

Supporto ad azioni di miglioramento del sistema di gestione qualità dei SerT e Strutture accreditate per soggetti dipendenti da sostanze d'abuso

Audit Clinico e Valutazione

Cristina Sorio

Osservatorio Ausl Ferrara

Bologna 26 novembre 2008

La valutazione della direzione, tecnico-professionale, della qualità dei servizi

Valutazione degli obiettivi, dei processi e dei prodotti: metodi e strumenti

Lavoro di gruppo

Il modello "Vision 2000"

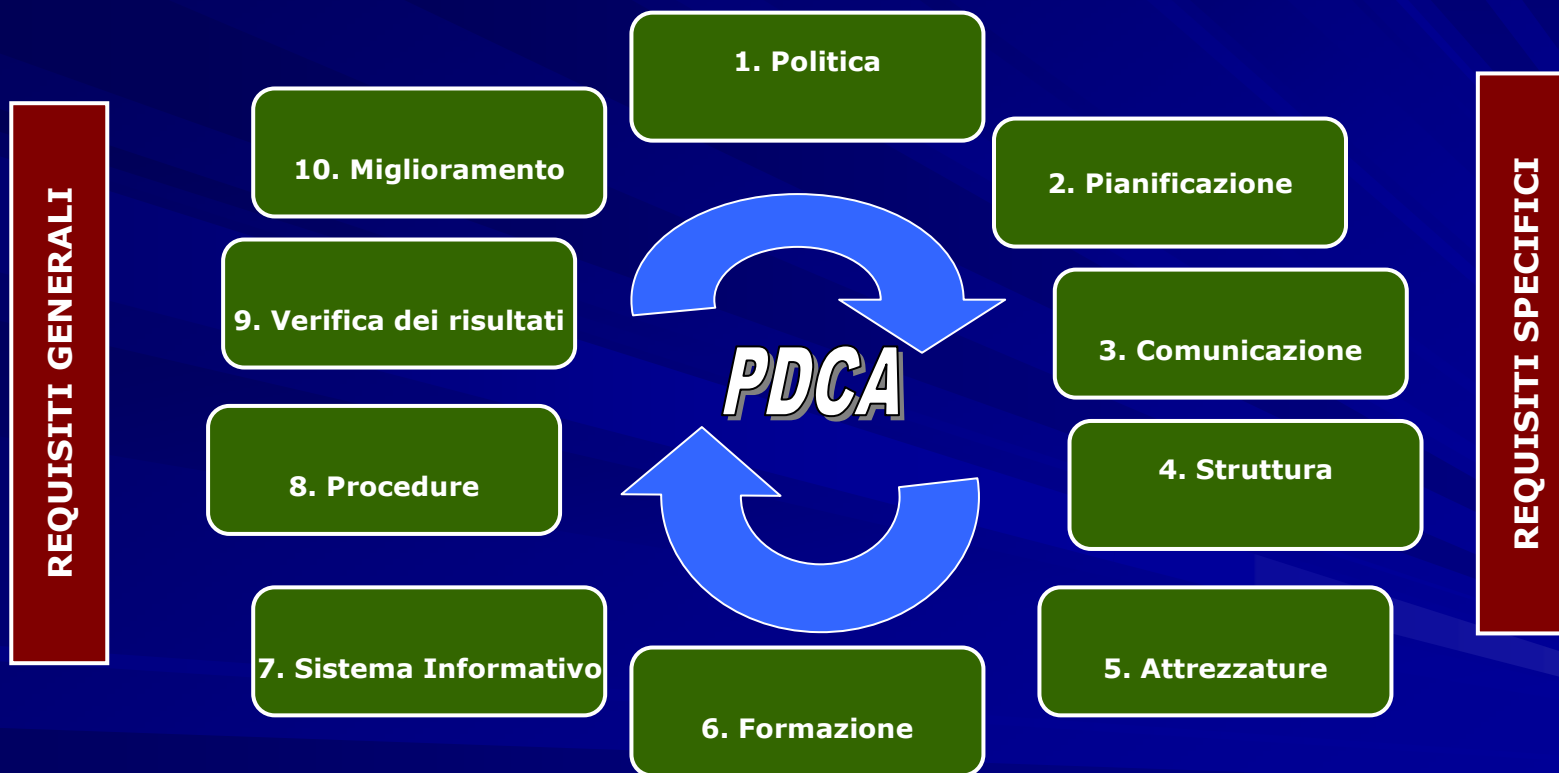
MIGLIORAMENTO CONTINUO DEL SISTEMA
DI GESTIONE DELLA QUALITA'



(Fonte: ISO 9001:2000, International Standards Organization)

Cristina Sorio

Modello Accreditemento E-R



Modello di Accreditalamento

Requisiti Generali





CAP. 9

Verifica dei risultati

Requisiti Generali

9. Verifica dei risultati

Valutazione del raggiungimento di obiettivi, processi, prodotti

- 9.1 Sono state individuate le responsabilità per la verifica dei risultati.
- 9.2 Esiste di un piano di verifica periodica comprendente:
 - a. valutazione documentata del raggiungimento degli obiettivi generali e specifici;
 - b. valutazione documentata della attività annuale pianificata con gli indicatori di processo: risorse umane e strumentali, impegni della Carta dei servizi, soddisfazione degli utenti e reclami, clima organizzativo, aderenza alle procedure per l'appropriatezza/continuità assistenziali;
 - c. valutazione documentata della attività annuale pianificata con particolare riguardo alla qualità tecnica del servizio, in riferimento ai requisiti specifici, allo *standard* di prodotto, con metodi adeguati (*audit*, misurazione dell'aderenza a linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità).
- 9.3 Il personale partecipa allo svolgimento della valutazione periodica.
- 9.4 I risultati sono discussi con le parti interessate.

Definizioni
Glossario ASR

Verifica: operazione di controllo permanente per mezzo della quale si procede all'accertamento di un fatto, di un atto, di un evento (es. verifica ispettiva)

Valutazione: processo scientifico e sistematico con cui viene determinato il grado in cui un intervento o programma pianificato raggiunge predeterminati obiettivi

Definizioni
Glossario ASR

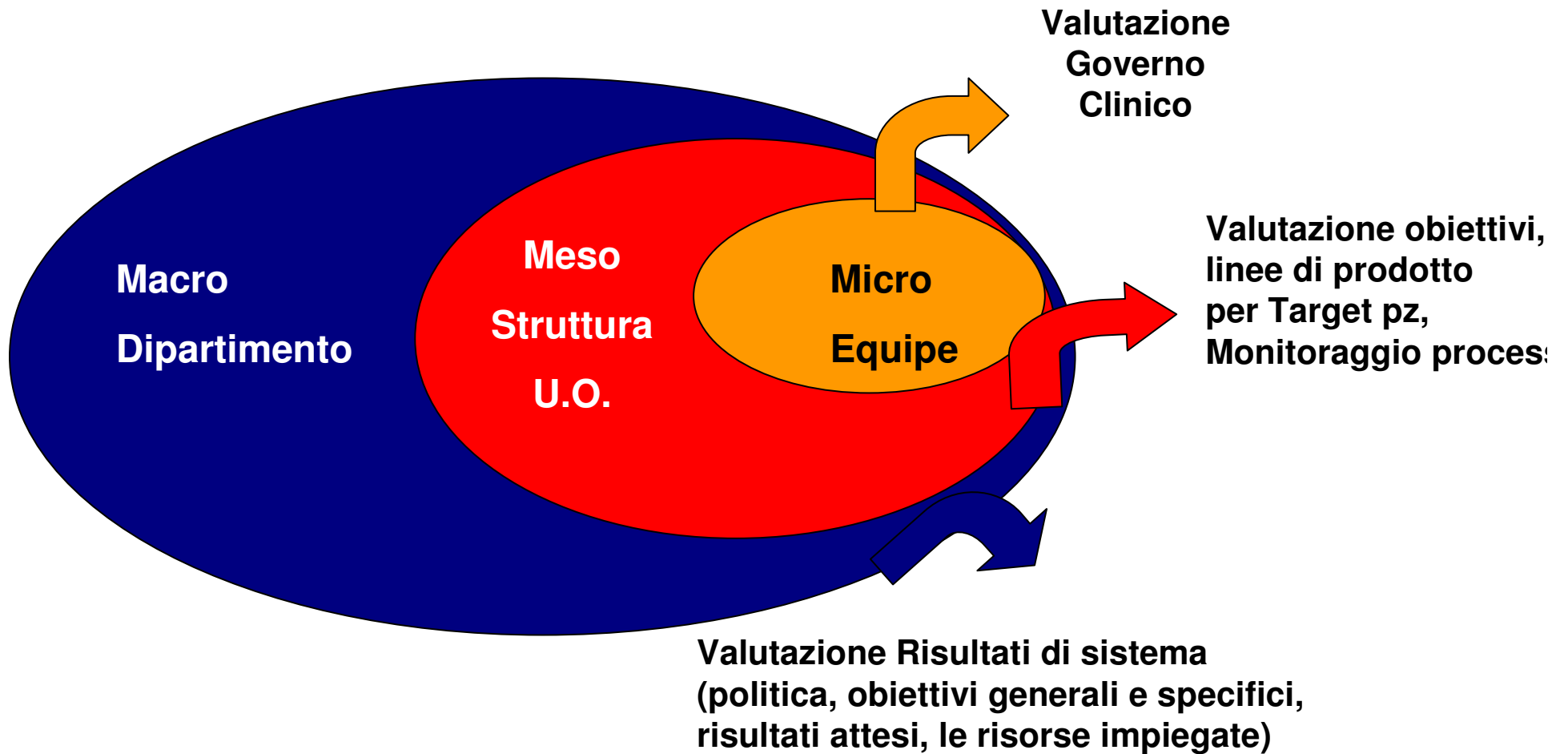
Monitoraggio: misurazioni ripetute e continuative di una varietà di indicatori operate per identificare potenziali problemi, per presidiare un fenomeno, per misurare l'evoluzione e il miglioramento continuo

LOGO AZIENDA/DENOMINAZIONE	SEZIONE	PAGINA X DI Y
DIPARTIMENTO/STRUTTURA		DATA DI EMISSIONE
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/RESPONSABILE STRUTTURA	Capitolo 9 – Verifica dei risultati	
MANUALE per l'ACCREDITAMENTO		DATA ULTIMA REVISIONE

CAPITOLO 9 - VERIFICA DEI RISULTATI

	Evidenze
<p>Nel Manuale per l'Accreditamento il Dipartimento/Struttura deve descrivere in breve, richiamando il piano di verifica periodica, come governa:</p> <p>a) il monitoraggio/verifica del raggiungimento degli obiettivi generali e specifici annuali stabiliti nella pianificazione aziendale, di dipartimento/struttura e delle U.O./A.O. se non coincidenti (es. nel budget, nei progetti di miglioramento, nel piano delle attività, ecc.);</p> <p>b) valutazione documentata della attività annuale pianificata con gli indicatori di processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ risorse umane e strumentali ◆ impegni derivanti dalla Carta dei Servizi ◆ soddisfazione degli utenti e reclami ◆ clima organizzativo ◆ appropriatezza/continuità assistenziale <p>c) il monitoraggio/verifica dei risultati rispetto agli standard stabiliti (qualità professionale).</p>	<p>Definizione delle responsabilità per la verifica dei risultati (vedi Funzionigramma Cap. 2)</p> <p>Report relativo al monitoraggio delle attività comprensivo dei diversi punti previsti dal requisito</p> <p>Relazione annuale o sintesi dipartimentale sull'analisi dei dati dell'esercizio precedente</p> <p>Audit interni organizzativi e clinici</p> <p>Audit esterni</p> <p>Benchmarking professionali</p> <p>Analisi dei reclami</p> <p>Indagini di clima</p> <p>Analisi dei rischi</p> <p>Monitoraggio degli Standard di prodotto, Analisi andamenti fornitori</p> <p>Gestione di azioni correttive e preventive</p> <p>Le evidenze dovranno essere prodotte sia dal Dipartimento che dalle Unità operative, ognuno per quanto di propria pertinenza.</p>
<p>Deve inoltre descrivere le modalità di coinvolgimento e discussione dei risultati delle verifiche con il personale del dipartimento/struttura e all'esterno con i principali referenti.</p> <p><i>Nota: La valutazione sulla appropriatezza/continuità assistenziale comprende la appropriatezza clinica, le modalità assistenziali, tempi, percorsi clinico-assistenziali, Lea, indicazioni presenti nel contratto di fornitura, ecc.</i></p>	

