferimento il valore medio regionale (21,2*100.000), realtà come Piacenza, Reggio Emilia e Rimini registrano un tasso di ospedalizzazione significativamente più contenuto del riferimento mentre Parma, Modena, Imola e Forlì evidenziano un tasso significativamente più elevato.

S13.7 Tasso di ricovero per disturbi d'ansia e dell'adattamento su popolazione maggiorenne

Questo indicatore riflette il tasso di ricovero della popolazione maggiorenne per disturbi d'ansia e dell'adattamento. Il tasso è espresso per 100.000 abitanti.

Ausl di residenza	Tasso*100.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	17,5 (13,0-23,6)	1,249 (0,915-1,705)
Parma	4,6 (2,9-7,3)	0,326 (0,201-0,528)
Reggio Emilia	3,0 (1,8-5,1)	0,214 (0,123-0,370)
Modena	26,2 (22,3-30,7)	1,866 (1,558-2,235)
Bologna	19,2 (16,3-22,6)	1,369 (1,136-1,649)
Imola	3,6 (1,4-9,3)	0,259 (0,097-0,694)
Ferrara	28,7 (23,4-35,3)	2,051 (1,640-2,565)
Ravenna	7,8 (5,3-11,5)	0,558 (0,376-0,827)
Forlì	7,6 (4,3-13,2)	0,539 (0,304-0,956)
Cesena	8,7 (5,2-14,3)	0,617 (0,369-1,031)
Rimini	3,7 (2,0-6,7)	0,261 (0,139-0,488)
RER	14,0 (12,9-15,3)	Riferimento

Nell'anno 2010, anche il tasso di ospedalizzazione per disturbi di ansia e dell'adattamento mostra il suo valore inferiore nell'Ausl di Reggio Emilia (3,0*100.000). Il tasso più elevato viene invece registrato nell'Ausl di Ferrara (28,7*100.000). Dall'analisi emerge una forte eterogeneità tra le Ausl della regione Emilia-Romagna. In particolare sono le realtà tra le più estese (Modena, Bologna e Ferrara) che mostrano tassi significativamente superiori alla media regionale (14,0*100.000), mentre le Aziende Usl di Parma, Reggio Emilia, Imola, Ravenna, Forlì e Rimini registrano un tasso di ospedalizzazione significativamente più basso.

S13.8 Tasso di ricovero per disturbi di personalità su popolazione maggiorenne

Questo indicatore riflette il tasso di ricovero della popolazione maggiorenne per disturbi di personalità. Il tasso è espresso per 100.000 abitanti.

Ausl di Residenza	Tasso*100.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	26,1 (20,4-33,3)	0,660 (0,514-0,848)
Parma	23,6 (19,2-29,1)	0,599 (0,483-0,742)
Reggio Emilia	41,5 (35,8-48,0)	1,051 (0,900-1,226)
Modena	43,9 (38,8-49,6)	1,112 (0,973-1,270)
Bologna	49,5 (44,6-54,8)	1,253 (1,117-1,406)
Imola	36,3 (26,7-49,5)	0,921 (0,673-1,261)
Ferrara	77,6 (68,4-88,0)	1,966 (1,717-2,252)
Ravenna	36,1 (30,2-43,2)	0,915 (0,759-1,102)
Forlì	11,3 (7,2-17,9)	0,287 (0,181-0,457)
Cesena	27,7 (20,9-36,7)	0,701 (0,526-0,935)
Rimini	19,4 (14,8-25,3)	0,491 (0,373-0,646)
RER	39,5 (37,5-41,5)	Riferimento

Con riferimento all'anno 2010, il tasso di ospedalizzazione della popolazione maggiorenne affetta da disturbi di personalità mostra grande variabilità, passando dal 19,4*100.000 dell'Ausl di Rimini al 77,6*100.000 dell'Ausl di Ferrara. Rispetto al valore medio regionale (39,5*100.000) le Ausl di Piacenza, Parma, Forlì, Cesena e Rimini registrano tassi di ospedalizzazione significativamente inferiori, mentre le Ausl di Bologna e Ferrara registrano tassi significativamente superiori.

S13.9 Tasso di ricovero per demenze su popolazione maggiorenne

Questo indicatore riflette il tasso di ricovero della popolazione maggiorenne per demenze. Il tasso è espresso per 100.000 abitanti.

