



Capitolo 15

Approfondimenti su singole patologie

Studies on single pathologies

**15a. Le Performance Regionali nella salute mentale:
focus sulla schizofrenia**

English Summary

**15b. Impatto organizzativo sanitario, giudiziario ed economico
della tossicodipendenza in Italia**

English Summary

15c. La qualità della vita nella malattia di Fabry

English Summary

CAPITOLO 15

Approfondimenti su singole patologie

Il Capitolo fornisce una sintesi delle principali attività svolte dal C.R.E.A. Sanità nell'ultimo anno, alcune in *partnership* con altri Centri di ricerca e Enti.

In particolare, nel Capitolo 15a, vengono sintetizzate le evidenze derivanti dal progetto "Le *Performance* nella schizofrenia" che rappresenta un primo tentativo di sviluppare una metodologia di valutazione multi-dimensionale e multi-prospettiva nell'ambito della Salute Mentale.

Il progetto, che è stato supportato da un *board* scientifico formato da Direttori di Dipartimento di Salute Mentale, adatta a questo specifico settore la proposta metodologica sviluppata dal C.R.E.A. Sanità per la misurazione delle *Performance* regionali, producendo indicazioni utili al miglioramento della presa in carico della schizofrenia.

Nel Capitolo 15b, vengono sintetizzati i risultati di una valutazione dell'impatto organizzativo sanitario, giudiziario ed economico della tossicodipendenza in Italia; il progetto sviluppato grazie ad un contributo non condizionato di Molteni farmaceutici, ha prodotto una stima dei costi sociali derivanti dall'abuso di sostanze stupefacenti.

Nel Capitolo 15c, vengono sintetizzati i risultati di una *survey* svolta per misurare la qualità della vita nei pazienti con malattia di Anderson-Fabry; il progetto sviluppato in collaborazione con AIAF (Associazione Italiana Anderson-Fabry Onlus), grazie ad un contributo non condizionato di Amicus Therapeutics, ha permesso di raccogliere dati originali, relativi alla popolazione italiana, sull'impatto della patologia.

CHAPTER 15

Studies on single pathologies

The Chapter summarises the main activities carried out by C.R.E.A. Sanità last year, some of which in partnership with other research centres and organisations.

In particular, Chapter 15a summarises the evidence from the project “Le Performance nella schizofrenia” (Performance in schizophrenia care), which is a first attempt to develop a multi-dimensional and multi-perspective evaluation methodology in the field of Mental Health.

The project, which was supported by a scientific board made up of Mental Health Department Directors, adapts to this specific sector the methodological proposal developed by C.R.E.A. Sanità for measuring regional performance, with the aim of providing useful

suggestions for improving the care of schizophrenia.

Chapter 15b summarises the results of an assessment of the organisational, health, judicial and economic impact of drug addiction in Italy. The project, developed thanks to an unconditional contribution of “Molteni farmaceutici”, provided an estimate of the social costs resulting from drug abuse.

Chapter 15c summarises the results of a survey conducted to measure the quality of life in patients with Anderson-Fabry disease. The project developed in collaboration with AIAF (Italian Association Anderson-Fabry Onlus), thanks to an unconditional contribution of Amicus Therapeutics, enabled to collect original data on the impact of the disease on the Italian population.

CAPITOLO 15a

Le Performance Regionali nella salute mentale: focus sulla schizofrenia

*De Giorgi S.¹, Ducci G.², Nicolò G.³, Percudani M.⁴, Staraca F.⁵, Semisa D.⁶,
Spandonaro F.⁷, Vaggi M.⁸*

Il progetto “*Le Performance nella schizofrenia*” rappresenta un primo tentativo di sviluppare una metodologia di misurazione della *Performance* multi-dimensionale e multi-prospettiva.

Si è, a tal fine, proceduto ad adattare la proposta metodologica sviluppata dal C.R.E.A. Sanità nel 2012, con l'ambizione di fornire una misura sintetica per valutare le opportunità di tutela della Salute delle popolazioni regionali: l'adattamento è stato sviluppato grazie alla collaborazione di un *board* formato da Direttori di Dipartimento di Salute mentale.

La misura/valutazione di *Performance* proposta si discosta volutamente da quelle, istituzionali e non, tese a giudicare l'efficienza della risposta pubblica o, più specificatamente, del suo *management*. Vuole piuttosto misurare complessivamente la *Performance*, integrando nelle valutazioni aspetti organizzativi dei servizi pubblici ed effetti del contesto socio-economico e ambientale.