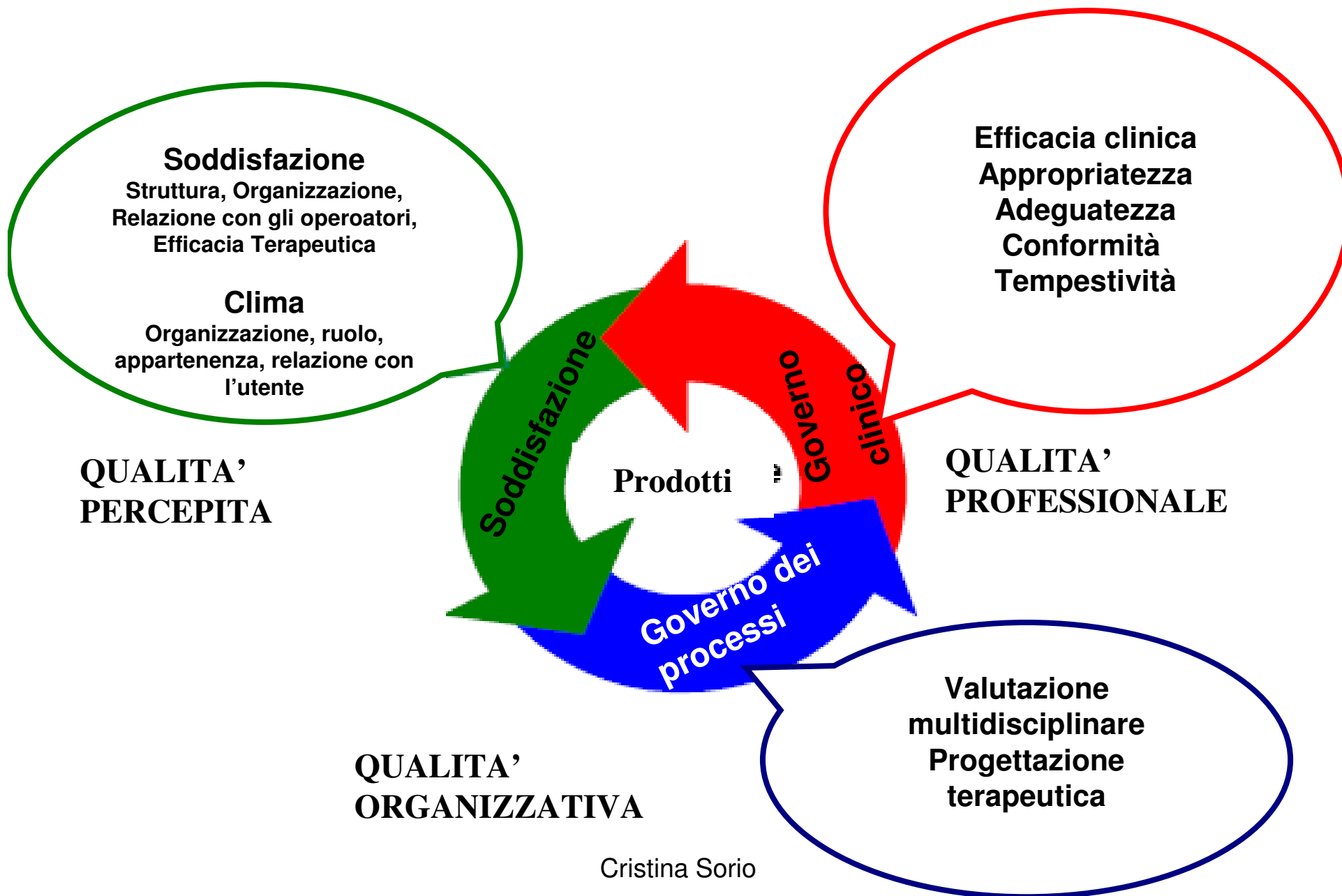




Valutazione della direzione



Fattori di qualità per i principali prodotti



Governo clinico

Si intende la capacità dei servizi di sviluppare e mantenere una sistematica attenzione alla qualità dell'assistenza da essi erogata, con particolare riferimento alla efficacia ed alla appropriatezza clinica delle prestazioni.

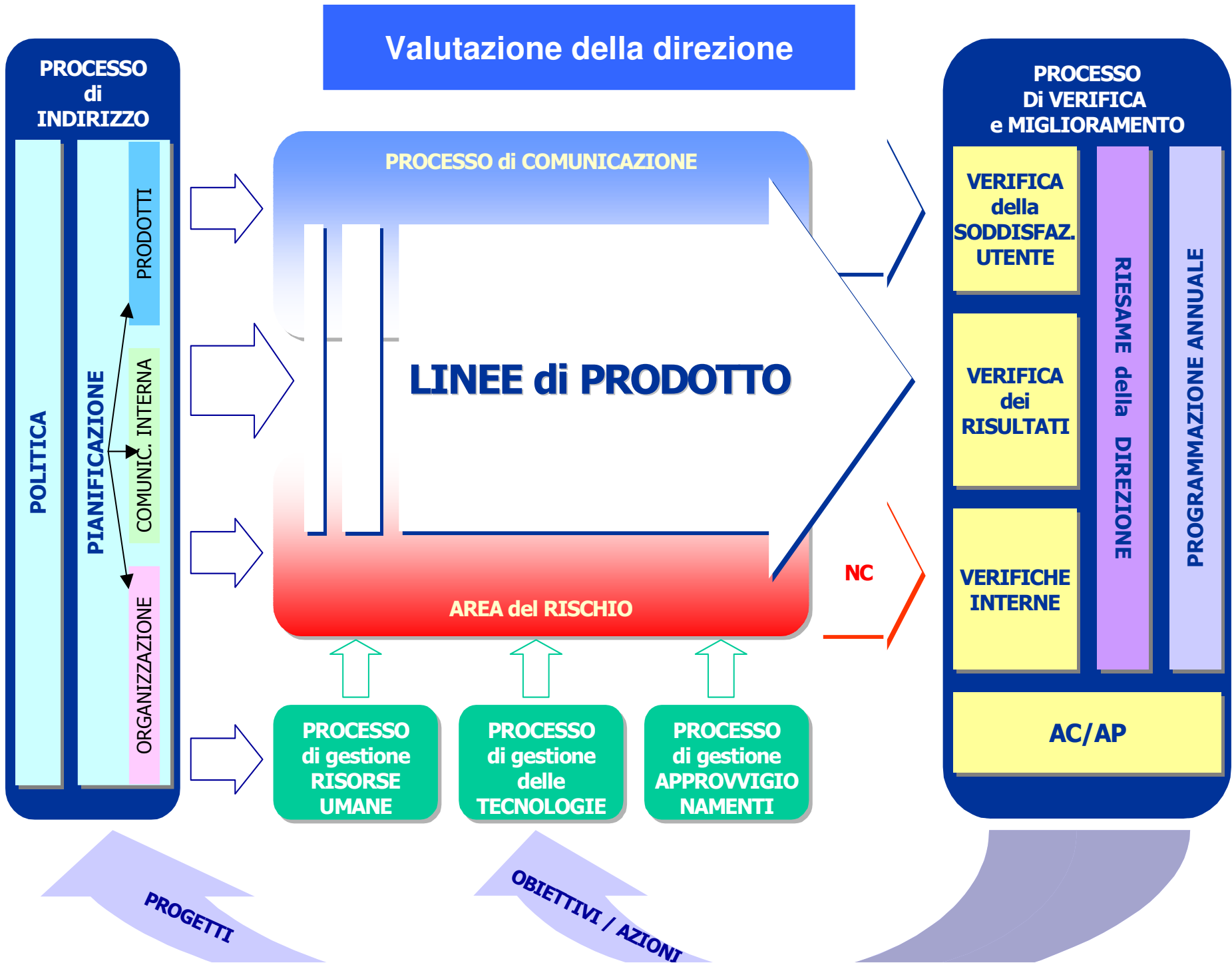
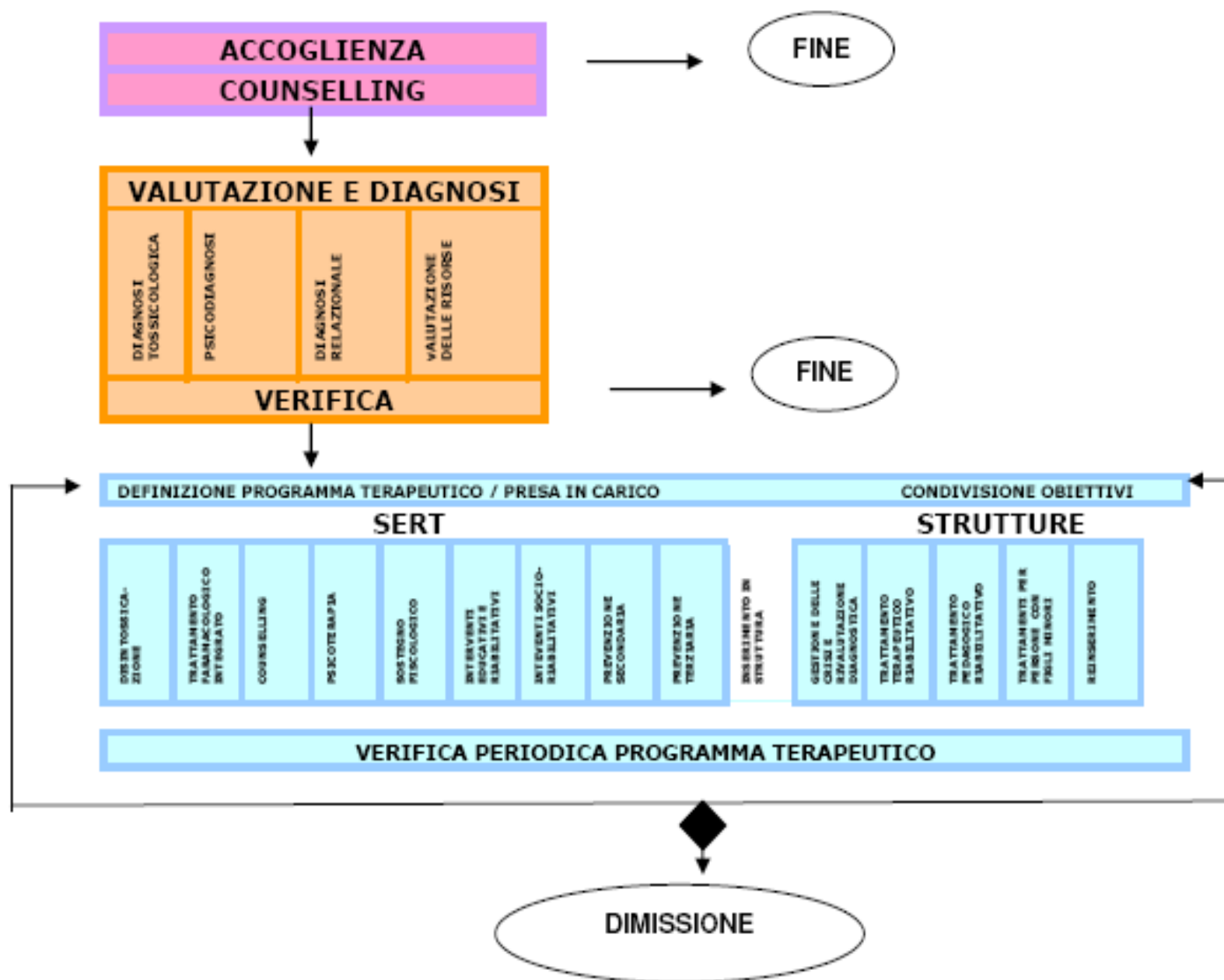



Fig. 1 – Diagramma dei prodotti del Programma Dipendenze Patologiche





Verifica dei risultati

**Requisiti
Specifici**
(DGR 26/2005)

STRUTTURE AMBULATORIALI DI ACCOGLIENZA E DIAGNOSI

- 5706 Definizione del progetto terapeutico
- 5705 Personalizzazione dell'intervento
e valutazione multidisciplinare

STRUTTURE DI TRATTAMENTO AMBULATORIALE

- 5707 Adeguatezza del trattamento
- 5708 Ritenzione in trattamento
- 5709 Astinenza da sostanze
- 5710 Miglioramento rapporto con le sostanze
- 5711 Soddisfazione degli utenti
- 5712 Mortalità per overdose
- 5713 Sieroconversioni (Hiv, Epatite)



Verifica dei risultati

**Requisiti
Specifici
(DGR 26/2005)**

STRUTTURE TERAPEUTICO- RIABILITATIVE, PEDAGOGICO-RIABILITATIVE

Efficacia del trattamento

Valutazione dei risultati dei trattamenti

Tasso di utilizzo dei posti letto

Audit per valutare modalità e cause degli abbandoni

STRUTTURE PER PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE CON FIGLI MINORI

Efficacia del trattamento

Tasso di utilizzo dei posti letto

Audit per valutare modalità e cause degli abbandoni

STRUTTURE GESTIONE DELLE CRISI E RIVALUTAZIONE DIAGNOSTICA

Valutazione diagnostica multidisciplinare

Valutazione dei risultati dei trattamenti

Adeguatezza dei tempi di valutazione

Cristina Sorio



SERT

- Monitoraggio dell'andamento del programma terapeutico
- Personalizzazione intervento e valutazione multidisciplinare
- Definizione progetto terapeutico

ADEGUATEZZA
(Processo)



STRUTTURE

- Tempi di valutazione COD
- Valutazione diagnostica multidisciplinare
- Sistema di Monitoraggio variabili che influiscono sull'efficacia del Trattamento
- Audit Cause di interruzione



EFFICIENZA ORGANIZZATIVA

- Personalizzazione dell'intervento e valutazione multidisciplinare



- Tasso di utilizzo posti letto



SERT

- ASTINENZA
- MIGLIORAMENTO
- RITENZIONE
- MORTALITA'
- SIEROCONVERSIONI

EFFICACIA
(Outcome)



STRUTTURE

- PROGRAMMA CONCLUSO
POSITIVAMENTE
- Audit CAUSE INTERRUZIONE



STANDARD

Valore assunto o auspicato da un indicatore su di una “scala” di riferimento

- Livello soglia di accettabilità
- Valore di riferimento
- Valore raccomandato
- Requisito
- Meta da raggiungere



INDICATORE

Caratteristica qualitativa (paragonabile) o quantitativa (misurabile) di un oggetto o di un fenomeno che su questi consente di inferire (= costruire ipotesi, dare giudizi).