Ausl di residenza	Tasso*100.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	5,7 (3,4-9,6)	1,249 (0,724-2,154)
Parma	5,9 (3,9-8,9)	1,294 (0,830-2,018)
Reggio Emilia	2,1 (1,1-3,9)	0,454 (0,232-0,888)
Modena	6,0 (4,3-8,4)	1,319 (0,917-1,898)
Bologna	4,1 (2,9-5,9)	0,900 (0,611-1,328)
Imola	0,9 (0,2-5,1)	0,199 (0,028-1,421)
Ferrara	5,7 (3,6-9,1)	1,259 (0,775-2,047)
Ravenna	8,1 (5,6-11,8)	1,780 (1,186-2,671)
Forlì	0,0 (0,0-2,4)	-
Cesena	4,0 (2,0-8,3)	0,885 (0,415-1,884)
Rimini	2,6 (1,2-5,3)	0,561 (0,263-1,194)
RER	4,6 (3,9-5,3)	Riferimento

I valori del tasso di ospedalizzazione della popolazione maggiorenne affetta da demenza nell'anno 2010 mostra una discreta omogeneità nel territorio regionale: escludendo Forlì per cui non sono stati effettuati ricoveri per demenza, il tasso più contenuto si osserva a Imola (0,9*100.000) mentre il valore superiore è della Ausl di Ravenna (8,1*100.000), significativamente superiore rispetto alla media regionale (4,6*100.000). L'Azienda Usl di Reggio Emilia registra invece un valore del tasso significativamente più basso rispetto a quello regionale.

S13.10 Tasso di ricovero per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze su popolazione maggiorenne

Questo indicatore riflette il tasso di ricovero della popolazione maggiorenne per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze. Il tasso è espresso per 100.000 abitanti.

Ausl di residenza	Tasso*100.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	21,2 (16,1-27,8)	1,030 (0,777-1,363)
Parma	45,6 (39,3-53,0)	2,219 (1,880-2,621)
Reggio Emilia	18,0 (14,4-22,4)	0,874 (0,692-1,103)
Modena	20,5 (17,1-24,5)	0,996 (0,821-1,208)
Bologna	13,8 (11,4-16,8)	0,673 (0,547-0,828)
Imola	13,6 (8,3-22,5)	0,663 (0,398-1,105)
Ferrara	25,2 (20,2-31,4)	1,227 (0,973-1,546)
Ravenna	17,1 (13,2-22,2)	0,834 (0,637-1,091)
Forlì	17,6 (12,2-25,5)	0,858 (0,588-1,251)
Cesena	20,2 (14,5-28,1)	0,982 (0,700-1,377)
Rimini	11,7 (8,3-16,5)	0,569 (0,399-0,810)
RER	20,6 (19,2-22,1)	Riferimento

Con riferimento all'anno 2010, il tasso di ospedalizzazione della popolazione maggiorenne affetta da disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze mostra una bassa omogeneità, passando dal 11,7*100.000 dell'Ausl di Rimini al 45,6*100.000 dell'Ausl di Parma. Rispetto al valore medio regionale (20,6*100.000) le Ausl di Bologna e Rimini registrano tassi di ospedalizzazione significativamente inferiori, mentre per la sola Ausl di Parma si registra un tasso significativamente superiore a quello di riferimento.

S13.11 Tasso di ricovero per altre diagnosi su popolazione maggiorenne

Questo indicatore riflette il tasso di ricovero della popolazione maggiorenne per diagnosi non incluse nei raggruppamenti fino ad ora considerati. Il tasso è espresso per 100.000 abitanti.

Ausl di residenza	Tasso*100.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	13,8 (9,9-19,3)	0,889 (0,629-1,256)
Parma	12,1 (9-16,2)	0,776 (0,573-1,051)
Reggio Emilia	10,1 (7,6-13,6)	0,651 (0,479-0,884)
Modena	16,0 (13,1-19,6)	1,028 (0,826-1,279)
Bologna	18,9 (16,0-22,3)	1,214 (1,008-1,462)
Imola	7,3 (3,7-14,3)	0,467 (0,232-0,938)
Ferrara	16,0 (12,1-21)	1,025 (0,768-1,369)
Ravenna	22,6 (18,0-28,3)	1,449 (1,139-1,843)
Forlì	19,5 (13,8-27,7)	1,254 (0,874-1,800)
Cesena	21,9 (16,0-30,1)	1,407 (1,014-1,954)
Rimini	8,8 (5,9-13,1)	0,563 (0,374-0,847)
RER	15,6 (14,4-16,9)	Riferimento

Nel corso dell'anno 2010, il tasso di ospedalizzazione della popolazione maggiorenne affetta da disturbi mentali appartenenti alla categoria diagnostica residuale mostra una alta variabilità, passando dal 8,8*100.000 dell'Ausl di Rimini al 22,6*100.000 dell'Ausl di Parma. Rispetto al valore medio regionale (15,6*100.000) le Ausl di Reggio Emilia, Imola e Rimini registrano tassi di ospedalizzazione significativamente inferiori, mentre le Ausl di Bologna, Ravenna e Cesena registrano un tasso significativamente superiore a quello assunto come riferimento.

