

# **PROPOSTA DI UN SISTEMA DI INDICATORI PER I SERVIZI TERRITORIALI DI NPIA**

**Versione SI-NPIA-01 per la prova sul campo, Gennaio 2004**  
*approvata formalmente dal Consiglio Direttivo SINPIA il 23 marzo 2005*

La ricerca di un sistema di indicatori condivisi per i Servizi territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza nasce dalla necessità di migliorare la qualità degli interventi sanitari permettendo contemporaneamente un controllo dei costi, in un sistema di garanzie in cui nulla sia dato per scontato o acquisito per sempre, e dove la valutazione non rischi di assumere connotazioni "punitive", bensì possa implicare una finalità di miglioramento strettamente connessa con la responsabilizzazione e la collaborazione degli operatori e degli utenti dei servizi stessi.

Negli ultimi anni sono infatti progressivamente divenuti evidenti una serie di problemi:

- ❑ disomogeneità dei servizi di NPIA sul territorio nazionale,
- ❑ disomogeneità delle attività e degli interventi
- ❑ rischio che al paziente venga fornito quello che si è in grado di dare, o che si sa fare, o che interessa fare e non quello che gli serve
- ❑ scarsità di dati epidemiologici e di attività confrontabili tra regioni, tra servizi e a volte addirittura tra sedi diverse dello stesso servizio;
- ❑ difficoltà a dimostrare cosa si fa, come lo si fa, a cosa serve;
- ❑ inadeguatezza per la NPIA dei sistemi di indicatori esistenti per altre discipline
- ❑ scarsità delle risorse a disposizione
- ❑ conseguente estrema fragilità contrattuale in termini di valorizzazione delle attività da parte delle regioni e di budget interni nelle aziende;
- ❑ difficoltà a garantire una seria programmazione per il futuro dei servizi e delle attività.

Il Glossario dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Attività correlate (*GNPIA-01*) ha quindi rappresentato la base sulla quale è stato costruito il sistema di indicatori, per garantire la possibilità di raccolta di informazioni confrontabili a livello locale e su tutto il territorio nazionale.

Anche per il Sistema di Indicatori, come per il Glossario, la metodologia del Gruppo Permanente di Lavoro su Organizzazione e Gestione dei Servizi di NPIA (ora *Sezione Scientifica di Epidemiologia e Organizzazione dei Servizi*) ha consentito di partire dal basso, raccogliendo e confrontando le esperienze già esistenti sia nei Servizi di NPIA che nella psichiatria degli adulti. La prima bozza è stata quindi modificata e perfezionata in base a voti (attraverso una scala di utilità 5=indispensabile; 4=consigliabile; 3=giudizio incerto; 2=ridondante o eliminabile; 1=controproducente) e commenti ricevuti in due giri di revisioni successive da parte dei componenti del Gruppo allargato, avvenute tra dicembre 2001 e giugno 2003, e testata all'interno di esercitazioni di gruppo nelle due edizioni del Corso di Management in NPIA di Caravaggio e con il contributo del prof. Pier Luigi Morosini dell'Istituto Superiore di Sanità.

Se scopo degli indicatori è valutare la qualità di un servizio, la loro costruzione non può prescindere dalla chiarezza della “*mission*” del servizio stesso, o meglio dei suoi obiettivi generali. In assenza di tale chiarezza non sarebbe possibile precisare gli indicatori prioritari. Nel processo di scelta e costruzione di indicatori specifici per i servizi territoriali di NPIA, particolare rilievo è stato quindi dato al *significato* che il singolo indicatore, opportunamente combinato con gli altri, potrebbe rivestire nell’analisi delle attività, facendo riferimento agli obiettivi generali (“*principi*”) che dovrebbero ispirare l’organizzazione e l’erogazione dei servizi. Gli indicatori dovrebbero consentire di verificare l’effettiva applicazione di tali principi, ed in particolar modo il risultato del “cocktail” finale. L’eccesso di uno dei principi sugli altri rischierebbe di produrre effetti collaterali e conseguenze negative, mentre un’opportuna “mescolanza” dovrebbe produrre i migliori risultati sia per i singoli pazienti che per la collettività.