L'adozione di una logica multi-dimensionale e multi-prospettiva implica l'utilizzo di “pesi” di composizione dei diversi obiettivi, tali da rendere conto del diverso contributo alla *Performance* che può essere attribuito alle diverse Dimensioni, come anche alle differenze di priorità degli *stakeholder*.

L'approccio operativamente utilizzato è analogo a quello proposto da C.R.E.A. Sanità sin dal 2012 per misurare le *Performance* regionali.

L'approccio utilizzato si basa su un processo a

tre *steps*, che prevede:

- la definizione di un *set* di indicatori di *Performance*
- l'elicitazione del valore mediamente attribuito da un *Panel* di *stakeholder* appositamente costituito, ai valori delle determinazioni degli indicatori
- l'elicitazione del valore relativo mediamente attribuito dai componenti del *Panel* ai diversi indicatori.

Per la sperimentazione della metodologia nell'ambito della salute mentale, l'analisi è stata svolta con specifico focus sulla schizofrenia; la selezione degli indicatori (primo *step*) è stata effettuata dal citato *board* scientifico, con il supporto del C.R.E.A. Sanità per la valutazione della standardizzabilità degli stessi. Gli indicatori sono stati elaborati partendo dai dati del Sistema Informativo Salute Mentale, forniti su richiesta specifica dal Ministero della Salute.

Gli *step* due e tre hanno coinvolto anche il *Panel*, composto da 58 componenti:

- 4 rappresentanti delle Istituzioni
- 3 rappresentanti degli Utenti/Cittadini
- 44 rappresentanti delle Professioni sanitarie, ovvero Direttori di Dipartimenti (ospedalieri e universitari) di salute mentale e/o delle dipendenze
- 7 componenti del *Management* delle aziende sanitarie.

¹ Direttore Dipartimento Salute Mentale AUSL Lecce

² Direttore Dipartimento Salute Mentale ASL Roma 1

³ Direttore Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze ASL Roma 5

⁴ Direttore Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze - ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milan

⁵ Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, AUSL Modena

⁶ Direttore Dipartimento Salute Mentale AUL Bari

⁷ C.R.E.A. Sanità, Università San Raffaele, Roma

⁸ Psichiatra, ex Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASL 3 Genova

L'analisi delle fonti informative ad oggi disponibili con livello di dettaglio regionale, ha permesso di individuare 18 indicatori afferenti a cinque Dimensioni di valutazione (Esiti, Sociale, Appropriatezza, Innovazione, Economico-Finanziaria), ritenuti "robusti" rispetto ai differenti modelli organizzativi regionali in essere (Tabella 15a.1.).

In seguito, è stato riunito il *Panel*, prima in forma collegiale e poi in un *web-meeting* (Maggio 2021), in cui è stato suddiviso in 5 gruppi *multistakeholder*, con l'obiettivo di implementare la metodologia, e proseguire la discussione in merito alla rappresentatività degli indicatori selezionati.

Nelle sessioni, ogni membro del *Panel* ha potuto esprimere le sue preferenze in termini di indicatori, utilizzando procedure *computer assisted*, mediante

un applicativo informatico *web-based* sviluppato ad hoc dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità.

Gli esiti del processo di elicitazione sono stati poi trasferiti su un applicativo (Logical Decision® ver. 8.0) che ha permesso di stimare una funzione di utilità multi-attributo, utilizzata per produrre la misura unica di *Performance* per ogni Regione⁹.

Disaggregando i risultati per Dimensione, si osserva come le Dimensioni Appropriatezza ed Economico-Finanziaria contribuiscono maggiormente alla *Performance* nella gestione della schizofrenia (48,0% e 23,9% rispettivamente), seguite da Innovazione (13,6%); le Dimensioni Esiti e Tempestività, contribuiscono rispettivamente per l'8,1% ed il 6,4% (Figura 15a.1.).