S14. Indice di performance degenza media per patologie psichiatriche

Per il calcolo si utilizzano solo i ricoveri ordinari di pazienti maggiorenni erogati da strutture pubbliche con disciplina di dimissione psichiatrica (40). Si utilizza il DRG Grouper XXIV, con codici DRG: 425, 426, 427,428,429,430,431,432,523. Le giornate di degenza sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero di dimessi aziendali per lo stesso DRG. La degenza attesa è quella media nazionale del 2009.

Ausl di erogazione	Indice di Performance di Degenza Media
Piacenza	-2,40
Parma	-0,18
Reggio Emilia	-3,55
Modena	-1,81
Bologna	-4,23
Imola	5,97
Ferrara	-0,85
Ravenna	-1,91
Forlì	1,91
Cesena	-3,67
Rimini	0,86
RER	-1,82

Con riferimento all'anno 2010, il valore dell'indice di performance degenza media mostra che i ricoveri ordinari per i DRG psichiatrici selezionati effettuati nelle strutture psichiatriche ha una durata media di circa 2 giorni inferiore alla media nazionale dell'anno precedente. Osservando l'indice a livello aziendale emerge che le uniche aziende ad avere una degenza media superiore a quella nazionale sono quelle di Imola (circa 6 giorni), Forlì (circa 2 giorni) e Rimini (circa un giorno).

I trattamenti sanitari obbligatori (S11 – S12)

S11. Tasso di ricovero per TSO sulla popolazione maggiorenne

Questo indicatore, tratto dal flusso SDO, rileva il tasso annuale di trattamenti sanitari obbligatori (TSO) su 100.000 nella popolazione maggiorenne.

Ausl di residenza	Tasso*100.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	36,2 (29,5-44,6)	1,293 (1,041-1,605)
Parma	24,2 (19,7-29,7)	0,862 (0,695-1,069)
Reggio Emilia	47,5 (41,4-54,4)	1,693 (1,458-1,966)
Modena	29,4 (25,3-34,2)	1,050 (0,893-1,234)
Bologna	21,0 (17,9-24,6)	0,748 (0,631-0,886)
Imola	5,5 (2,5-11,9)	0,194 (0,087-0,434)
Ferrara	36,1 (30-43,4)	1,287 (1,060-1,563)
Ravenna	29,8 (24,5-36,3)	1,063 (0,865-1,306)
Forlì	17,6 (12,2-25,5)	0,629 (0,432-0,916)
Cesena	17,9 (12,6-25,4)	0,638 (0,446-0,912)
Rimini	21,2 (16,4-27,4)	0,756 (0,581-0,985)
RER	28,0 (26,4-29,8)	Riferimento

Nel corso dell'anno 2010, il tasso di ospedalizzazione per TSO della popolazione maggiorenne mostra una alta variabilità, passando dal 5,5*100.000 dell'Ausl di Imola al 47,5*100.000 dell'Ausl di Reggio Emilia. Le Ausl di Bologna, Imola, Forlì, Cesena e Rimini registrano tassi di ospedalizzazione per TSO significativamente inferiori rispetto al valore medio regionale (28,0*100.000), mentre le Ausl di Piacenza, Reggio Emilia e Ferrara registrano un tasso significativamente superiore.

Studi condotti in Italia e in altri paesi europei [25,29], mostrano tassi di ricovero per TSO su 10.000 abitanti compresi tra 0.6 e 21.8, con un tasso per l'Italia tra i più bassi d'Europa (2.5*10.000).

S12. TSO su utenti attivi maggiorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale

Questo indicatore rapporta i TSO agli utenti attivi maggiorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche nell'anno di stima. Si basa sul presupposto che negli utenti attivi il ricorso al TSO debba avere un carattere di eccezionalità. E' ottenuto dal linkage dei flussi SISM e SDO. Il tasso è espresso per 1.000 abitanti maggiorenni residenti.