- Pertinenti
- Specifici
- Sensibili
- Facili
- Utili
- Rilevabili in modo riproducibile



Prodotto:

ACCOGLIENZA E DIAGNOSI AMBULATORIALE

- Personalizzazione intervento e valutazione multidisciplinare:
indica l'efficienza della struttura nell'effettuare una valutazione multidimensionale e la capacità di effettuare la personalizzazione dell'intervento terapeutico
- Definizione del progetto terapeutico:
indica quanto il programma terapeutico è personalizzato e quanto sia stata effettuata una adeguata diagnosi e programmazione degli interventi

Prodotto: Accoglienza e diagnosi

Fattore di Qualità	Indicatore	Gestione indicatore e STANDARD
Personalizzazione dell'intervento	Nuovi e reingressi che hanno ricevuto una <u>valutazione di almeno due professionisti</u> entro due mesi / utenti in accoglienza * entro 60 gg. apertura periodo osservazione e diagnosi	A partire dalla data S01-Scheda Informazioni di base: Primo invio e riammissione, calcolare <u>per i 2 mesi*</u> successivi se vi è: S06 una prestazione (del gruppo presa in carico utente e definizione progetto terapeutico individuale?) di <u>1 medico</u> ; una prestazione di un'altra figura professionale, scelta tra: psicologo, assistente sociale, educatore, assistente sanitario, altro / <u>esclusi infermieri, sociologi e amministrativi</u> >= 70%

Prodotto: Accoglienza e diagnosi

Fattore di Qualità	Indicatore	Gestione indicatore e STANDARD
Definizione del progetto terapeutico	N. Utenti in carico con progetto terapeutico / Totale utenti in carico	Soggetti in carico che hanno compilata la S10 Progettazione diagnosi e testistica: Diagnosi Test psicologici <u>Progetto terapeutico</u> con relativi obiettivi >= 70%

Indicatore: PERSONALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

Nuovi Soggetti in accoglienza che hanno avuto almeno una prestazione da parte di un medico e di un operatore dell'are psico-socio-educativa entro 60 giorni dalla data di accoglienza (%)

Personale in accoglienza e tempi	Alcolisti	Tossicodip.	Tabagisti	GAP	Altro	Standard
Solo medico	9.8	13.8	3.8	0	11.4	
Solo psico-sociale	12.0	32.4	40.4	77.8	14.3	
Medico e operatore psico-sociale (<60gg)	74.5	37.6	51.9	22.2	65.7	>= 70%
Medico e operatore psico-sociale (>60gg)	2.2	3.3	0	0	0	

Fonte: Osservatorio Dipendenze Patologiche - Azienda Usl di Rimini

Indicatore: DEFINIZIONE PROGETTO TERAPEUTICO

% Soggetti in carico con definizione del progetto terapeutico e con obiettivi delineati

Definizione progetto terapeutico	Alcolisti	Tossicodip.	Tabagisti	GAP	Altro	Standard
Soggetti con progetto	27	267	18	5	0	
Totale soggetti in carico nell'anno	262	889	73	10	5	
% di soggetti con progetto	10,3	30,0	24,7	50,0	0	>= 70%

Fonte: Osservatorio Dipendenze Patologiche - Azienda Usl di Rimini

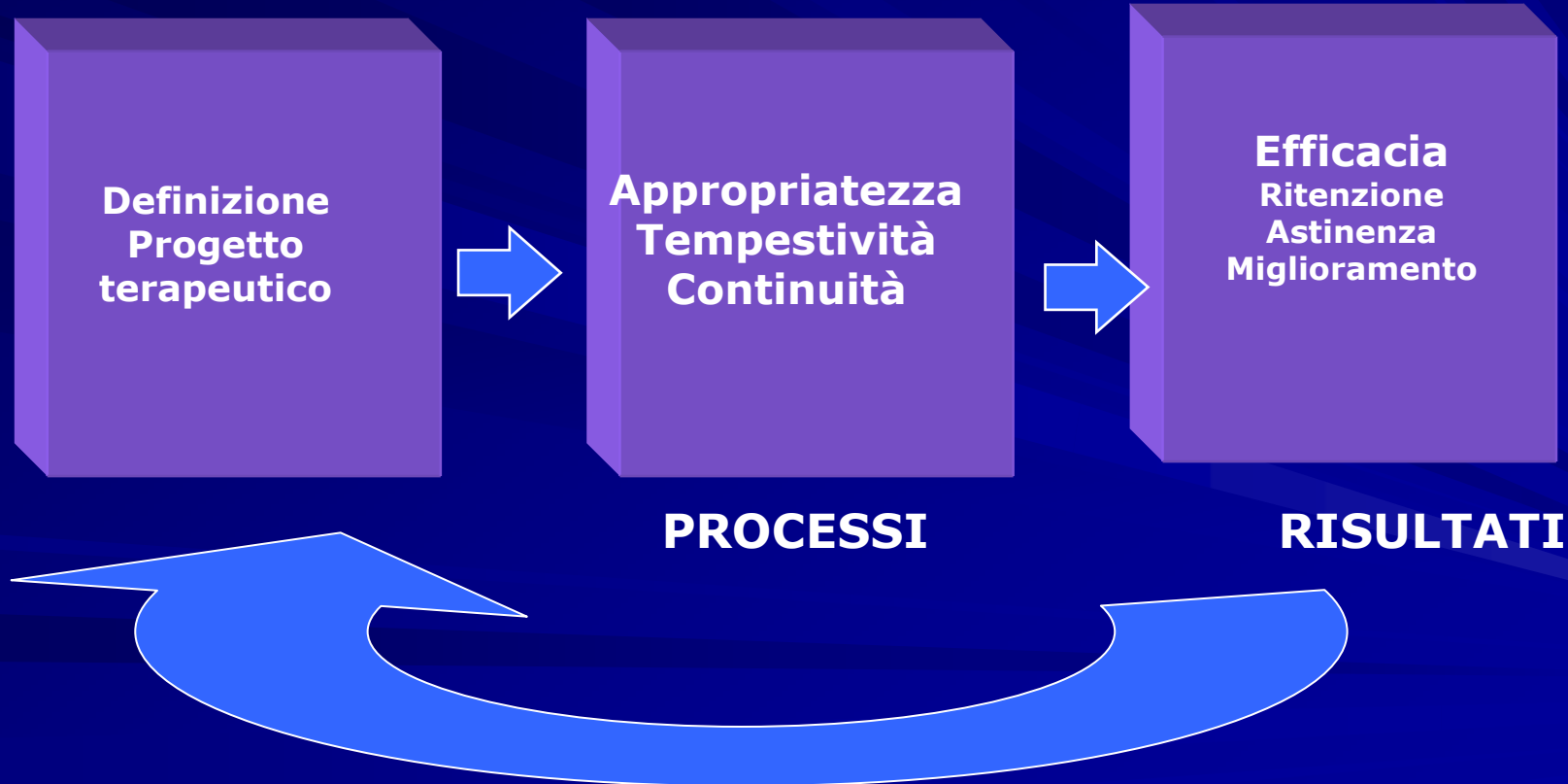


Prodotto:

PROGRAMMA TERAPEUTICO AMBULATORIALE

- **Adeguatezza del trattamento:**
indicatore di processo che sorveglia il rischio di non adeguamento del trattamento e quindi misura l'efficacia professionale della struttura
- **Ritenzione in trattamento**
indica la capacità delle strutture di ritenere in trattamento e del sistema di rete di ingaggio appropriato
- **Miglioramento rapporto con le sostanze**
- **Astinenza da sostanze:**
indicatore di efficacia dell'attività

Valutazione tecnico-professionale



IL CICLO PDCA: PLAN - DO - CHECK - ACT

Re-agisco
per consolidare o
Migliorare i risultati

ACT

PLAN

Progetto
Terapeutico
Obiettivi



Monitoro e verifico
processi e risultati

CHECK

DO

Attivo i processi per
Realizzare gli
obiettivi

Definizioni
Glossario ASR

Adeguatezza:

Comprende i concetti di sistema/situazione appropriata per il contesto, efficace verso le attese.

Definizioni

Glossario ASR

Appropriatezza:

Misura della capacità di fornire - al livello di assistenza più idoneo - un intervento efficace per un paziente nel rispetto delle sue preferenze individuali e dei suoi valori culturali e sociali. E' utile distinguere tra

appropriatezza clinica, intesa come la capacità di fornire l'intervento più efficace date le caratteristiche e le aspettative di un determinato paziente e

appropriatezza organizzativa, intesa come capacità di scegliere il livello assistenziale più idoneo alla erogazione delle cure.

Definizioni

Efficacia:
Capacità di raggiungere
l'esito desiderato.

Efficacia teorica
(efficacy)

Efficacia pratica
(effectiveness)

Prodotto: Trattamento ambulatoriale

Fattore di Qualità	Indicatore	Gestione indicatore e STANDARD
<p>Adeguatezza del trattamento</p>	<p>N. Utenti con <u>monitoraggio</u> dell'andamento del <u>programma terapeutico</u>/ totale pazienti ammessi al trattamento</p> <p>A campione almeno 40 casi/anno: Definire i tempi di verifica Dimensione di valutazione Strumento (professionale - indagine)</p>	<p>S07 Programma e Trattamenti Terapeutici: Obiettivo programma: Mesi di verifica</p> <p>Dimensione Uso sostanze <u>Miglioramento/mantenimento condizione di salute</u> Condizione psicopatologica Lavoro Comportamenti compulsivi Comportamenti a rischio per la salute Capacità di gestione dei rapporti relazione Integrazione sociale Adesione programmi terapeutici Giustizia</p> <p>Valutazione: Migliora – Stabile – Peggiora)</p>

Indicatore: ADEGUATEZZA DEL TRATTAMENTO

Dimensioni	Ingresso			Dopo 6 mesi		
Uso sostanze	[Barra]					
Miglioramento/ mantenimento				[Barra]		
Condizione psicopatologica	[Barra]					
Comportamenti compulsivi						
Comportamenti a rischio per la salute						
Adesione programmi terapeutici						
Capacità di gestione dei rapporti relazione						

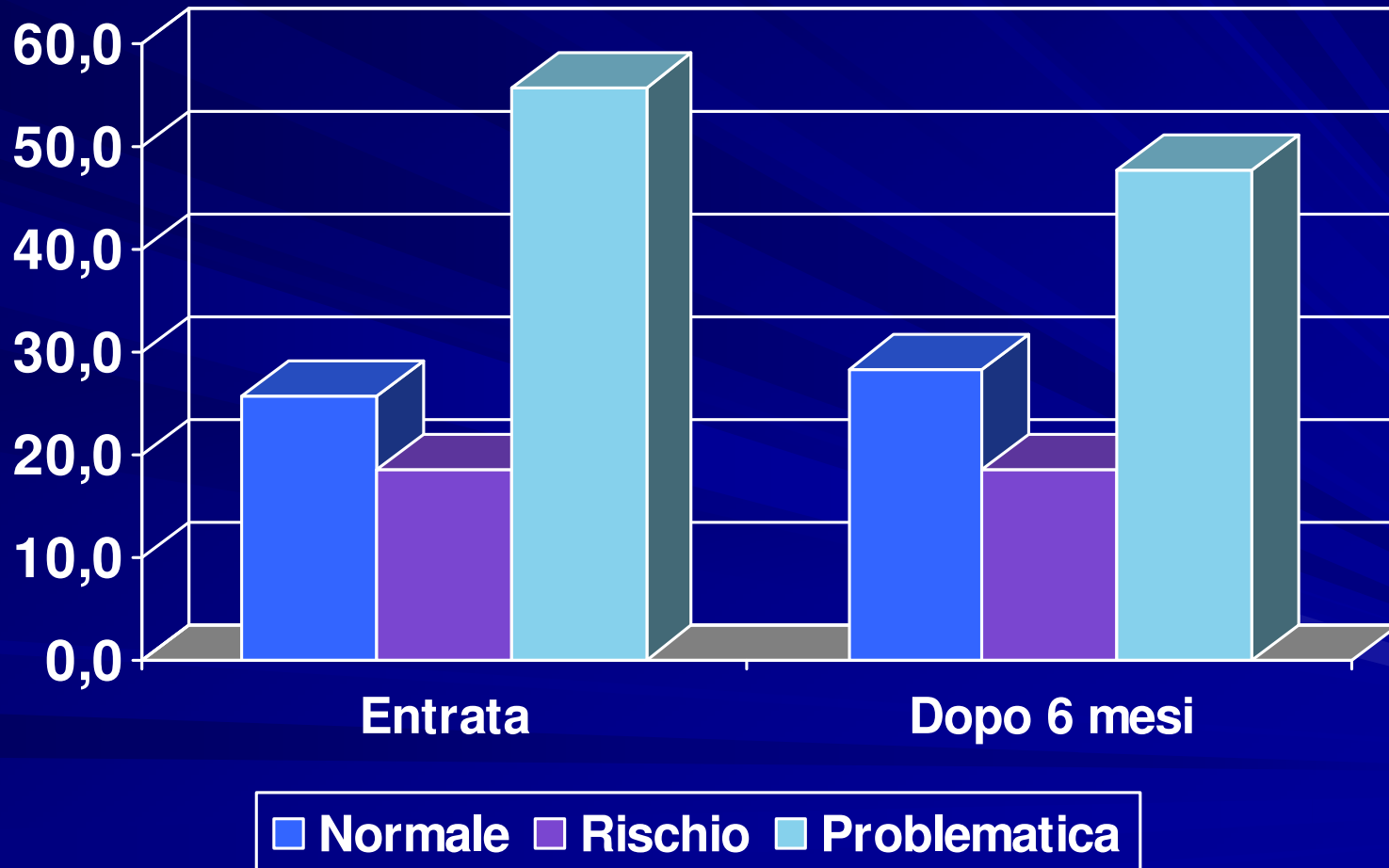
Indicatore: ADEGUATEZZA DEL TRATTAMENTO QUALITA' DELLA VITA (NOTTINGHAM HEALTH PROFILE)

	Ingresso			Dopo 6 mesi		
	Normale	Rischio	Situazione problematica	Normale	Rischio	Situazione problematica
Energia	40.8	20.9	38.2	42.3	20.6	32.3
Isolamento sociale	35.6	16.9	47.4	38.9	16.3	39.5
Reazioni emotive	29.4	17.9	32.6	31.7	19.6	43.5
Mobilità fisica	48.7	19.9	31.3	72.9	10.5	11.4
Sonno	36.3	7.5	56.2	36.9	9.8	47.7
Dolore	56.5	11.8	31.7	62.1	8.8	23.9
QUALITA' DELLA VITA	25.8	18.6	55.6	28.4	18.9	47.7