Tabella 15a.1. Dimensioni e Indicatori di Performance

Dimensione	Indicatore
Sociale	Incidenza trattata di schizofrenia o altra psicosi funzionale
	Quota di soggetti affetti da psicosi schizofrenica presi in carico in età giovanile (18-25 anni)
Esiti	Quota di soggetti affetti da psicosi schizofrenica in carico al Centro Salute Mentale che abbandonano il trattamento
	Quota di soggetti affetti da psicosi schizofrenica o altra psicosi funzionale riammessi entro 7 gg. dalla dimissione da SPDC
	Quota di soggetti affetti da psicosi schizofrenica o altri disturbi psicotici funzionali riammessi entro 30 gg. dalla dimissione SPDC
Appropriatezza	Tasso di ricovero per psicosi schizofrenica o altre psicosi funzionali
	Prevalenza trattata di psicosi schizofrenica o altra psicosi funzionale
	Quota di dimissioni con diagnosi principale di psicosi schizofrenica da reparti non psichiatrici
	Quota soggetti affetti da psicosi schizofrenica in trattamento in strutture terapeutiche residenziali riabilitative
	Quota di soggetti affetti da psicosi schizofrenica dimessi da SPDC con visita di controllo entro 14 gg.
	Quota di soggetti affetti da psicosi schizofrenica dimessi da SPDC con visita di controllo entro 30 gg.
	DDD antipsicotici (convenzionata e distr. diretta) per soggetto affetto da disturbi mentali in trattamento
Innovazione	Numero medio di interventi di risocializzazione (individuali o di gruppo) per soggetto affetto da psicosi schizofrenica
	Quota di soggetti affetti da psicosi schizofrenica valutati da più figure professionali
	Numero medio di interventi con i familiari per soggetto affetto da psicosi schizofrenica trattato (ogni 100 pazienti)
Economico-Finanziaria	Costo pro-capite salute mentale
	Quota del Fondo Sanitario Regionale destinato alla salute mentale
	Unità di personale dedicato alla salute mentale pro-capite

⁹ La P.A. di Bolzano è stata esclusa perché sono risultati disponibili dati per meno della metà degli indicatori selezionati