Anche in questo caso particolare attenzione è stata posta alla **comprensibilità** delle descrizioni di ogni indicatore, al fine di aumentare la validità e la riproducibilità delle definizioni, e alla definizione di possibili **soglie**, da riverificare attraverso la prova sul campo.

Non tutte le modifiche proposte sono state accettate. Data la notevole variabilità dell’organizzazione della NPIA sul territorio nazionale, alcune apparivano troppo specifiche o poco esportabili, difficilmente estensibili a realtà diverse da quella proponente, e non sono quindi state accolte. Dove esistevano indicatori che potevano essere analoghi tra noi e i servizi di psichiatria degli adulti o altri servizi, abbiamo cercato di mantenerli, per consentire una maggiore confrontabilità dei dati. In tutti gli altri casi, le modifiche proposte sono state inserite o utilizzate per chiarificare le definizioni. All’ultima revisione, quasi tutte le voci presentavano un “voto” medio compreso tra 4 (consigliabile) e 5 (indispensabile). Benché di alcuni indicatori sia molto complesso calcolare la soglia, si è deciso comunque di includerli per la prova sul campo per l’importanza che potrebbero rivestire (case mix, gravità, “porta girevole”, attrazione, fuga, accessi in urgenza in Pronto Soccorso ecc).

**La sperimentazione sul campo dovrebbe ora consentire da un lato di affinare lo strumento, dall’altro di iniziare a sperimentarne le applicazioni pratiche, in primo luogo confrontando e verificando le ipotesi di soglie e gli “stili” lavorativi delle diverse realtà.**

Desideriamo evidenziare come, all’interno del sistema di indicatori, la parte relativa agli esiti sia ancora molto parziale e limitata solo agli indicatori di soddisfazione. Su questi ultimi è ormai completato il percorso di validazione di un questionario di soddisfazione *ad hoc* per i servizi territoriali di NPIA (Orbetello Satisfaction Scale - O.S.S. 03), mentre è in corso una riflessione approfondita sulle possibili modalità di valutazione degli esiti nei servizi in modo confrontabile e trasversale tra casistiche<sup>1</sup>.

**Ricordiamo che per la definizione dei termini, viene sempre fatto riferimento ai materiali del Glossario, versione GNPIA-01 dell’Agosto 2003**

---

<sup>1</sup> Chiunque fosse interessato ad avere informazioni o a partecipare direttamente può contattare la Segreteria della Sezione Scientifica di Epidemiologia e Organizzazione dei Servizi della SINPIA alla mail [tonicost@tin.it](mailto:tonicost@tin.it)

## INDICATORI DI RISORSE (INPUT)

### 1. INDICATORE STRUTTURALE ED ORGANIZZATIVO

#### *Descrizione*

E' un indicatore di struttura e, in parte, di processo. Esprime con un punteggio la maggiore o minore conformità della struttura (A) e dell'organizzazione (B) alle normative di riferimento e/o ai requisiti minimi indicati.

Ad ogni requisito strutturale o tecnologico è attribuito un punteggio sulla base della scala seguente:

0. non si fa nulla o quasi nulla e non esistono progetti concreti per arrivare a soddisfare il requisito
1. vi è un progetto concreto per arrivare a soddisfare il requisito, ma per il momento non è stato fatto nulla o è stato fatto ancora poco
2. requisito soddisfatto in modo parziale, non ancora accettabile
3. requisito soddisfatto in modo accettabile
4. requisito soddisfatto in modo più che accettabile
5. requisito soddisfatto in modo eccellente
8. requisito con cui non si concorda
9. requisito non pertinente

Il punteggio complessivo sarà dato dalla *somma dei punti ottenuti* (escludendo i precedenti punti 8. e 9., fino ad un **massimo di 55 per la parte A** e fino ad un **massimo di 105 per la parte B**).