Ausl di residenza	Tasso*1.000 (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	16,9 (13,7-20,9)	1,413 (1,132-1,765)
Parma	9,0 (6,9-11,8)	0,753 (0,573-1,000)
Reggio Emilia	18,5 (16,0-21,4)	1,543 (1,315-1,811)
Modena	11,6 (9,7-13,8)	0,969 (0,803-1,169)
Bologna	7,3 (6,1-8,8)	0,610 (0,502-0,740)
Imola	3,7 (1,8-7,6)	0,306 (0,146-0,644)
Ferrara	15,3 (12,6-18,6)	1,277 (1,042-1,566)
Ravenna	14,3 (11,7-17,6)	1,197 (0,967-1,482)
Forlì	9,8 (6,8-14,1)	0,819 (0,567-1,184)
Cesena	10,6 (7,8-14,4)	0,887 (0,647-1,216)
Rimini	11,6 (8,8-15,3)	0,972 (0,732-1,290)
RER	12,0 (11,2-12,8)	Riferimento

Con riferimento all'anno 2010, il tasso di ospedalizzazione per TSO degli utenti attivi maggiorenni presso il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche mostra una alta eterogeneità, passando dal 7,3*1.000 dell'Ausl di Bologna al 18,5*1.000 dell'Ausl di Reggio Emilia. Rispetto al valore medio regionale (12,0*1.000), la sola Ausl di Bologna registra un tasso significativamente inferiore, mentre per la Ausl di Piacenza, Reggio Emilia e Ferrara si registra un tasso significativamente superiore a quello di riferimento.

I ricoveri ripetuti entro 7 giorni

S16. Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per pazienti psichiatrici maggiorenni

Il ricovero è un intervento mirato a risolvere un episodio acuto, alla fine del quale il quadro sintomatologico è stabilizzato e il trattamento farmacologico e riabilitativo può continuare nelle strutture territoriali. L'indicatore S16 riflette il fenomeno della 'revolving door', legato al rientro dei pazienti nelle strutture di ricovero entro 7 giorni dalla dimissione dovuto ad una mancata stabilizzazione dei sintomi, evidenziando problematiche di dimissione precoce e quindi una responsabilità del soggetto erogatore.

Ausl di erogazione	Percentuale (I.C. 95%)	Confronto con il valore medio regionale (I.C. 95%)
Piacenza	3,4 (1,9-5,8)	0,650 (0,369-1,146)
Parma	3,1 (2,1-4,6)	0,591 (0,390-0,897)
Reggio Emilia	6,7 (4,2-10,4)	1,285 (0,802-2,061)
Modena	7,9 (6,4-9,7)	1,525 (1,208-1,925)
Bologna	3,8 (2,7-5,1)	0,726 (0,519-1,014)
Imola	3,9 (1,8-8,3)	0,756 (0,342-1,669)
Ferrara	8,5 (6,7-10,7)	1,635 (1,258-2,125)
Ravenna	4,3 (3,0-6,2)	0,826 (0,562-1,214)
Forlì	5,1 (3,1-8,5)	0,992 (0,589-1,672)
Cesena	3,9 (2,3-6,6)	0,757 (0,440-1,305)
Rimini	2,5 (1,3-4,9)	0,484 (0,242-0,967)
RER	5,2 (4,6-5,8)	Riferimento

La percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni dalla data di dimissione varia dal 2,5% di Rimini al 8,5% di Ferrara. Le quattro Ausl che registrano valori significativamente diversi dal valore medio regionale (5,2%) sono le Ausl di Parma, Modena, Ferrara e Rimini. Per Parma e Rimini si registrano valori, in termini statistici, più contenuti rispetto a quello di riferimento, mentre per le altre due si registra una percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni significativamente più elevata.

Considerazioni conclusive

Gli indicatori proposti possono essere utili nell'analisi, valutazione e progettazione nell'ambito dei servizi di salute mentale. I risultati sono stati presentati e discussi con i Direttori Generali e con i Direttori DSM-DP della Regione Emilia-Romagna. Gli indicatori possono servire per omogeneizzare l'accesso ai servizi, per riflettere sulle differenze tra i trattamenti territoriali e ridurle. Gli indicatori non tengono però conto di alcuni aspetti importanti della salute mentale, come quello residenziale, che rappresenta una importantissima voce per analizzare la struttura dell'offerta, i modelli organizzativi di cura locali, l'utilizzo dei servizi e la spesa sanitaria per la salute mentale.