Fonte: Osservatorio Dipendenze Patologiche - Azienda UsI di Rimini

Cristina Sorio

QUALITA' DELLA VITA



Prodotto: Trattamento ambulatoriale

Fattore di Qualità	Indicatore	Gestione indicatore e STANDARD
Ritenzione in trattamento	N. Pazienti che avendo iniziato il trattamento sono ancora in cura dopo 6 mesi/ totale pazienti presi in carico (%) alcol-eroina-poliassuntori Semestrale	S07 Programma e Trattamenti Terapeutici: <u>Data Trattamenti</u> Valore soglia Valore di riferimento, Valore ottimale

Indicatore: RITENZIONE IN TRATTAMENTO
Utenti che sono in cura dopo 6 mesi dall'inizio del trattamento/
Totale Utenti presi in carico

	Anno 2006			Anno 2007		
	Alcolisti	Eroinomani	Poliassuntori	Alcolisti	Eroinomani	Poliassuntori
Nuovi pazienti che dopo 6 mesi sono ancora in trattamento						
Completato entro i 6 mesi						
Terminato entro i 6 mesi						
Interrotto entro i 6 mesi						
% Ritenzione in trattamento (pz. ancora in corso/totale)	90,5%	82,1%	76,6%	93,1%	87,9%	83,9%

Terminato

Dimissione concordata (2.1),
 Passaggio ad altra struttura (2.2)
 Arresto (2.3),
 Decesso (2.4)
 Variazione trattamento (2.5)
 Scarcerazione (2.6)

Interrotto

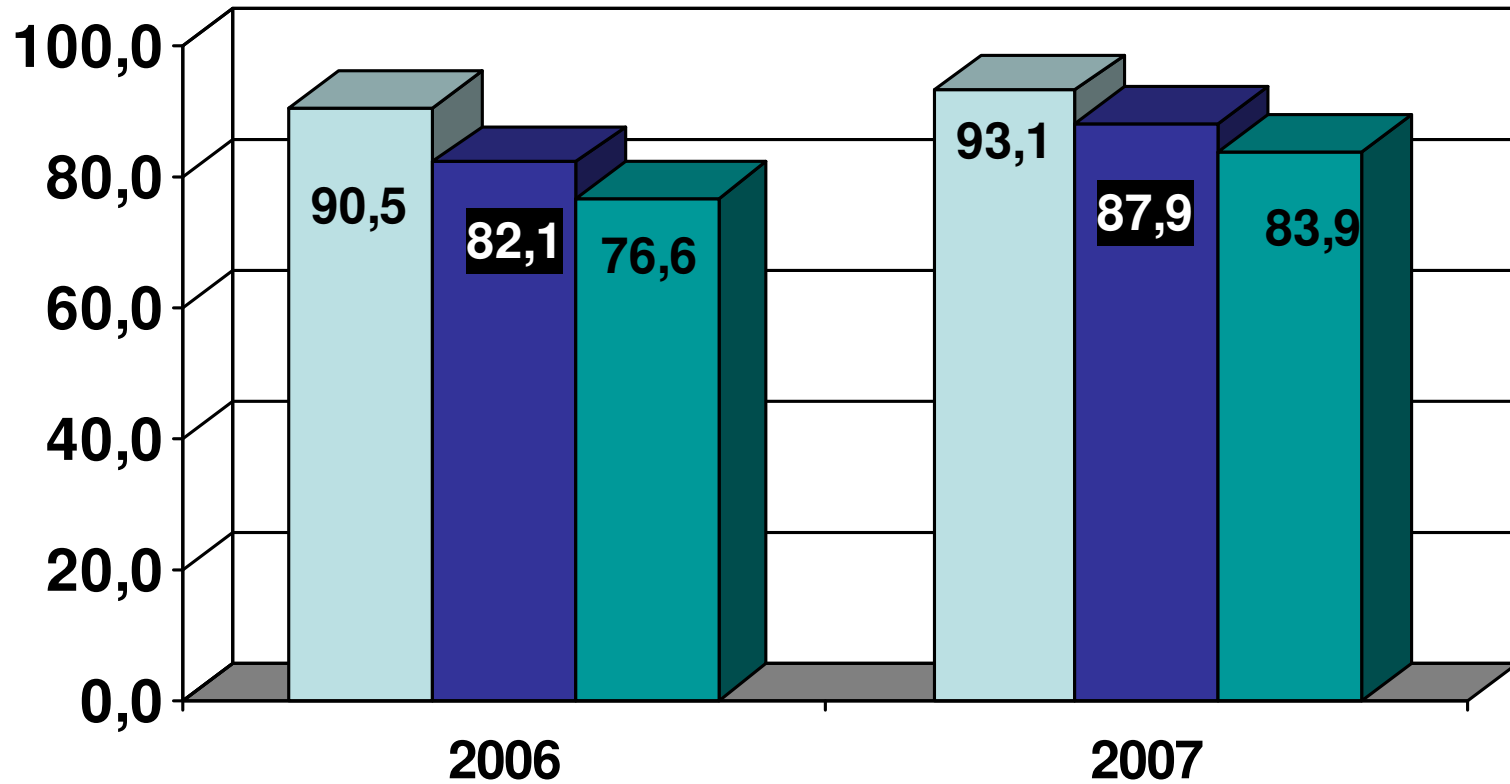
Abbandono (3.1)
 Fuga (3.2)
 Espulsione (3.3),
 Chiusura d'ufficio (3.4)

Rapporto 2007 sulle dipendenze in area metropolitana

		2005	2006	2007
1	n. utenti dipendenti da alcol che avendo iniziato il trattamento sono ancora in cura dopo 6 mesi / totale utenti dipendenti da alcol presi in carico*100	84,7	90,5	93,1
2	n. utenti dipendenti da eroina che avendo iniziato il trattamento sono ancora in cura dopo 6 mesi / utenti dipendenti da eroina presi in carico*100	86,9	82,1	87,9
3	n. utenti poliassuntori che avendo iniziato il trattamento sono ancora in cura dopo 6 mesi / totali utenti dipendenti da eroina presi in carico*100	72,6	76,6	83,9

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche - Azienda UsI di Bologna

RITENZIONE IN TRATTAMENTO



Alcolisti Eroinomani Poliassuntori

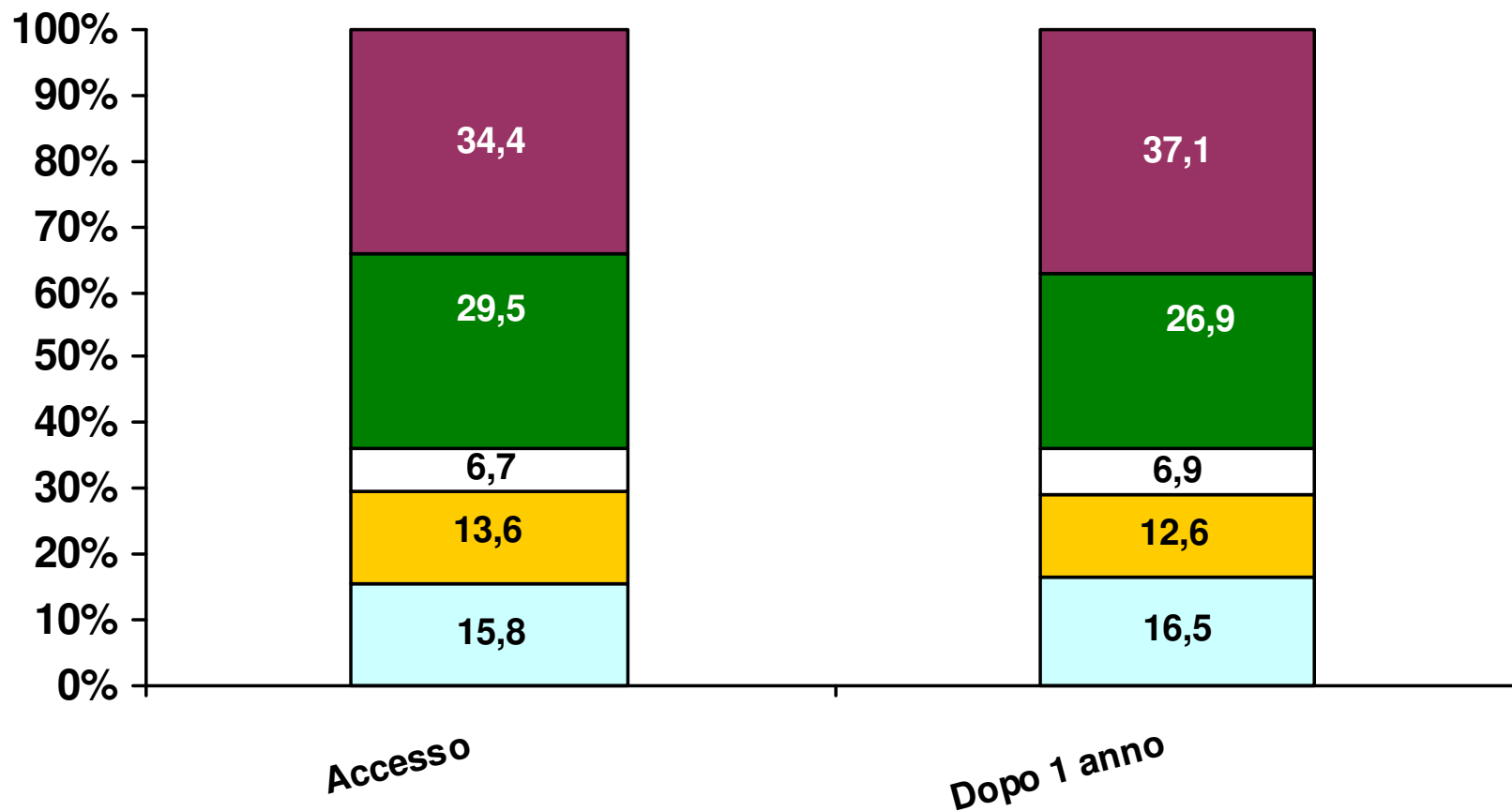
Cristina Sorio

Prodotto: Trattamento ambulatoriale

Fattore di Qualità	Indicatore	Gestione indicatore e STANDARD
Miglioramento rapporto con le sostanze	<p>N. Utenti in carico che hanno migliorato il rapporto con le sostanze in carico/ totale utenti in carico</p> <p>A 6 mesi e a 1 anno dalla presa in carico</p> <p>S14 Scheda Tabagismo Follow Up: fuma/non fuma Valore Co, Punteggio Fargerstrom</p>	<p>S12: Scheda dipendenza patologica</p> <p>1- Riduzione frequenza d'uso Frequenza di assunzione</p> <p>2- Cambiamenti nelle modalità d'uso</p> <p>3- Passaggio droghe pesanti a droghe leggere</p> <p>Scheda Evoluzione data, frequenza, modalità</p> <p>S 24 Valutazione e follow up</p> <p>Follow up / Uso di sostanze Drug free/alcol free Recidivo nell'uso/abuso Uso/abuso di sostanze diverse</p>

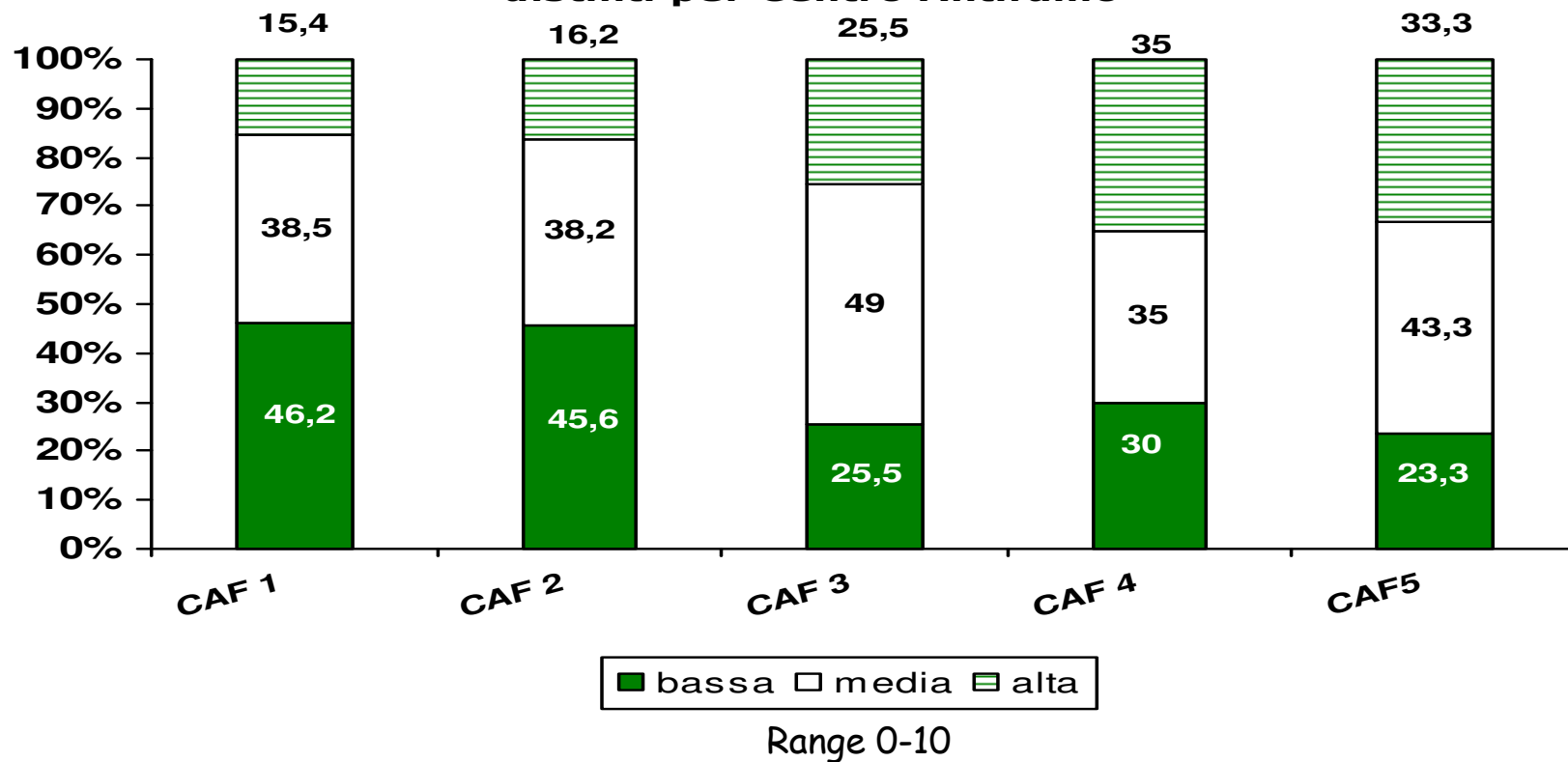
Indicatore: MIGLIORAMENTO RAPPORTO CON LE SOSTANZE