Data la mancanza di una normativa nazionale precisa e dettagliata (come quella dei Servizi Psichiatrici) sui requisiti minimi strutturali e organizzativi, si è deciso di considerare quale unità di riferimento dei servizi territoriali di NPIA un servizio con bacino d'utenza di circa 100.000 abitanti (Progetto Obiettivo Materno-Infantile) e popolazione 0-18 anni di circa 18.000 abitanti, attingendo alle poche delibere regionali di istituzione dei servizi che indicano standard per il personale e per le strutture (reg. Lazio, reg. Lombardia) ed ai rari lavori sull'argomento (Levi, 1996; Ferrari, 1997; Costantino e Vizziello 2001).

#### **A. Requisiti minimi strutturali:**

1	Gli spazi sono accessibili senza barriere architettoniche <i>(a piano terra o con ascensore adatto per disabili, servizi igienici per disabili, parcheggi appositi, scivoli etc.....)</i>	
2.	E' disponibile almeno un locale per accoglienza utenti, segreteria, informazioni	
3.	E' disponibile almeno un locale come sala di attesa <i>(ben illuminato, ampio, con spazi a sedere sufficienti per il numero di utenti o genitori che mediamente sono in attesa, con giochi e materiale da disegno per i bambini e riviste e materiali informativi per i familiari, ordinato, caldo e confortevole, sufficientemente riservato in modo da non esporre agli sguardi di chi passa....)</i>	
4.	E' garantita una stanza per operatore a tempo pieno	
5.	E' disponibile spazio separato per le riunioni <i>(locale ampio e attrezzato che consenta a tutti gli operatori di prendere parte alle attività e possa essere utilizzato anche per incontri con familiari o esterni)</i>	
6.	E' disponibile spazio per l'archivio (dotato di tutti i requisiti necessari per la tutela dei dati dei pazienti)	
7.	E' disponibile almeno un personal computer con processore Pentium II o superiore	
8.	E' disponibile un sistema informatizzato per la registrazione dei dati epidemiologici e	

	dell'attività del servizio	
9.	E' disponibile almeno una video-camera con schermo televisivo collegato	
10.	Il materiale testale è disponibile in quantità e qualità adeguate	
11.	Il materiale riabilitativo e di gioco è disponibile in quantità e qualità adeguate (ogni stanza ha il proprio, non vi è continua necessità di scambio con il rischio di non averlo a disposizione quando serve, è in buono stato, quello rotto viene prontamente sostituito....)	

### **B. Requisiti minimi organizzativi**

12	E' garantita la presenza di almeno un neuropsichiatra infantile ogni 40.000 abitanti)	
13	E' garantita la presenza di almeno uno psicologo competente in età evolutiva ogni 40.000 abitanti)	
14	E' garantita la presenza di operatori della riabilitazione con la necessaria variabilità di competenze (almeno un logopedista e un ter. della neuro-psicomotricità dell'età evol. ogni 20.000 abitanti))	
15	E' garantita la presenza di almeno un educatore professionale ogni 25.000 abitanti)	
16	E' garantita la presenza di assistenti sociali (in proiezione stabile)	
17	E' garantita la presenza di personale amministrativo e/o di ausiliari s.s. e/o di assistenti sanitari e/o di infermieri di supporto	
18	E' garantita la privacy degli utenti per l'intero processo di erogazione delle prestazioni	
19	L'Azienda ha deliberato l'istituzione del servizio come unità organizzativa autonoma	
20	L'Azienda ha destinato una quota del proprio budget al servizio come unità organizzativa autonoma	
21	E' disponibile una guida per l'utente che informi su procedure, prestazioni e metodologie di lavoro	
22	L'attività del servizio si svolge in modo multidisciplinare con prestazioni coordinate ed integrate	
23	L'eventuale presa in carico è globale (comprensiva di tutti i problemi neuropsichiatrici del bambino) ed unitaria (rispettosa dell'unità mente-corpo dell'essere in divenire) e coinvolge sia il bambino che la sua famiglia	
24	Esistono protocolli formalizzati per il raccordo con le attività ospedaliere di NPIA di riferimento	
25	Esistono protocolli formalizzati per il collegamento con gli altri servizi sanitari (psichiatria, pediatria, medicina di base, fisioterapia, SERT etc)	
26	Esistono protocolli scritti ed approvati dalla Direzione per il collegamento con i Servizi Sociali (da usare anche se 4.5=SI)	
27	Esistono protocolli scritti ed approvati dalla Direzione per il collegamento con il volontariato e con il privato sociale	
28	E' previsto un piano formativo annuale per il personale	
29	E' attuato un piano formativo annuale per il personale	
30	Sono state definite procedure di valutazione periodica del funzionamento del servizio	
31	Vengono effettuate valutazioni periodiche della soddisfazione degli utenti e/o dei genitori e/o degli invidanti	
32	Il servizio è aperto per almeno 45 ore settimanali (anche senza la presenza contemporanea di tutte le figure professionali)	