Figura 15a.1. Contributo delle dimensioni alla Performance

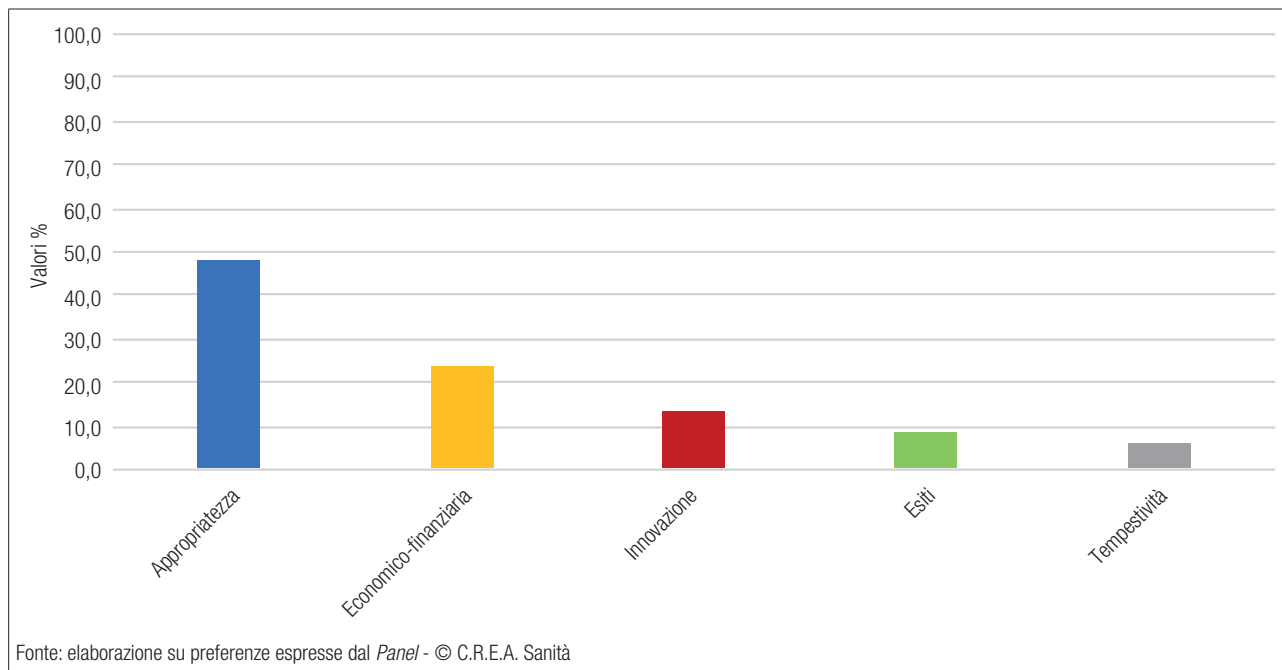
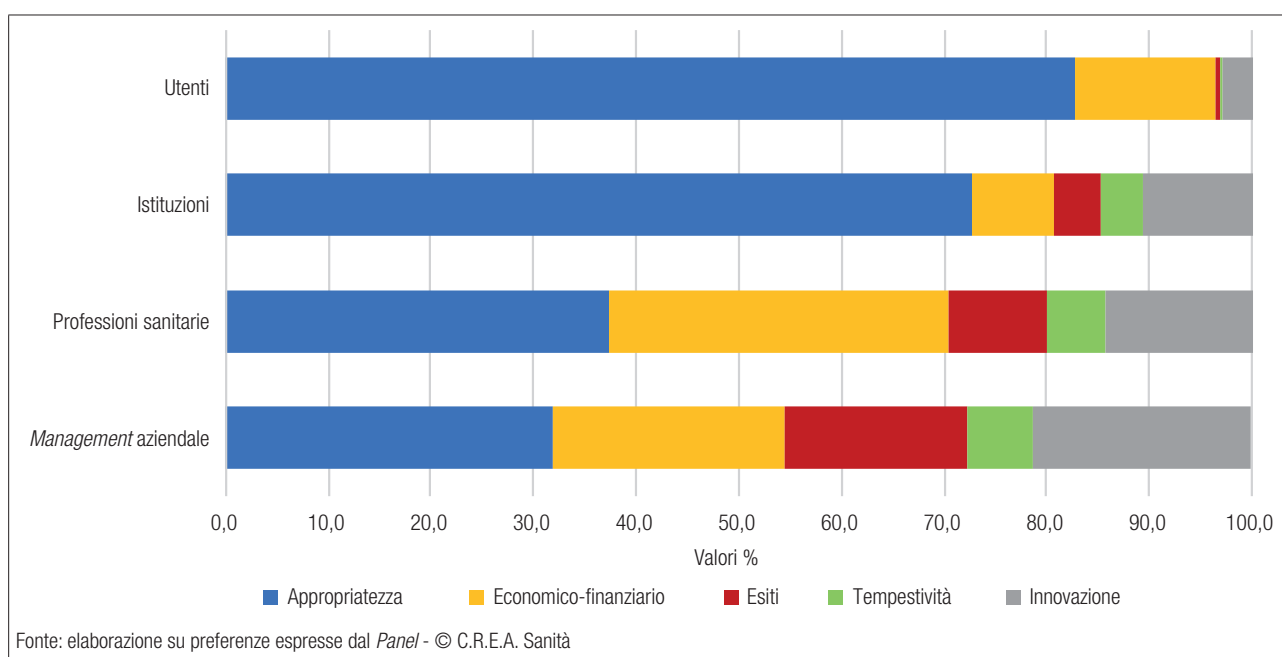


Figura 15a.2. Contributo delle Dimensioni alla Performance per categoria



Analizzando i risultati per Categoria di *stakeholder*, nel caso degli Utenti la Dimensione Appropriatazza contribuisce per quasi l'83% alla misura della Performance del sistema sanitario (82,8%); seguono le Dimensioni Economico-Finanziaria, Innovazione,

Esiti e Tempestività, con il 13,6%, il 2,8%, lo 0,4% e lo 0,4% rispettivamente.

Per i rappresentanti delle Istituzioni, la Dimensione Appropriatazza contribuisce per oltre il 70% alla Performance (72,7%), segue Innovazione con il

10,7%, l'Economico-Finanziaria con l'8,1%, gli Esiti con il 4,4% e la Tempestività con il 4,1%.

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie, le Dimensioni Appropriately ed Economico-Finanziaria contribuiscono per i due terzi alla *Performance* (37,3% e 33,2% rispettivamente), seguono l'Innovazione con il 14,3%, gli Esiti con il 9,4% e la Tempestività con il 5,8%.

Per il *Management* aziendale sono Appropriately, Economico-Finanziaria e Innovazione le tre Dimensioni che contribuiscono maggiormente: 31,9%,

22,6% e 21,3% rispettivamente; seguite da Esiti (17,8%) e Tempestività con il 6,3% (Figura 15a.2.).