Diagnosi tossicologica rilevata a partire dal punteggio
DSM IV - ICD X (accesso - dopo un anno - alla dimissione)



Abuso Dip. Lieve Dip. Moderata Dip. Grave In remissione

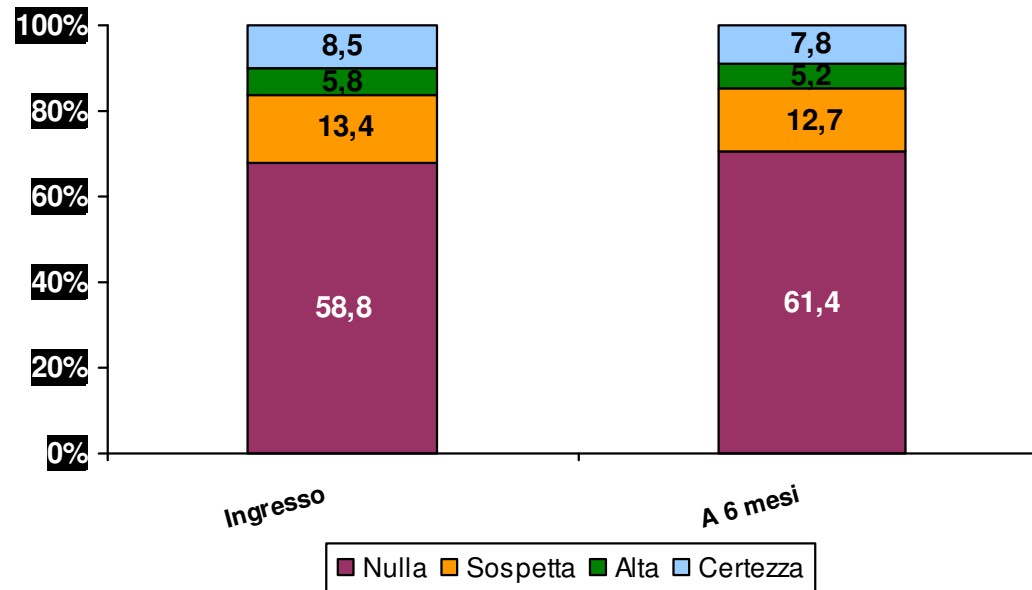
Grado di dipendenza rilevata con Test di Fagerstrom sugli utenti distinti per Centro Antifumo



Fonte: Osservatorio Dipendenze Patologiche - Azienda UsI di Ferrara

Cristina Sorio

Grado di dipendenza da alcol rilevata con Test CAGE all'ingresso e dopo 6 mesi



1. Avete pensato recentemente di diminuire il vostro bere?
2. Vi siete sentiti infastiditi dalle osservazioni che vi sono state fatte nel vostro ambiente di vita riguardo al bere e dai consigli di diminuire o di smettere di bere?
3. Vi sentite in colpa per quanto riguarda il vostro bere?
4. Avete bevuto bevande alcoliche di mattino presto per farvi coraggio e iniziare il lavoro quotidiano?

Fonte: Osservatorio Dipendenze Patologiche - Azienda UsI di Rimini
Cristina Sorio

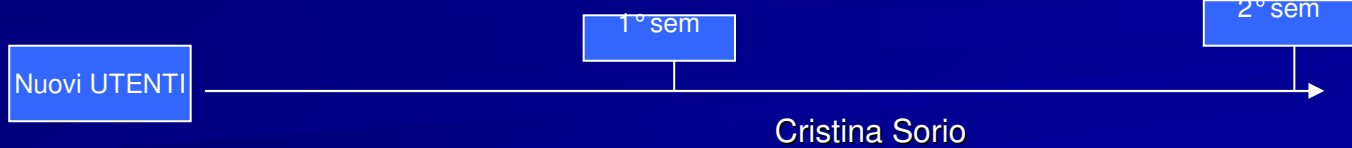
Prodotto: Trattamento ambulatoriale

Fattore di Qualità	Indicatore	Gestione indicatore e STANDARD
Astinenza da sostanze	<p>N. pz. in trattamento da almeno 6 mesi astinenti da sostanze/ n. pz in trattamento da 6 mesi consumatori droghe, alcol e tabacco</p> <p>Annuale</p>	<p>SISTER</p> <p>S12 Scheda dipendenza patologica Tossicodipendenti Frequenza assunzione: astinente</p> <p>S13 Scheda alcolismo Frequenza del bere: astinente</p> <p>S 24 Valutazione e Follow up Follow up Uso sostanze: Drug free/alcol free</p> <p>S20 Esami - Esito urine</p> <p>S14 Scheda Tabagismo Follow Up: fuma/non fuma Valore Co, Punteggio Fargerstrom</p>

Indicatore: ASTINENZA DA SOSTANZE S12 Scheda Dipendenza Patologica

	1° semestre			2° semestre		
	Eroina	Cocaina	Poliassuntori	Eroina	Cocaina	Poliassuntori
Astinenti						
Non assunta nell'ultimo mese/occasionale						
Una o più volte al mese						
Una volta a settimana o meno						
Due – sei gg sett						
Quotidiana						
Totale						
% Astinenti/ Totale						

**Monitoraggio di punto semestrale
(es. SEM al 30/06 – 31/12)**



**Indicatore: MIGLIORAMENTO
ASTINENZA DA SOSTANZE
S13 Scheda Alcolismo**

ALCOL	1° sem	2° sem
Astinente		
Una volta al giorno		
Due volte al giorno		
Una o più volte la settimana		
Spesso o sempre nei fine settimana		
Qualche fine settimana		
In modo saltuario		
Totale nuovi utenti		
% Astinenti		

Indicatore: ASTINENZA DA SOSTANZE Valutazioni Corsi per smettere di fumare

	Prime 24 h	Fine corso	Dopo 2 mesi	Dopo 5 mesi	Dopo 8 mesi	Dopo 1 anno
Fuma						
Non fuma						
S14 Scheda Tabagismo						
	Prime 24 h	Fine corso	Dopo 6 mesi	Dopo 1 anno		
Fuma						
Non fuma						
Totale iscritti						
Totale frequentanti (almeno 3 incontri)						
% Non fumatori/ Totale						

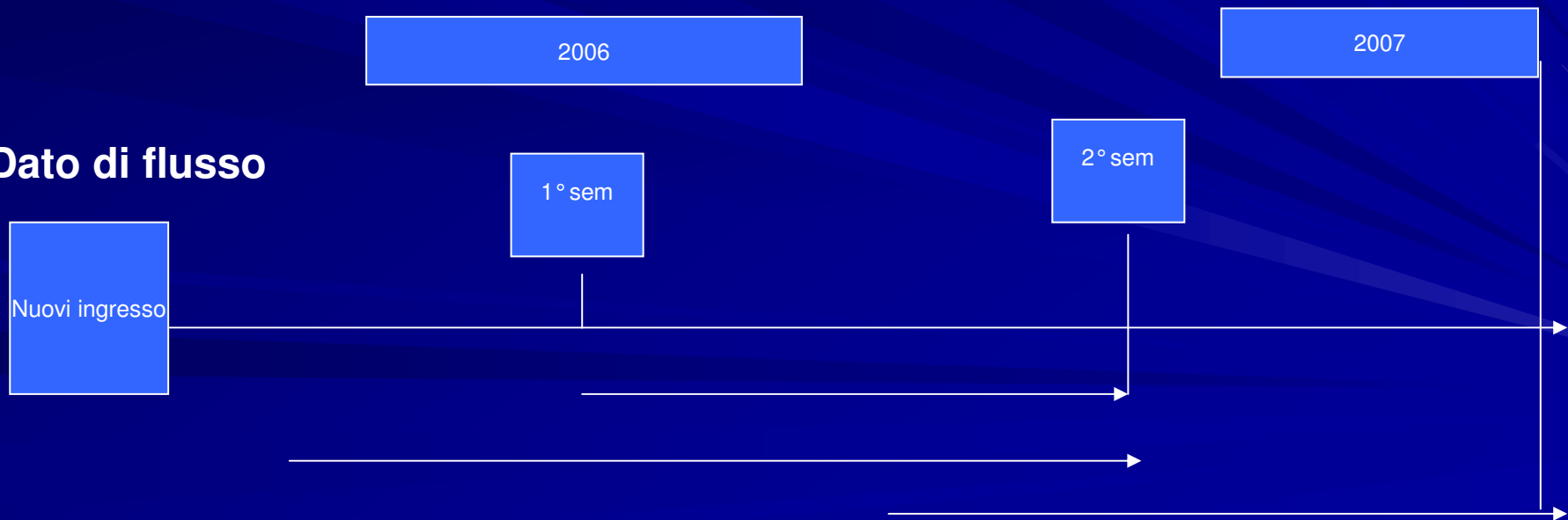
Cristina Sorio

Indicatore: ASTINENZA DA SOSTANZE

Pazienti in trattamento da 6 mesi astinenti/ Pazienti in trattamento da 6 mesi

	Anno 2006			Anno 2007		
	Td	Alcol	Tabacco	Td	Alcol	Tabacco
Nuovi pz Astinenti da almeno 6 mesi						
Totale pz in trattamento						
% di nuovi utenti che da almeno 6 mesi sono Astinenti						

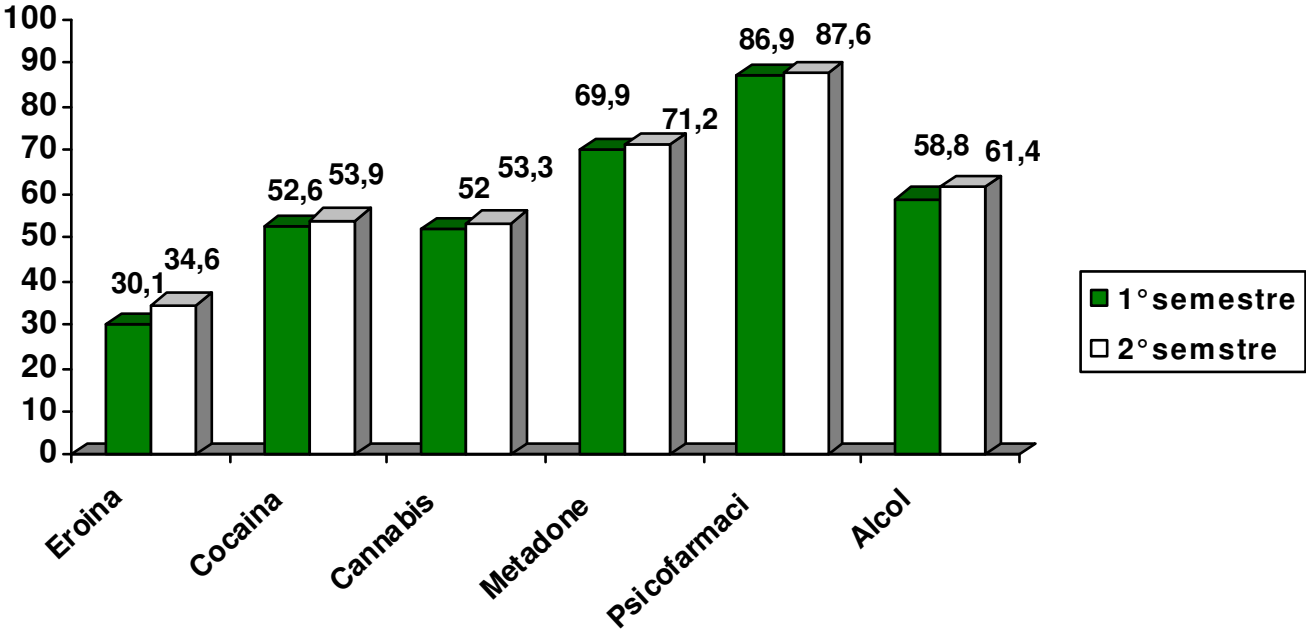
Dato di flusso



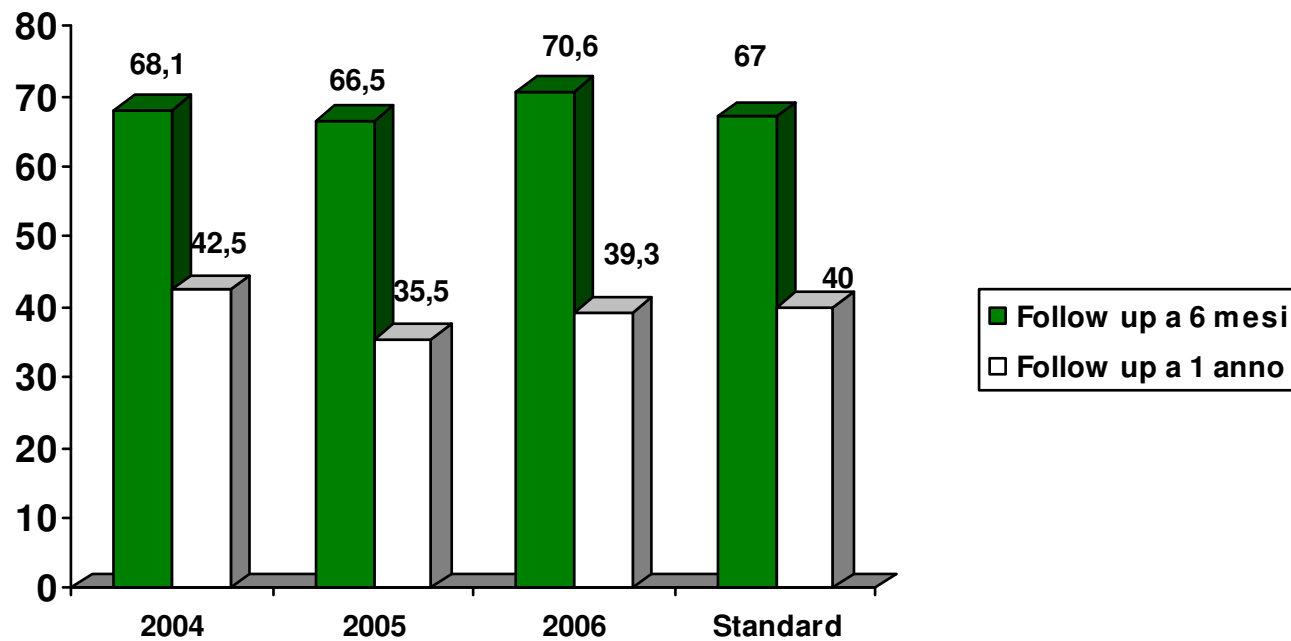
Cristina Sorio

Indicatore: ASTINENZA DA SOSTANZE
N. pazienti in trattamento da 6 mesi astinenti da sostanze/
n. pz in trattamento da 6 mesi