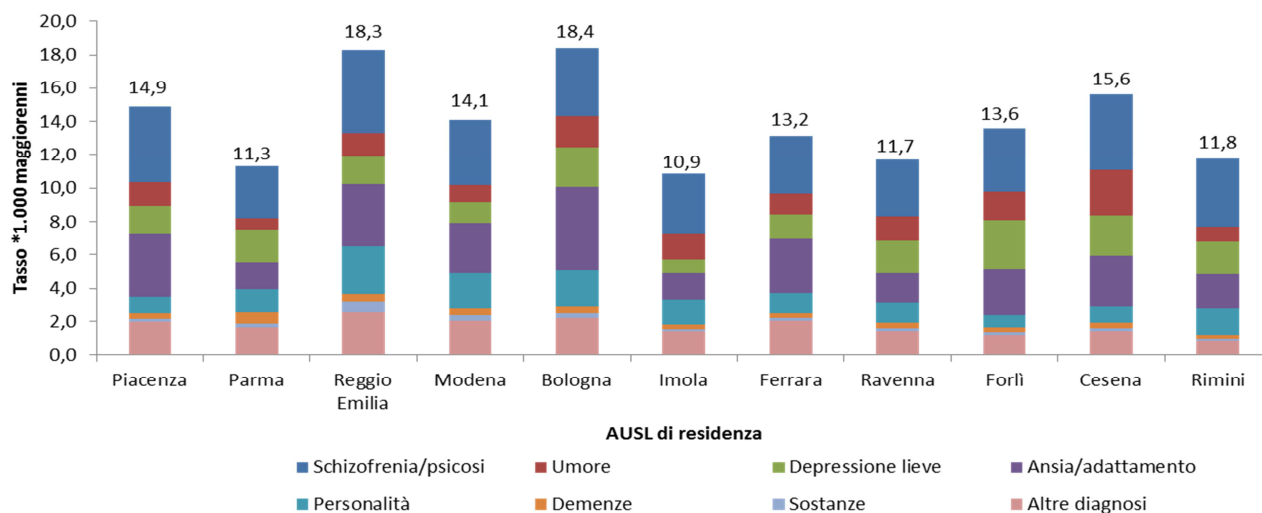
Prevalenza, incidenza e presa in carico

Per quanto riguarda il tasso di utenti maggiorenni attivi presso i CSM (S1), utilizzando i dati del SISM regionale si ottiene una sottostima del suo valore reale. In alcune realtà locali non vengono registrate nel sistema informativo le attività puntiformi di consulenza psichiatrica ai reparti ospedalieri ed ai PS. Questa eterogeneità nella registrazione delle consulenze psichiatriche tra le diverse AUSL regionali è in fase di superamento, attraverso una revisione della delibera che norma la registrazione delle attività psichiatriche ed una conseguente ridefinizione del tracciato record.

Di contro, il tasso di incidenza presso i CSM (S2) fornisce verosimilmente una sovrastima del fenomeno, a causa della mancata possibilità di differenziare i pazienti incidenti al primo accesso assoluto dai pazienti in re-ingresso. Anche questo limite è in fase di superamento attraverso una revisione della delibera che norma la registrazione delle attività psichiatriche, ed una conseguente ridefinizione del tracciato record.

La stima della prevalenza trattata per patologie psichiatriche (S3) fornita dal SISM della regione si può invece considerare affidabile. Stratificando il tasso per categorie diagnostiche emerge l'effetto di alcuni programmi regionali in atto nell'anno di analisi. Per esempio il progetto Get-Up che ha coinvolto i pazienti all'esordio psicotico, il progetto Leggeri per la cura condivisa con il dipartimento di Cure Primarie dei pazienti con depressioni lievi e con disturbi di ansia ed il progetto per il trattamento dei pazienti con i disturbi di personalità. Come per l'indicatore S1, anche in questo caso la variabilità intra regionale è dovuta alla diversa struttura organizzativa delle

aziende USL regionali, come la collocazione organizzativa del settore Handicap Adulti che in alcune realtà fa parte dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.



La continuità nei trattamenti

Spostando l'attenzione sull'abbandono dei trattamenti (S4, S4.1-S4.8), dall'analisi viene in luce, in termini complessivi, una buona ritenzione in trattamento da parte delle AUSL della regione Emilia Romagna, in particolare per le patologie gravi (schizofrenia/psicosi e disturbi dell'umore). Anche per le patologie lievi, come depressioni lievi e disturbi dell'ansia, viene in luce una buona ritenzione in trattamento che fa pensare ad una ottima integrazione con i MMG attraverso la presa in carico condivisa (progetto Leggieri)

La regione Emilia-Romagna presenta un'ottima integrazione tra ospedale e territorio. Un basso valore dell'indicatore (S15) indica che, dopo il contenimento della fase acuta di malattie, grazie ad una buona rete ospedale-territorio, i servizi riescono ad evitare una ri-acutizzazione del paziente ed il rientro in ospedale.

Per quanto riguarda la continuità delle cure tra ospedale e territorio (S18) nei pazienti non noti al territorio, a livello regionale emerge che la regione Emilia Romagna registra bassi valori per questo

indicatore. A livello aziendale emerge una grande variabilità per le aziende USL, si passa da un valore di 0,0% di diverse aziende ad un valore di 39,3% di Ravenna. A causa del un limitato numero di casi non è però possibile trarre delle conclusioni a riguardo. La numerosità della casistica si riduce ancora di più se l'indicatore viene stratificato per strutture pubbliche e private accreditate.