Finalità

Verificare che le risorse strutturali disponibili siano adeguate alle esigenze della popolazione di riferimento e che l'organizzazione sia aderente al compito istituzionale.

#### *Soglia*

Da calcolare in base ai punteggi ponderati attribuiti. Il punteggio massimo possibile è 160, che corrisponde a 5 per ciascuna voce. E' ipotizzabile una **soglia complessiva > 96** (punteggio medio = 3), con soglia requisiti strutturali > 33 e soglia requisiti organizzativi > 63.

#### *Modalità di rilevazione*

Attraverso rilevatore esterno; attraverso autocertificazione del Responsabile.

#### *Accuratezza e riproducibilità*

Da verificare.

## **2. INDICATORE DI CONGRUITA' DEL PERSONALE**

**popolazione 0-18 di riferimento/n. effettivo operatori tempo pieno equivalenti nell'anno (sommando tutte le professionalità)**

#### *Descrizione*

Si tratta di un indicatore che va a pesare le effettive risorse di personale rispetto alla popolazione di riferimento. Include il personale dipendente, di ruolo e non, e quello a consulenza o contratto, e non è valutato sulle "teste" disponibili ma come "operatori tempo pieno equivalenti", per consentire una maggiore confrontabilità tra servizi e nel tempo.

#### *Finalità*

Verificare che le risorse umane disponibili siano adeguate alle esigenze della popolazione di riferimento e a quanto eventualmente previsto dalla normativa vigente.

#### *Soglia*

Approssimativamente non meno di **1 operatore ogni 800 abitanti 0-18** (riferendosi all'intera popolazione, circa 1 operatore ogni 5000 abitanti). E' stata proposta anche la soglia di 1/600, come dato di riferimento complessivo che include anche strutture semiresidenziali, residenziali e ospedaliere. Il dato è da rivedere in dettaglio secondo quanto indicato nelle specifiche poste all'inizio della presente sezione.

#### *Modalità di rilevazione*

Attraverso l'ufficio del personale aziendale; attraverso auto-certificazione del Responsabile.

#### *Accuratezza e riproducibilità*

Da verificare.

## **INDICATORI DI ATTIVITA' (PROCESSO)**

### **3. PREVALENZA GENERALE**

**n. utenti 0-18 (n. cartelle intestate a pazienti in età 0-18 al momento della rilevazione)/pop. 0-18 x 100**

### *Descrizione*

Esprime la quota di popolazione in età evolutiva che si è rivolta almeno una volta al servizio nel corso del tempo. E' dato dal rapporto tra utenti del servizio e popolazione 0-18 anni residente nel bacino di riferimento. E' calcolato sull'intera fascia di età, per coloro che sono ancora sotto i 18 anni alla data di rilevazione, *indipendentemente dal fatto che siano in carico nell'anno*. Si tratta quindi di un tasso calcolato su un periodo di riferimento di 18 anni. I valori possono essere influenzati dalla "anzianità" di istituzione del servizio, che va pertanto sempre indicata. In un servizio giovane, il numero di nuovi utenti che entrano nel servizio è maggiore di quelli che escono per raggiunta maggiore età; progressivamente dovrebbe essere raggiunto un equilibrio. E' utile la valutazione longitudinale nel tempo.

### *Finalità*

Misurare la "buona fama" (ovvero la conoscenza da parte del territorio dell'esistenza e delle funzioni del servizio, e la disponibilità a fare riferimento ad esso anziché altrove) e la capacità di risposta del servizio nel bacino di utenza.