ASTINENZA DA SOSTANZE: DROGHE E ALCOL
% di pazienti astinenti dopo 6 mesi




ASTINENZA DA TABACCO
% di non fumatori a 6 mesi
e a un anno



Fonte: Osservatorio Dipendenze Patologiche - Azienda UsI di Ferrara

Cristina Sorio



Verifica dei risultati

**Requisiti
Specifici
(DGR 26/2005)**

STRUTTURE TERAPEUTICO- RIABILITATIVE, PEDAGOGICO-RIABILITATIVE

Efficacia del trattamento

Valutazione dei risultati dei trattamenti

Tasso di utilizzo dei posti letto

Audit per valutare modalità e cause degli abbandoni

STRUTTURE PER PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE CON FIGLI MINORI

Efficacia del trattamento

Tasso di utilizzo dei posti letto

Audit per valutare modalità e cause degli abbandoni

STRUTTURE GESTIONE DELLE CRISI E RIVALUTAZIONE DIAGNOSTICA

Valutazione diagnostica multidisciplinare

Valutazione dei risultati dei trattamenti

Adeguatezza dei tempi di valutazione

Cristina Sorio



Prodotto: **Trattamento in strutture residenziali e semiresidenziali**

- **Efficacia del trattamento**
indica l'efficacia delle strutture
- **Valutazione risultati dei trattamenti**
fornisce una metodologia di rilevazione dei fattori che influiscono sull'efficacia dei trattamenti
- **Tasso di utilizzo dei posti letto**
fornisce indicazioni sull'utilizzo della struttura
- **Audit per valutare modalità e cause degli abbandoni**
fornisce una metodologia di rilevazione dei fattori che influiscono sull'efficacia e continuità dei trattamenti

**Prodotto: Trattamento residenziale semi-residenziale
 terapeutico-riabilitativo – pedagogico-riabilitativo – con figli minori – con
 patologie psichiatriche**

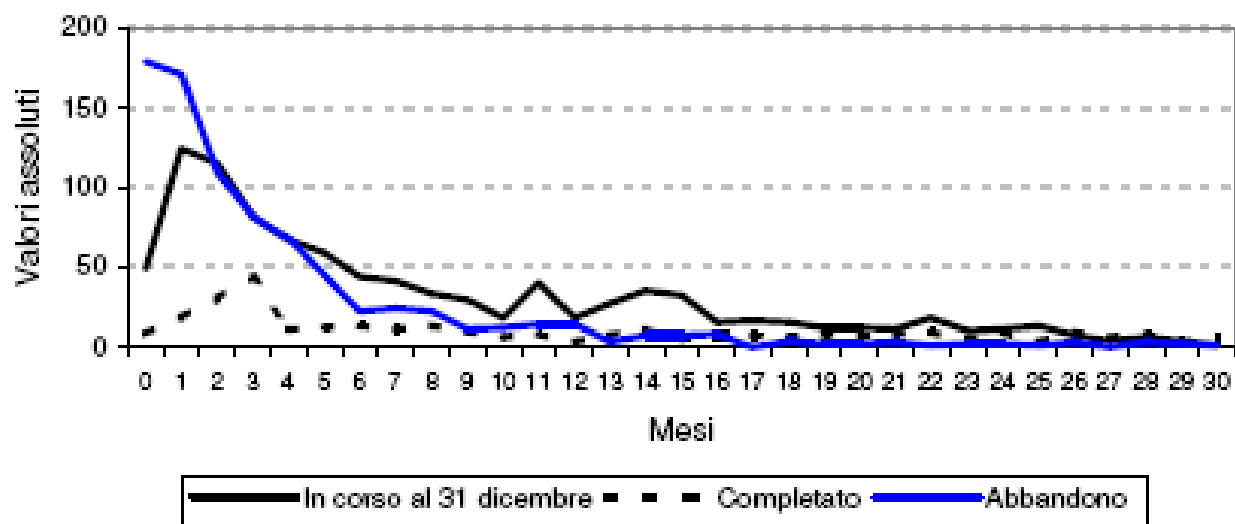
Fattore di Qualità	Indicatore	Gestione indicatore e Standard
Efficacia del trattamento in struttura	N. Utenti che hanno concluso il programma positivamente/ N. totale utenti strutture Annuale per tipologia di struttura	Confronto annuale
Valutazione risultati dei trattamenti	Adozione di un <u>sistema di monitoraggio/valutazione</u> dei risultati ottenuti con gli interventi	Audit Escluse strutture per pz affetti da patologie psichiatriche e paz con figli minori
Audit per valutare modalità e cause abbandoni	<u>Metodologia di rilevazione</u> di fattori che influiscono sull'efficacia/continuità dei trattamenti <small>Cristina Sorio</small>	Audit



Tab. 1. Indicatori di sintesi sull'esito dell'ultimo trattamento in comunità (Valori assoluti, %, media giornate e deviazione standard).

Esito ultimo trattamento			Media giornate	Std. Deviation giornate
	v.a.	%		
In corso al 31 dicembre	1.005	36,9	301,8	465,1
Completato	340	12,5	410,2	359,7
Terminato	374	13,7	227,9	259,7
Abbandono	827	30,4	119,9	162,2
Espulsione	102	3,7	163,4	178,1
Altro	74	2,7	272,7	304,0
Total	2.722	100	244,0	355,6

Graf. 3 Andamento dei programmi in comunità terapeutica nei primi 30 mesi (Valori assoluti, rappresentati i programmi con esito in corso al 31 dicembre, completato e abbandono).



Fonte: Regione Emilia-Romagna

**Valutazione
dell'Accordo Regione
Emilia-Romagna –**

**Coordinamento Enti
Ausiliari sul sistema dei
servizi delle dipendenze**

Anno 2007

Nel grafico sono rappresentati solo alcuni esiti e solo nei primi 30 mesi.

- Emerge come vi sia un rilevante numero di interruzioni durante il primo mese e comunque nei primi due mesi di trattamento; le interruzioni sono ancora frequenti, seppure in calo. fino al sesto mese, dove si assiste ad una stabilizzazione degli abbandoni. In breve, gli abbandoni si verificano principalmente nei primi sei mesi; successivamente si può affermare che i programmi sono meno suscettibili alle interruzioni in quanto maggiormente consolidati.

- Le conclusioni dei programmi avvengono per lo più oltre i 30 mesi (non descritte nel grafico), ma è interessante notare come nei primi mesi vi sono delle conclusioni che possono essere attribuite a programmi terapeutici brevi come quelli effettuati presso i centri di osservazione e diagnosi. La forma della curva dei programmi in corso risente principalmente di due fattori: il numero di soggetti con un programma già in corso, che all'inizio dell'anno è molto consistente, e del numero di soggetti che nel corso dell'anno entrano in trattamento.

■ Valutazione direzione →

Pianificazione

1. Ridurre le interruzioni
2. Aumentare i programmi conclusi
3. Aumentare la ritenzione in trattamento in relazione allo standard fissato

■ Valutazione tecnico-professionale →

Audit sulle interruzioni

Processo di cura

RIFLESSIONI SISTEMA QUALITA' COMUNITA' TERAPEUTICO- RIABILITATIVA

L'esperienza della Papa Giovanni XXIII di Rimini

Prodotto	Caratteristiche qualitative	Indicatori	Standard 2007	Dati rilevati 31/12/07
Accoglienza	Tempestività nella risposta alla richiesta	Tempo medio fra richiesta di ingresso e ingresso.	12 giorni	13 giorni
		N. ingressi effettivi / N. richieste di ingresso.	80%	80%
	Accessibilità alla struttura	N. ingressi di utenti con più percorsi effettuati / N. di richiesta di tale tipologia di utenti	90%	80%
		N. ingressi effettuati di utenti in pena alternativa alla detenzione / N. di richieste ricevute	75%	80%
Ritenzione al trattamento	N. interruzioni nei primi 15 giorni / N. inizi trattamento	20%	17,3%	
Disintossicazione	Efficacia	N. utenti che interrompono il percorso durante la fase di disintossicazione / N. utenti che iniziano il trattamento di disintossicazione	< 30%	30%
Attuazione progetto educativo ordinario e/o personalizzato	Efficacia / appropriatezza dell'intervento	N. utenti che accedono alla 2° fase / N. utenti che hanno iniziato il percorso (oltre i 3 mesi di permanenza.)	< 35%	31,8%
		N. utenti che accedono alla 2° fase con progetto personalizzato / N. utenti che hanno iniziato il percorso (oltre i 3 mesi di permanenza.)	5%	2,73%
		N. progetti conclusi / N. utenti con progetto personalizzato	90%	100%
		N. utenti che interrompono il percorso (oltre i tre mesi di permanenza) / N. utenti che iniziano il trattamento	< 20%	5,5%
Reinserimento sociale da seconda fase o da progetto personalizzato	Efficacia / appropriatezza dell'intervento	N. interruzioni del progetto di reinserimento / N. utenti che iniziano la fase di reinserimento.	5%	Dato non disponibile
Accompagnamento post-comunitario	Efficacia e appropriatezza dell'intervento	N. utenti che accettano/chiedono un intervento di sostegno a conclusione del percorso / N. utenti che terminano il percorso.	90%	100%

Prodotto: Trattamento residenziale semi-residenziale

INDICATORE	DESCRIZIONE	Gestione indicatore e Standard
Tasso di utilizzo posti letto	Giornate di presenza / (posti letto X 365) (%)	Sistema informativo EEAA

INDICATORI DI EFFICIENZA	DESCRIZIONE	FORMULA
Tasso di utilizzo dei posti letto	% posti ospite mediam. occupati nell'anno	GG assistenza nell'anno*100 / (PL*365)
Presenza media giornaliera	N. utenti mediamente presenti in ogni giorno dell'anno	GG assistenza nell'anno /365
Indice di rotazione	N. utenti per ogni posto letto	Utenti in struttura nell'anno/PL
Indice turn over	Giorni che trascorrono mediamente fra una dimissione e la successiva ammissione	(PL*365) – GG deg nell'anno / Ut. in struttura nell'anno
Durata media assistenza	Giorni medi di permanenza per ogni utente <small>Cristina Sorio</small>	GG. Assist. anno /utenti

**AZIENDA USL DI FERRARA
RIESAME DELLA DIREZIONE 2007**

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI - ANNO 2007

STRUTTURE	A	B	C	D	E	F
N. Posti letto	25	18	15	15	24	23
Nuovi inserimenti nell'anno	60	17	51	24	23	52
Totale ospiti nell'anno	76	33	58	33	42	77
N. giorni assistenza totali nell'anno	6146	4887	3938	4458	4531	7905
Tasso di utilizzo	67,3%	74,4%	71,9%	81,4%	51,7%	94,1%
Presenza media giornaliera	16,8	13,4	10,8	12,2	12,4	21,6
Indice rotazione (soggetti)	3,0	1,8	3,9	2,2	1,7	3,3
Indice turn over (giorni)	39,2	51	26,5	30,8	100,7	6,4
Durata media assistenza	80,9	148,1	67,9	135,1	108	102,7
Durata media programmi interrotti	90	94	53	118,6	86,6	90
Durata media programmi completati	141,6	560	86	142	550	208



Prodotto:

Trattamenti in strutture per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica

- **Valutazione diagnostica multidisciplinare**
fornisce garanzia di una valutazione multidisciplinare
- **Adozione di un sistema di monitoraggio e Valutazione dei risultati dei trattamenti:**
fornisce una metodologia di rilevazione dei fattori che influiscono sull'efficacia dei trattamenti
- **Adeguatezza dei tempi di valutazione**
indica l'adeguatezza dei tempi per la definizione della diagnosi

Prodotto: trattamento residenziale per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica

Fattore di Qualità	Indicatore	Gestione indicatore e Standard
Valutazione diagnostica multidisciplinare	Nuovi e reingressi che hanno ricevuto una <u>valutazione di almeno due professionisti</u> entro due mesi/ utenti in <u>accoglienza</u> Annuale	> 90%
Adeguatezza dei tempi di valutazione	N. Trattamenti di durata <2 mesi e >3 mesi/ totale trattamenti	Monitoraggio durata <u>media assistenza</u> 100%

Definizioni
Glossario ASR

Outcome: Effetto prodotto da output connotati in termini di qualità (indicatori e standard conseguenti ai requisiti).

Output (prodotto): Indica la prestazione/servizio come risultato di un processo.

Definizioni
Glossario ASR

Prodotto: Risultato di una sequenza di azioni organizzate e finalizzate (processo)

Standard di prodotto: valore atteso, livello di accettabilità dei prodotti/servizi che vengono offerti ed esprime in modo sintetico tutto il percorso che porta alla definizione di tale livello.