L'indice complessivo regionale di *Performance*, oscilla da un massimo del 38% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) nel Nord-Ovest ad un minimo del 29% nel Sud e Isole (Figura 15a.3.).

Si osserva, quindi, come le valutazioni del *Panel* mostrino come anche le migliori *Performance* attuali siano ancora significativamente distanti da una situazione ottimale, evidentemente indicativa di una maggiore aspettativa da parte degli *stakeholders*.

Figura 15a.3. Indice di Performance

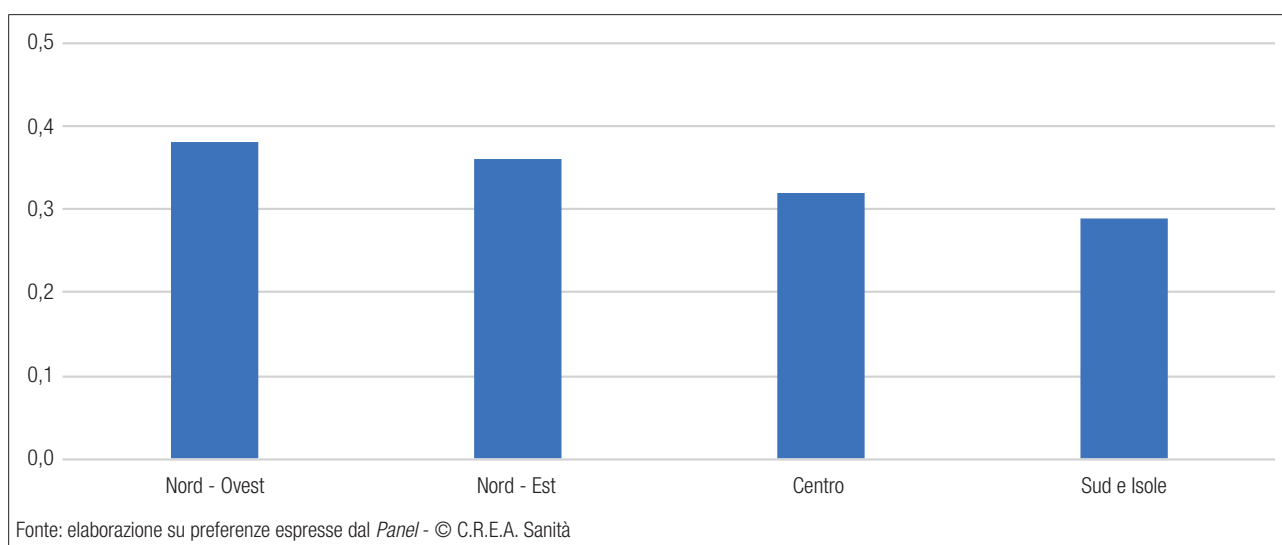
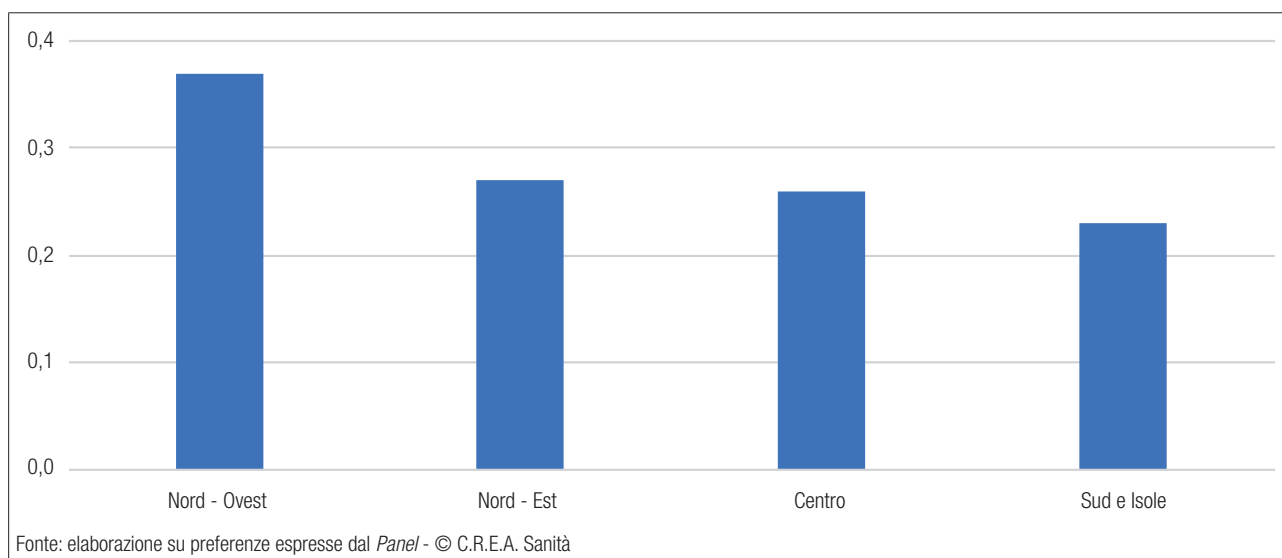