La terapia farmacologica

L'indicatore a livello aziendale presenta una variabilità contenuta, il valore varia tra 12,8% (Ausl Forlì) e 27,7% (Ausl di Imola).

A livello aziendale, la variabilità intra aziendale risulta bassa, il campo di variazione dell'indicatore va da 23,3% (Parma) a 31,1%(Ravenna)

Relativamente alla percentuale di utenti con disturbo bipolare trattati con stabilizzanti dell'umore nei 3 mesi successivi alla dimissione (S17), a livello regionale emerge che la regione Emilia-Romagna ha un'ottima aderenza alle linee guida per il trattamento dei pazienti con disturbo bipolare.

A livello aziendale però emerge una grande variabilità per le aziende USL emiliano romagnole, si passa da un valore di 39,4% di Piacenza ad un valore di 82,7% di Rimini. A causa del un limitato numero di casi non è possibile però trarre delle conclusioni a riguardo.

Gli antidepressivi: consumi e prescrizione efficiente

La stima del consumo di antidepressivi (S5) fornita dalle banche dati farmaceutiche (assistenza farmaceutica territoriale e farmaci a erogazione diretta) della regione si può considerare affidabile.

Il consumo dei farmaci è legato all'assetto organizzativo dei servizi e all'appropriatezza dell'erogazione dei farmaci stessi. Nella Regione Emilia Romagna è stato adottato un prontuario farmaceutico regionale. Di conseguenza, gli indicatori relativi alle diverse Ausl della regione Emilia-Romagna presentano una bassa variabilità.

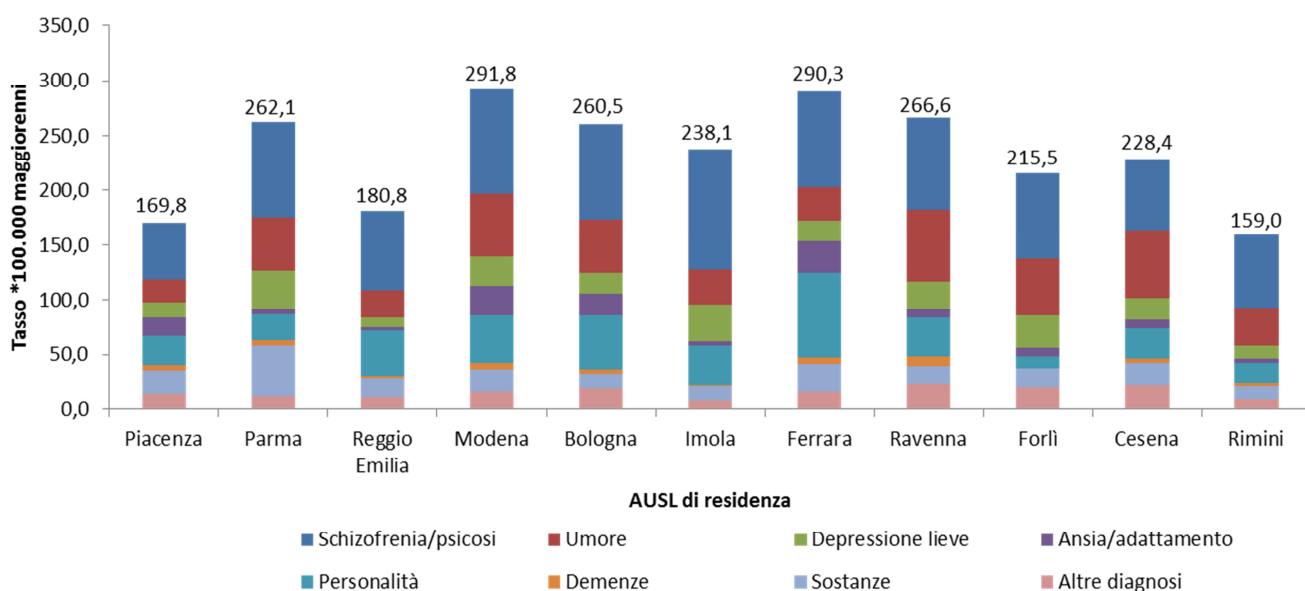
Relativamente al consumo di antidepressivi SSRI (S6) vale quanto detto per gli indicatori sul consumo di tutti gli antidepressivi. Anche in questo caso, il consumo dei farmaci è legato all'assetto organizzativo dei servizi e all'appropriatezza dell'erogazione dei farmaci stessi.

Anche per il gruppo di indicatori S6, gli indicatori a livello aziendale presentano una bassa variabilità.