Prodotto: **TUTELA DELLA SALUTE**

- **Mortalità per overdose**
indicatore di risultato che misura l'efficacia dell'attività
- **Sieroconversioni (hiv – epatite)**
indicatore di risultato che misura l'efficacia dell'attività

Prodotto: Trattamento ambulatoriale

INDICATORE	DESCRIZIONE	Linee gestione indicatore
Mortalità per overdose	N. Decessi per overdose in consumatori di eroina elettiva o associata/totale pz in carico consumatori di eroina elettiva o associata Annuale	Valore regionale, provinciale Valore minimo Valore da letteratura
Sieroconversioni Hiv Epatite	N. Pz sieroconvertiti dalla presa in carico al SerT/ pazienti in carico Annuale	Misura l'efficacia dell'attività S17 Scheda Hiv Esiti Test S 16 Scheda Epatite Hcv Hbv

Sistemi di sorveglianza della salute

- Sorveglianza malattie infettive correlate alla droga 

valutare le sieroconversioni

- Sorveglianza della mortalità 
- valutare le overdose



Monitoraggio Hiv

Fig. 3 Distribuzione della percentuale di positivi al test HIV sui nuovi utenti per anno di rilevazione. Periodo 1991-2006. Valori %

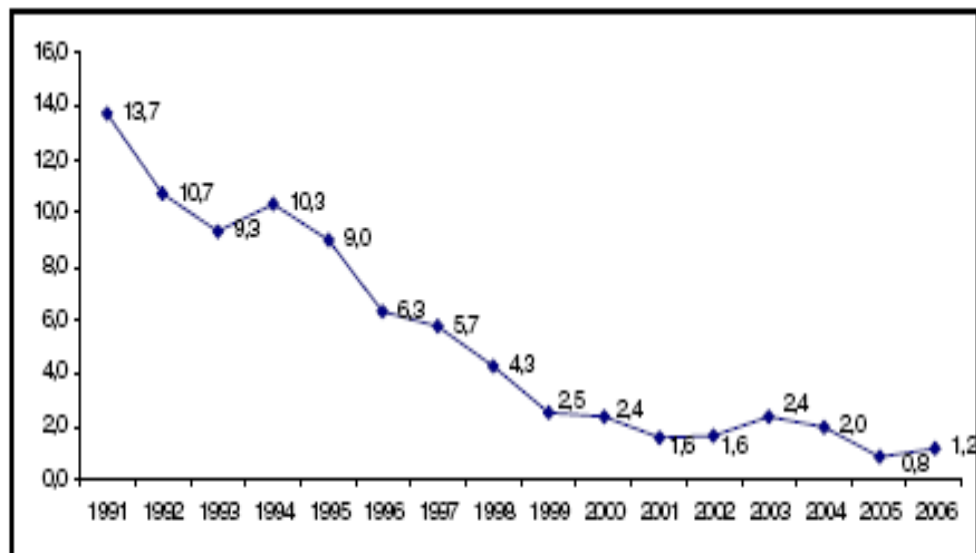
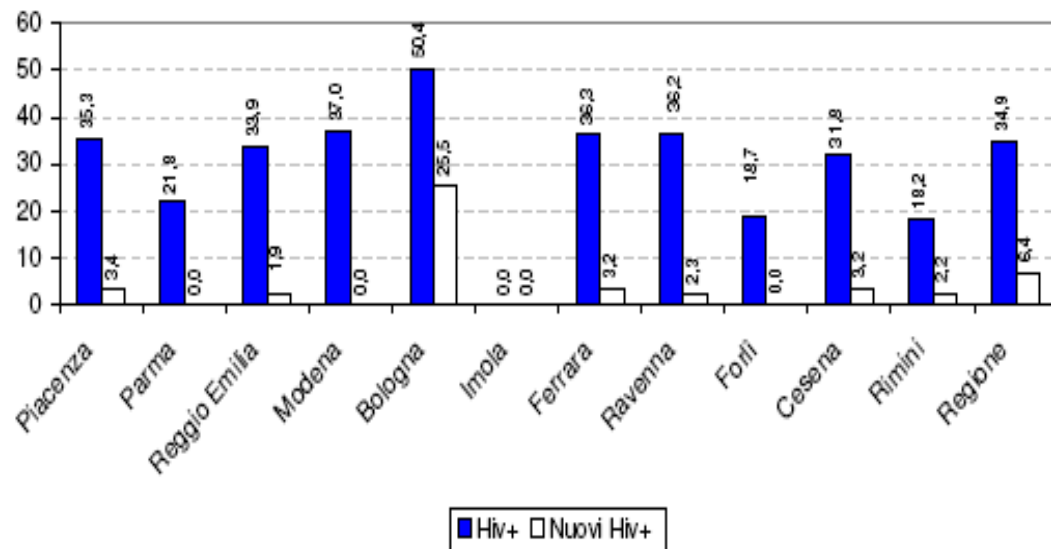


Fig. 4 Distribuzione percentuale dei positivi al test HIV sui nuovi utenti e sul totale degli utenti testati per Ausl di provenienza



Monitoraggio Hbv

Fig. 7 Distribuzione dei risultati del test virale Epatite B. Periodo 1991-2006. Valori assoluti

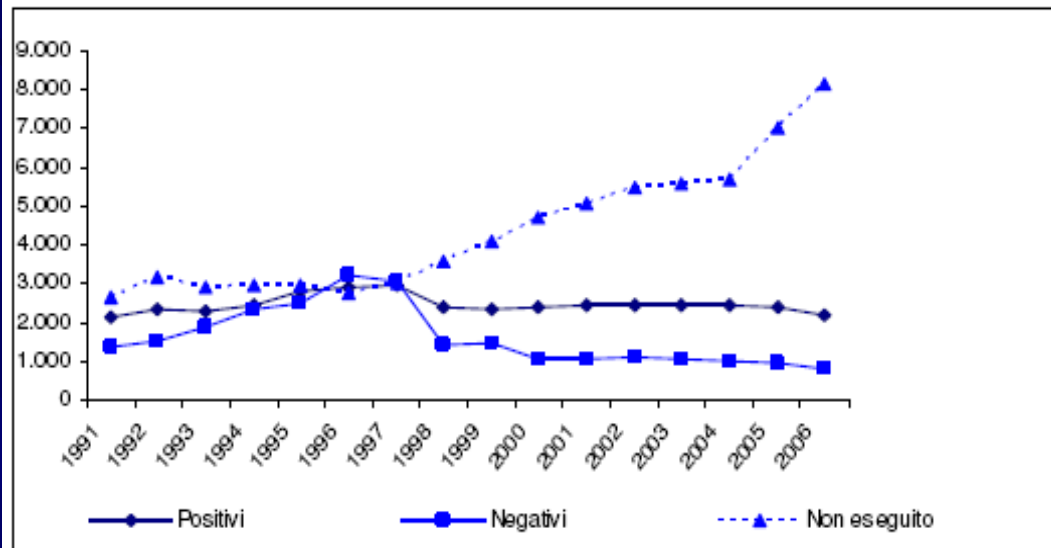
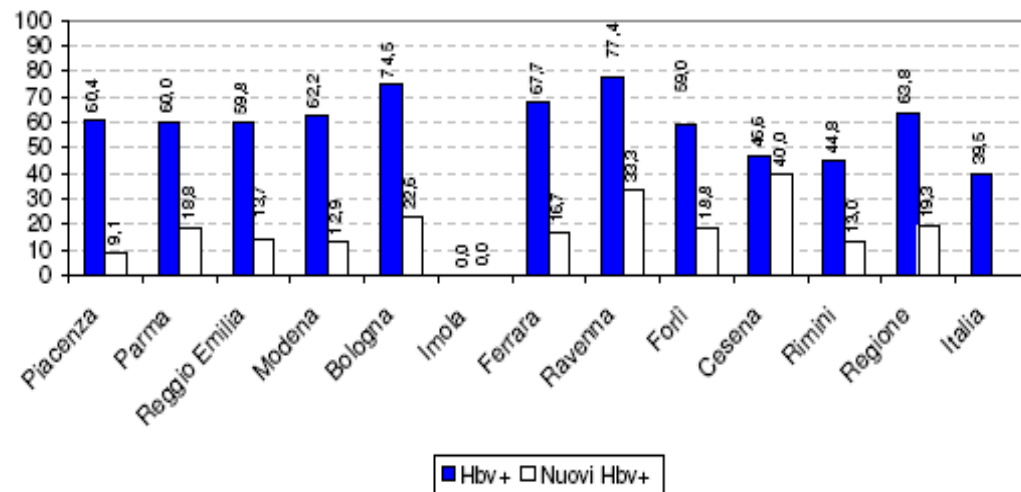


Fig. 8 Distribuzione percentuale dei positivi al test Hbv sui nuovi utenti e sul totale degli utenti testati per Ausl di provenienza



Nota: nel totale degli utenti testati sono stati conteggiati anche i vaccinati.

Monitoraggio Hcv

Fig. 5 Distribuzione della percentuale dei risultati del test Epatite C sul totale degli utenti. Periodo 1998-2006.

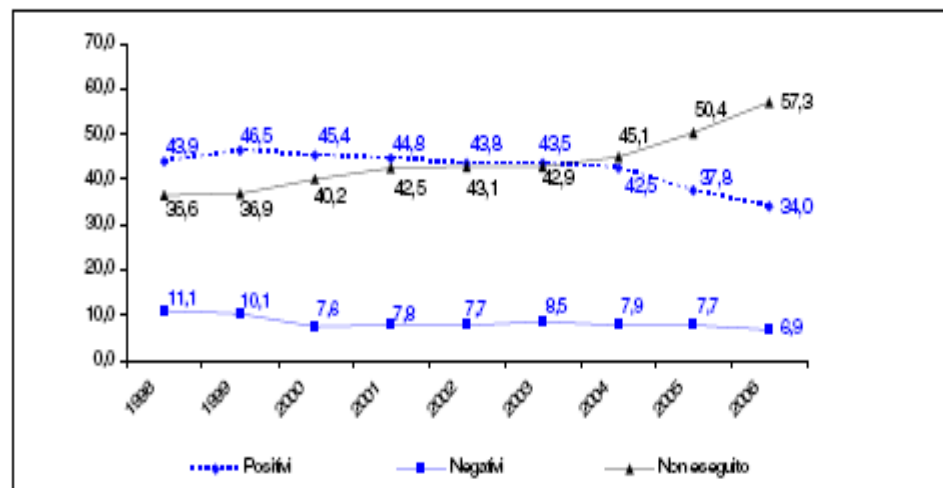
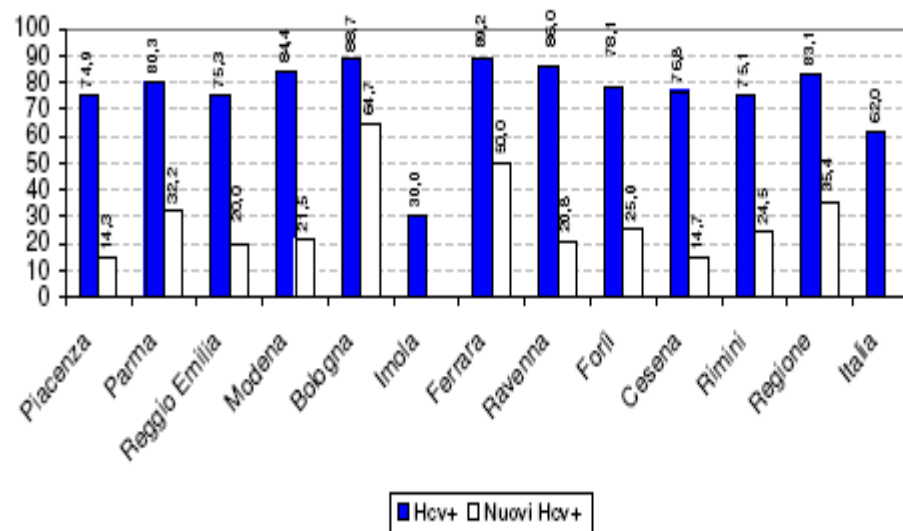


Fig. 6 Distribuzione percentuale di positivi al test HCV sui nuovi utenti e sul totale degli utenti testati per Ausl di provenienza.

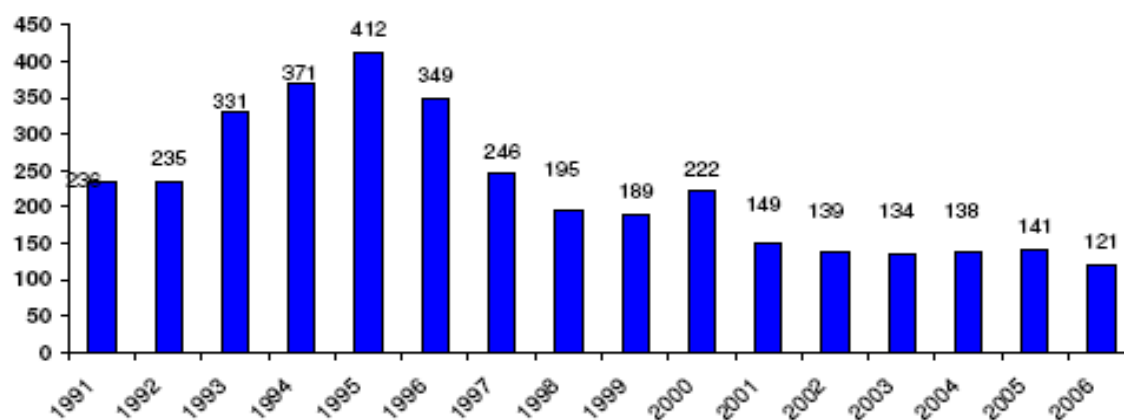


Tab. 1 Trend della mortalità osservata tra i tossicodipendenti che hanno seguito almeno un trattamento presso i SerT. Periodo 1991-2006. Valori assoluti.