Figura 15a.4. Indice di Performance. Categoria Utenti



Categoria Utenti

Per la Categoria Utenti si conferma quanto registrato nella “classifica generale”, con il Nord-Ovest in prima posizione e con un livello di *Performance* del 37%; seguono Nord-Est (27%), Centro (26%) e Sud e Isole (23%) (Figura 15a.4.).

Rispetto al *ranking* generale, per gli Utenti il Nord-Ovest mantiene la prima posizione, con un livello di *Performance* pressoché uguale; per le altre ripartizioni, invece, il livello si riduce.

Categoria Istituzioni

Per i rappresentanti delle Istituzioni, la misura di *Performance* varia dal 34% del Centro al 30% del Nord-Ovest: si riduce quindi la forbice tra gli estremi (Figura 15a.5.).

Rispetto alla classifica generale, il Centro guadagna 2 posizioni, passando dal terzo al primo posto, a scapito del Nord-Ovest, che diventa ultimo. Il Nord-Est rimane in seconda posizione, scala invece alla terza il Sud.

Figura 15a.5. Indice di Performance. Categoria Istituzioni

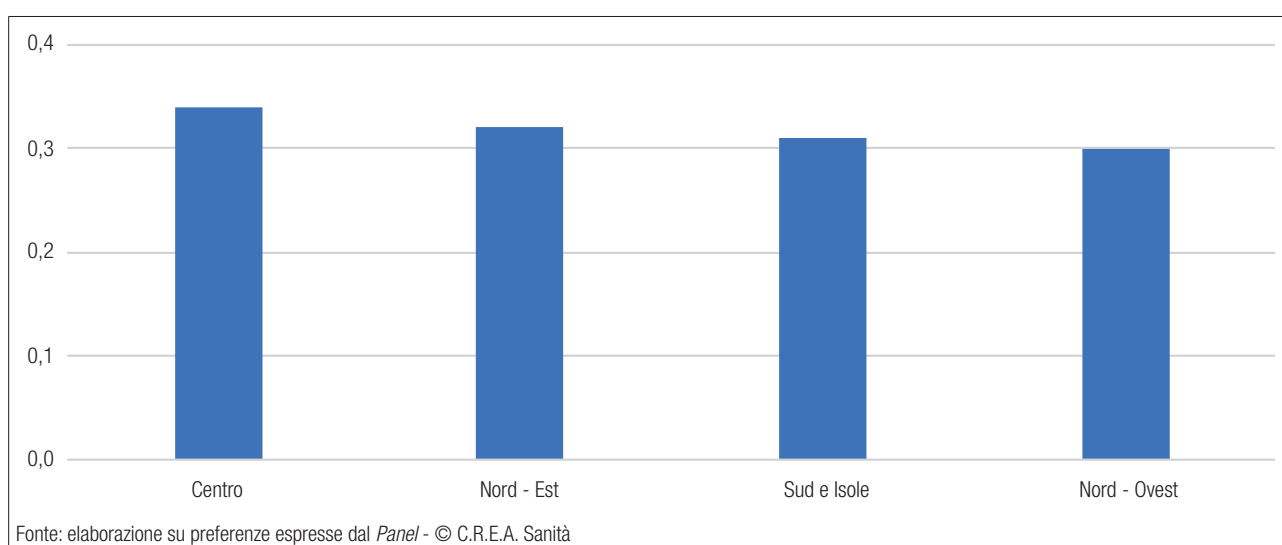


Figura 15a.6. Indice di Performance. Categoria Professioni Sanitarie

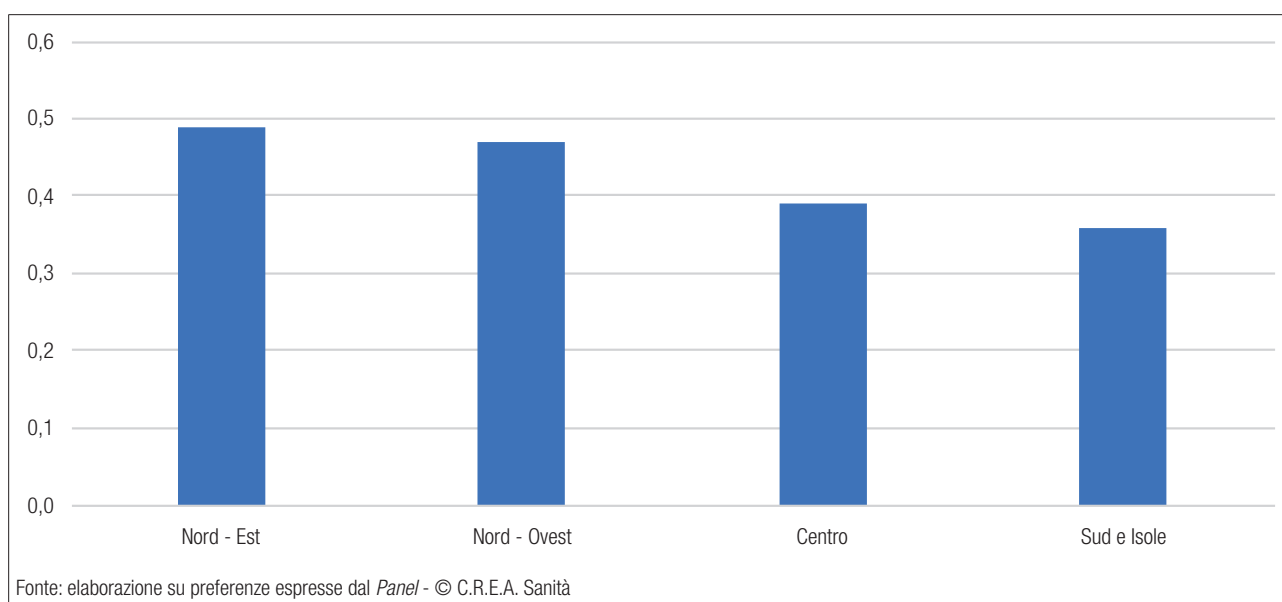
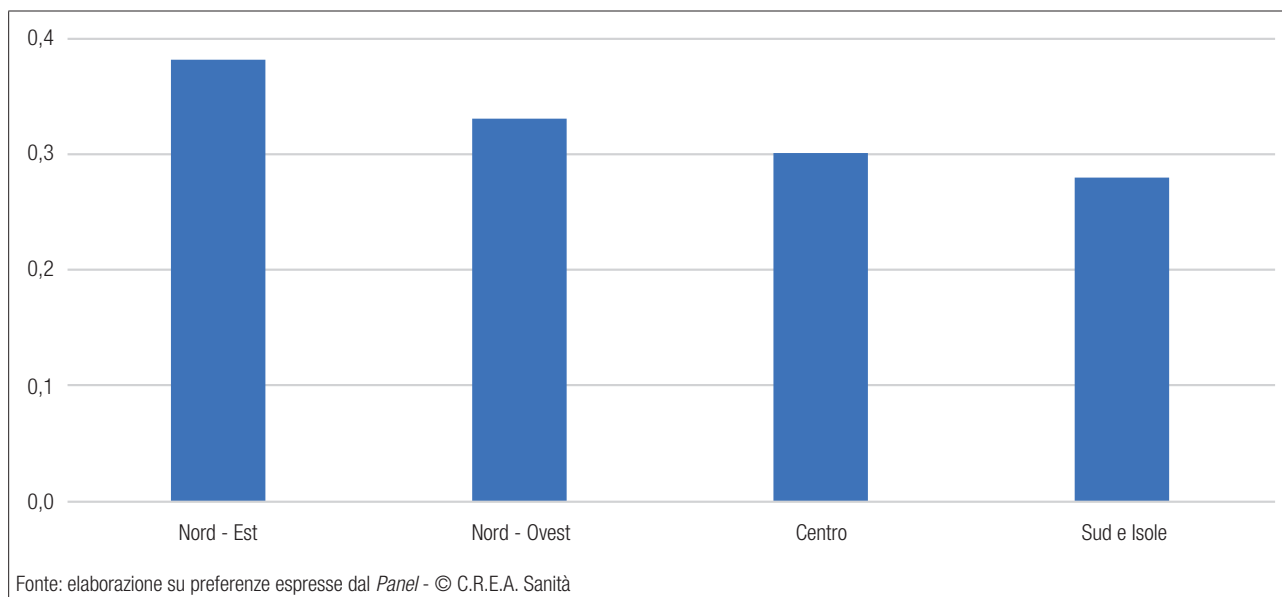