La percentuale elevata di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (S9) (>75%) è fortemente legata all'adozione del prontuario farmaceutico regionale. Questa considerazione vale anche per i farmaci antidepressivi non SSRI, sebbene la percentuale a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (S10) presenti un ordine di grandezza più contenuto, che si attesta intorno al 50%.

L'ospedalizzazione nei pazienti psichiatrici e la degenza media

Per quanto riguarda il tasso di ricovero per patologie psichiatriche (S13), la variabilità osservata suggerisce la presenza di diverse strategie di trattamento dei professionisti che operano delle diverse Ausl regionali.



In particolare, stratificando il tasso per categoria diagnostiche emerge che per i residenti nei territori di competenza delle AUSL di Imola, Forlì e Rimini circa il 60% del tasso di ricovero complessivo è relativo a disturbi mentali gravi (schizofrenia/psicosi e disturbi dell'umore) mentre per i residenti di altre AUSL i disturbi mentali gravi sono relativi a circa il 50% del tasso di ricovero complessivo.

Il valore dell'indice di performance degenza media (S14) per la regione Emilia-Romagna segnala che i ricoveri ospedalieri nelle strutture psichiatriche per i DRG selezionati hanno una durata media di circa 2 giorni inferiore alla media nazionale del 2009. Osservando l'indicatore a livello aziendale, emerge che solo tre Ausl delle 11 regionali hanno dei ricoveri ospedalieri psichiatrici che mediamente superano la durata media nazionale.

I trattamenti sanitari obbligatori

Il tasso di ricovero per TSO (S11) nella regione Emilia Romagna è di 28/100.000. A livello aziendale, si registra un basso tasso per i residenti nella Ausl di Imola, ed un tasso particolarmente alto per l'Ausl di Reggio Emilia. Per quanto riguarda Imola, si è verificato che il basso valore dipende dal fatto che questa Ausl comunica il dato relativo ai TSO con particolare ritardo. L'anomalia di Reggio Emilia è invece legata ad una prassi locale in base alla quale il TSO è richiesto in qualsiasi situazione che preveda una limitazione della libertà del paziente (contenimento fisico o farmacologico), come un elemento di tutela per l'utente.

Le notazioni fatte per l'indicatore S11 valgono anche per indicatore TSO su utenti attivi presso il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (S12).

I ricoveri ripetuti entro 7 giorni

I risultati indicano che solo una minima percentuale dei pazienti dimessi, pari a circa il 5%, viene nuovamente ricoverata entro una settimana, suggerendo una soddisfacente integrazione tra ospedale e territorio ed una tempestiva presa in carico dei disturbi in fase post-acuta.

Bibliografia

1. Munizza C, Gonella R, Pinciaroli L, Rucci P, Picci RL, Tibaldi G. CMHC adherence to National Mental Health Plan standards in Italy: a survey 30 years after national reform law. *Psychiatr Serv.* 2011 Sep;62(9):1090-3.
2. Morlino M, Calento A, Schiavone V, Santone G, Picardi A, de Girolamo G; PROGRES-Acute group. Use of psychiatric inpatient services by heavy users: findings from a national survey in Italy. *Eur Psychiatry.* 2011 May;26(4):252-9.
3. Barbato A, Parabiaghi A, Panicali F, Battino N, D'Avanzo B, de Girolamo G, Rucci P, Santone G; Progres-Acute Group. Do patients improve after short psychiatric admission?: a cohort study in Italy. *Nord J Psychiatry.* 2011 Sep;65(4):251-8.
4. Guzzetta F, Miglio R, Santone G, Picardi A, Norcio B, Bracco R, de Girolamo G; PROGRES-Acute group. First-ever admitted psychiatric inpatients in Italy: clinical characteristics and reasons contributing to admission: findings from a national survey. *Psychiatry Res.* 2010 Mar 30;176(1):62-8.
5. Biancosino B, Delmonte S, Grassi L, Santone G, Preti A, Miglio R, de Girolamo G; PROGRES-Acute Group. Violent behavior in acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. *J Nerv Ment Dis.* 2009 Oct;197(10):772-82.
6. Gigantesco A, de Girolamo G, Santone G, Miglio R, Picardi A; PROGRES-Acute group. Long-stay in short-stay inpatient facilities: risk factors and barriers to discharge. *BMC Public Health.* 2009 Aug 22;9:306.
7. Preti A, Rucci P, Gigantesco A, Santone G, Picardi A, Miglio R, de Girolamo G; PROGRES-Acute Group. Patterns of care in patients discharged from acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009 Sep;44(9):767-76.
8. Gaddini A, Biscaglia L, Bracco R, de Girolamo G, Miglio R, Norcio B, Rossi E, Rucci P, Santone G. A one-day census of acute psychiatric inpatient facilities in Italy: findings from the PROGRES-Acute Project. *Psychiatr Serv.* 2008 Jul;59(7):722-4..
9. De Girolamo G, Barbato A, Bracco R, Gaddini A, Miglio R, Morosini P, Norcio B, Picardi A, Rossi E, Rucci P, Santone G, Dell'Acqua G; PROGRES-Acute group. Characteristics and activities of acute psychiatric in-patient facilities: national survey in Italy. *Br J Psychiatry.* 2007 Aug;191:170-7.