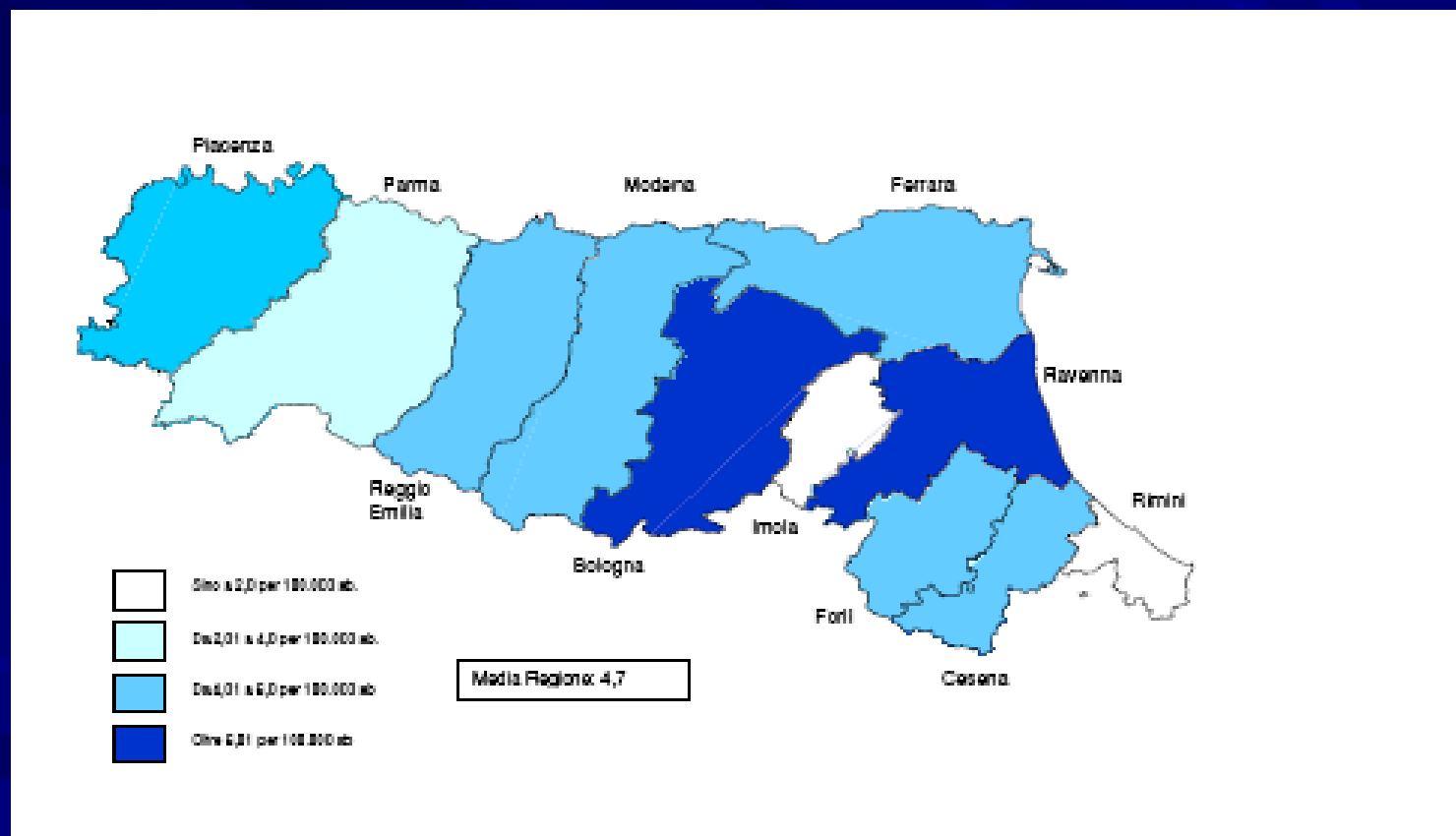
	Aids	Overdose	Epatopatie	Altro	Totale
1991	105	68	3	60	236
1992	110	77	7	41	235
1993	147	130	9	45	331
1994	190	121	7	53	371
1995	220	125	13	54	412
1996	193	111	6	39	349
1997	78	92	14	62	246
1998	44	81	17	53	195
1999	45	67	11	66	189
2000	55	72	14	81	222
2001	41	32	13	63	149
2002	27	20	17	75	139
2003	33	22	9	70	134
2004	35	37	22	91	185
2005	28	15	13	86	141
2006*	22	23	15	61	121

*I dati di mortalità del 2006 sono provvisori in quanto non ancora verificati e quindi potrebbero risultare sottostimati.

Fig. 1 Mortalità totale osservata tra i tossicodipendenti che hanno seguito almeno un trattamento presso i SerT secondo l'anno del decesso. Periodo 1991-2006. Valori assoluti.



Tassi di mortalità standardizzati per Ausl. Anno 2005. (Tasso per 100.000 residenti)



QUALITA' PERCEPITA

Soddisfazione utenti :

- Qualità delle strutture
- Qualità organizzativa
- Qualità relazionale
- Efficacia terapeutica

Clima organizzativo:

- Organizzazione
- Ruolo
- Appartenenza
- Rapporto con l'utente

INDICATORE	DESCRIZIONE	Linee gestione indicatore
Soddisfazione utenti	Questionario Rilevazione a cadenza periodica	Confronto annuale Confronto T0 – T1
Reclami	Sistema di rilevazione aziendale	Report reclami
Clima organizzativo	Questionario Rilevazione a cadenza periodica	Confronto annuale Confronto T0 – T1

La Rappresentazione Soggettiva della Qualità

Qualità delle Strutture

Accessibilità

Riservatezza

Comfort

Rapporto con gli operatori

Correttezza deontologica

Condivisione percorso
terapeutico

Grado di umanizzazione

Organizzazione

Tempestività

Adeguatezza

Semplicità

Disponibilità

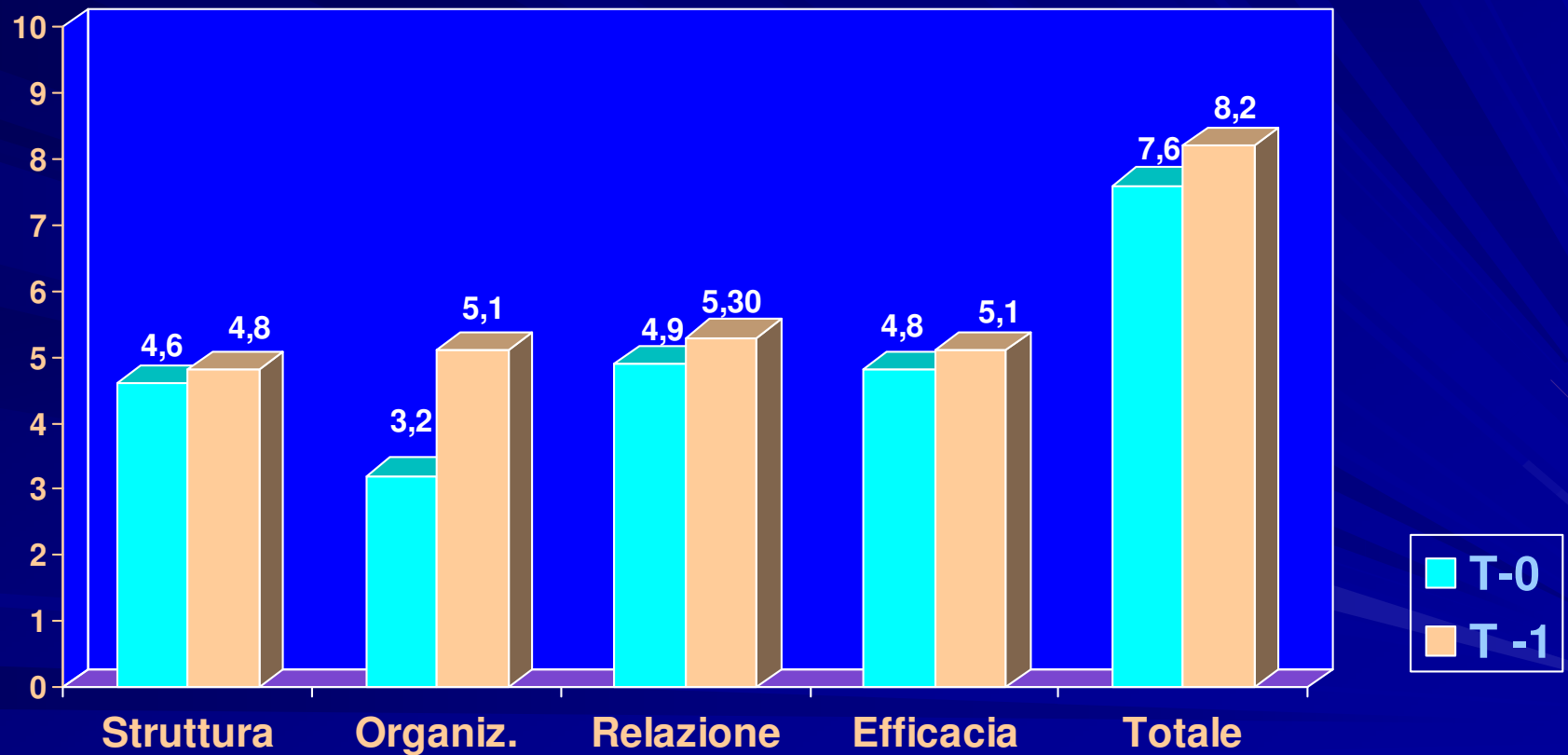
Efficacia terapeutica

Fiducia

Credibilità

Affidabilità

Soddisfazione



LA QUALITÀ PERCEPITA Confronto 2008 - 2007

QUALITÀ Valori medi (Minimo 1- Massimo 6)		<i>Sede 1</i>	<i>Sede 2</i>	<i>Sede 3</i>	<i>Sede 4</i>	<i>Sede 5</i>
Struttura	2008	4,2	5,4	5,2	5,0	4,5
	2007	4,8	5,1	5,2	3,6	4,2
Organizzazione	2008	5,0	5,5	5,2	5,4	5,3
	2007	5,2	5,3	5,3	4,5	5,4
Relazione	2008	5,3	5,7	5,3	5,5	5,4
	2007	5,5	5,6	5,4	5,0	5,5
Efficacia Terapeutica	2008	5,2	5,6	5,1	5,4	5,3
	2007	5,3	5,4	5,2	4,3	5,3
Rispetto delle regole	2008	4,8	5,5	5,1	5,2	5,1
	2007	4,8	5,3	5,3	4,1	5,3

Indagine di Clima organizzativo

	Valori medi	Min 1 - Max 4
Organizzazione		
Valuto positivamente la qualità dell'organizzazione della mia unità operativa	2.5	1 - 4
I meccanismi decisionali utilizzati nella mia unità lavorativa sono funzionali	2.6	1 - 4
Le decisioni su come realizzare gli interventi vengono prese in équipe	2.8	1 - 4
Il responsabile della mia unità operativa dà indicazioni chiare ed univoche rispetto alle attività da svolgere	3.1	2 - 4
Ho una chiara conoscenza degli obiettivi su cui devo lavorare	3.1	2 - 4
Valore Medio Totale	2.8	
Ruolo		
Nel mio gruppo di lavoro c'è integrazione tra le diverse figure professionali	2.8	1 - 4
Il responsabile della mia unità operativa valorizza i singoli contributi individuali	3.1	2 - 4
Nel mio lavoro mi sento realizzato	2.9	2 - 4
Mi sono chiare le mansioni che devo svolgere	3.2	2 - 4
Nel mio lavoro non mi sento sotto pressione	2.3	1 - 4
Valore Medio Totale	2.9	
Clima		
Sono soddisfatto dell'appartenenza alla mia unità operativa	3.2	2 - 4
All'interno del mio gruppo di lavoro posso esprimermi liberamente	3.4	2 - 4
All'interno del mio gruppo di lavoro si vive un'atmosfera caratterizzata da calore umano	3.3	1 - 4
Sento di poter contare sui miei colleghi nei momenti di criticità	3.3	2 - 4
Non sono interessato a trasferirmi in un'altra unità operativa	3.4	1 - 4
Mi sento ascoltato dal responsabile della mia unità operativa	3.0	1 - 4
Valore Medio Totale	3.3	
Rapporto con l'utente		
Nel lavoro che svolgo con gli utenti mi sento sostenuto dall'organizzazione della mia unità operativa	2.9	2 - 4
La mia unità operativa si organizza per rispondere adeguatamente alle richieste degli utenti	3.0	2 - 4
Valore Medio Totale	2.9	

VALUTAZIONE

OUTPUT

PROCESSO

OUTCOME

SISTEMA GESTIONE QUALITA'

MIGLIORAMENTO

MOTORE PER IL CAMBIAMENTO



LAVORO DI GRUPPO

1. Descrivere sinteticamente cosa si può intendere per conclusione positiva di un programma in una struttura (scegliere una o più tipologie)
2. A partire dalla vostra esperienza quali possono essere gli indicatori e gli strumenti da utilizzare per misurare:
 - l'adeguatezza del trattamento
 - il miglioramento del rapporto con le sostanze



ESITO LAVORO DI GRUPPO

1- Conclusione positiva programma in struttura

Raggiungimento degli obiettivi: pesatura obiettivi

Conclusione positiva alla dimissione per fine programma e per uscita concordata

2.1 Adeguatezza del trattamento

Livelli di compliance

Livelli organizzativi adeguati: risorse/nuovi ingressi

Valutare i trattamenti per target di pazienti (es. pazienti cronici)

Valutare i rischi sanitari per tipologia di pazienti (es. morti per Hcv)

2.2 Miglioramento del rapporto con le sostanze

Rilevazione indicatore ogni sei mesi è improponibile meglio 1 volta l'anno

Uso compulsivo → viraggio → miglioramento → astinenza - non uso per via parenterale

Strumenti: esame urine + scheda tossicologica + scheda verifica risultati + td eval

Valutazione multidisciplinare (monitoraggio urine è riduttivo perché solo sanitario)