Figura 15a.7. Indice di Performance. Categoria Management aziendale



Categoria Professioni Sanitarie

Per le Professioni sanitarie aumentano le “distanze”: la Performance complessiva varia fra il 49% del Nord-Est ed il 36% di Sud e Isole (Figura 15a.6.).

Rispetto alla classifica generale, il Nord-Est e il Nord-Ovest si scambiano di posizione, diventando rispettivamente prima e seconda; il Centro e il Sud confermano le posizioni del ranking complessivo, ma con livelli di Performance superiori.

Categoria Management aziendale

Per la Categoria Management aziendale il gap tra la Regione più performante e quello meno è molto simile rispetto a quello complessivo: si passa da un valore massimo del 38% del Nord-Est ad uno minimo del 28% di Sud e isole (Figura 15a.7.).

In questo ranking il Nord-Est recupera una posizione rispetto a quello “generale”, diventando prima, a scapito del Nord-Ovest; Centro e Sud e isole si confermano rispettivamente terza e quarta.

Riepilogando, si conferma che anche nella Salute Mentale, nello specifico della gestione della schizofrenia, le diverse Dimensioni individuate apportano alla Performance contributi eterogenei, anche legati alla prospettiva adottata; ne risulta che i ranking del-

le ripartizioni geografiche prodotti dai diversi gruppi di stakeholder, presentano significative differenze, pur in un quadro qualitativamente omogeneo.

Per consolidare il processo di misura della Performance, i componenti del Panel hanno sottolineato l'esigenza di perfezionare alcuni flussi informativi; ad esempio “allineando” la modalità di alimentazione dei flussi per l'indicatore relativo all'abbandono del Centro, che attualmente generano bias nei confronti regionali; ancora, che l'indicatore sulle visite di controllo post dimissione possa essere limitato alle sole dimissioni al domicilio (denominatore), poiché evidentemente la dimissione presso altre tipologie di struttura è indicativa di una continuità assistenziale post-acuzie.

Il Panel ha altresì ravvisato l'esigenza di prevedere indicatori che misurassero il passaggio dall'età pediatrica a quella evolutiva.

In definitiva, in prospettiva ci si propone di:

- integrare gli indicatori per coprire aree ritenute strategiche
- aumentare il livello di copertura territoriale incrementando le partecipazioni al Panel
- promuovere una alimentazione più efficace dei flussi informativi.

ENGLISH SUMMARY

Regional Performance in Mental Health: focus on Schizophrenia

The chapter reports the results of an experimental application to mental health care management of an original methodology, formerly developed by the research team of C.R.E.A. Sanità, with the aim of measuring the Italian macro-regionals Performance.

The assessment adopts a multidimensional definition of the Performance and guarantees the democratic participation of the different stakeholders of the health system, through a transparent methodology for eliciting and weighing up their preferences.

The development of the methodology was inspired by decision analysis techniques.

The experiment involved a group of 58 experts, belonging to 4 different categories of stakeholders (“Patients”, “Health Professions”, “Management” and “Institutions”).

The selected (a priori) dimensions of Performance were:

- *outcomes*
- *appropriateness*
- *economic and financial aspects*
- *timely*
- *innovation.*

In first application, we focused on schizophrenia, in order to circumscribe the performance assessment, and to avoid bias, between Regions, due to the different types of patients in charge.

The macro-regional rankings resulting from the experiment, in terms of overall Performance, as well as individual Performance measurement, allowed us to confirm that the different stakeholders have significantly different preference structures.

It follows that a democratic performance assessment should represent a compromise between different points of view, which require a focus on the methods used for their composition.