10. Gigantesco A, Miglio R, Santone G, de Girolamo G, Bracco R, Morosini P, Norcio B, Picardi A; PROGRES group. Process of care in general hospital psychiatric units: national survey in Italy. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007 Jun;41(6):509-18.
11. de Girolamo G, Tempestini A, Cavrini G, Scocco P, Argentino P, Federici S, Putzu P, Zappia M, Morosini P, Cascavilla I, Azzarito C, Brancati G, Spalletta G, Calvaruso A, Lucidi F, Pasini A; PROGRES-Older People Project. Residential facilities for older people in Italy: a five-region survey. *Aging Clin Exp Res*. 2007 Apr;19(2):132-8. PubMed PMID: 17446724.
12. Amaddeo F, Grigoletti L, de Girolamo G, Picardi A, Santone G. Which factors affect the costs of psychiatric residential care? Findings from the Italian PROGRES study. *Acta Psychiatr Scand*. 2007 Feb;115(2):132-41.
13. Tomasi R, de Girolamo G, Santone G, Picardi A, Micciolo R, Semisa D, Fava S; PROGRES Group. The prescription of psychotropic drugs in psychiatric residential facilities: a national survey in Italy. *Acta Psychiatr Scand*. 2006 Mar;113(3):212-23.
14. Santone G, de Girolamo G, Falloon I, Fioritti A, Micciolo R, Picardi A, Zanalda E; PROGRES Group. The process of care in residential facilities—a national survey in Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005 Jul;40(7):540-50.
15. Tomasi R, de Girolamo G, Santone G, Picardi A, Micciolo R, Semisa D, Fava S; Gruppo PROGRES. [Drug prescription in Italian Residential Facilities]. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2005 Apr-Jun;14(2):77-90. Italian. PubMed PMID: 16001704.
16. de Girolamo G, Picardi A, Santone G, Falloon I, Morosini P, Fioritti A, Micciolo R; PROGRES Group. The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. *Psychol Med*. 2005 Mar;35(3):421-31.
17. de Girolamo G, Picardi A, Santone G, Semisa D, Morosini P; Gruppo Nazionale PROGRES. [Residential structures and their guests: results of the phase 2 of the National Project PROGRES]. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2004 Jul-Sep;13(3 Suppl):1-100.
18. de Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A, Morosini P; PROGRES Group. Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. *Br J Psychiatry*. 2002 Sep;181:220-5. PubMed PMID: 12204926.
19. Burns T, Catty J, White S, Clement S, Ellis G, Jones IR, Lissouba P, McLaren S, Rose D, Wykes T. Continuity of care in mental health: understanding and measuring a complex phenomenon. *Psychol Med*. 2009 Feb;39(2):313-23.

20. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), Health at a Glance 2009, OECD INDICATORS. December 2009.
21. McAllister-Williams RH. Relapse prevention in bipolar disorder: a critical review of current guidelines. *J Psychopharmacol*. 2006 Mar;20(2 Suppl):12-6.
22. Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMed). L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2011. Luglio 2012.
23. Osservatorio Nazionale sulla Salute Nelle Regioni Italiane. Rapporto OsservaSalute 2011.
24. National Institute for clinical excellence (NICE), Depression in adults: The treatment and management of depression in adults, October 2009.
25. De Girolamo G, Barbato A, Bracco R, Gaddini A, Miglio R, Morosini P, Norcio B, Picardi A, Rossi E, Rucci P, Santone G, Dell'Acqua G; PROGRES-Acute group. Characteristics and activities of acute psychiatric in-patient facilities: national survey in Italy. *Br J Psychiatry*. 2007 Aug;191:170-7.
26. Fioritti A. Leggi e salute mentale. Panorama europeo delle legislazioni di interesse psichiatrico. Centro Scientifico editore. Torino,2002.
27. Lora A. An overview of the mental health system in Italy. *Ann Ist Super Sanita*. 2009;45(1):5-16.
28. Lora A, Barbato A, Cerati G, Erlicher A, Percudani M. The mental health system in Lombardy, Italy: access to services and patterns of care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Mar;47(3):447-54.
29. Salize HJ, Dressing H. Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? *Curr Opin Psychiatry*. 2005 Sep;18(5):576-84.