Analizzare la quota di popolazione che almeno una volta nel corso dell'età evolutiva ha avuto effettivo bisogno delle competenze di un servizio di NPIA.

### *Soglia*

> 5 %

### *Modalità di rilevazione*

Il sistema informativo fornisce i dati relativi all'utenza, i dati di popolazione sono forniti dai servizi anagrafici dei Comuni o della AUSL o dall'ISTAT.

### *Accuratezza e riproducibilità*

Buone in servizi funzionanti da almeno 5 anni.

## **4. PROPORZIONE DI DOMANDA INAPPROPRIATA**

**n. diagnosi di "nulla di patologico" in nuovi utenti nell'anno/ n. nuovi utenti nell'anno  
x 100**

### *Descrizione*

Esprime la quota di popolazione che si rivolge al servizio pur in assenza di patologia conclamata, al di fuori di specifiche campagne preventive o di screening formalizzate. E' data dal rapporto tra le diagnosi di "nulla di patologico" (o assimilabile) nei nuovi utenti nell'anno e il numero totale di nuovi utenti nell'anno.

### *Finalità*

Valutare l'azione di filtro operata dalle altre istituzioni socio-sanitarie.

Controllare che l'inevitabile domanda inappropriata non ecceda rispetto al compito istituzionale, e che venga fatto un uso appropriato delle limitate risorse disponibili.

### *Soglia*

< 10 %

### *Modalità di rilevazione*

Sistema informativo interno.

### *Accuratezza e riproducibilità*

Da verificare.

## **5. INCIDENZA ANNUALE**

**n. nuovi utenti nell'anno/pop. 0-18 x 100**

### *Descrizione*

Misura la quota di popolazione che contatta il servizio, *nel corso dell'anno*, per la prima volta. E' data dal rapporto tra nuovi utenti nell'anno e popolazione 0-18 del bacino di utenza (meno i già malati). In teoria, in un sistema in equilibrio, misura i "nuovi ammalati" in un dato periodo di tempo.

### *Finalità*

Valutare la capacità del servizio di accogliere nuove richieste.

### *Soglia*

**> 1 %**

### *Modalità di rilevazione*

Il sistema informativo fornisce i dati relativi alla nuova utenza, i dati di popolazione sono forniti dai servizi anagrafici dei Comuni, della AUSL o dall'ISTAT.

### *Accuratezza e riproducibilità*

Buone.

## **6. PREVALENZA ANNUALE UTENTI IN CARICO**

**n. utenti in carico nell'anno/pop. 0-18 x 100**

### *Descrizione*

Esprime la quota di popolazione in età evolutiva che è in carico al servizio nell'anno (secondo il Glossario nazionale, utenti che hanno avuto almeno 3 prestazioni nell'anno). E' data dal rapporto tra utenti in carico e popolazione 0-18 residente. Per la definizione di prestazione, si fa riferimento a quanto indicato nel Glossario nazionale.

### *Finalità*

Misurare la capacità di risposta del servizio ed il suo carico di utenti.

### *Soglia*

**> 2,5 %**

### *Modalità di rilevazione*

Il sistema informativo fornisce i dati relativi alla utenza in carico, i dati di popolazione sono forniti dai servizi anagrafici dei Comuni, della AUSL o dall'ISTAT.

### *Accuratezza e riproducibilità*

Buone.

## **7. PREVALENZA ANNUALE CONTATTI (UTENTI CON ALMENO UN CONTATTO NELL'ANNO)**

**n. contatti nell'anno/pop. 0-18 x 100**

### *Descrizione*

Esprime la quota di popolazione in età evolutiva che, nel corso dell'anno, ha ricevuto almeno una prestazione dal servizio (comprendendo quindi consulenze ad altri servizi, vidimazioni, autorizzazioni, commissioni medico-legali, certificazioni ecc.), *anche senza apertura di cartella clinica*. E' data dal rapporto tra il numero delle diverse persone che hanno avuto con il servizio almeno un contatto nell'anno e la popolazione 0-18 anni residente nel bacino di riferimento.

### *Finalità*

Analizzare la quota della popolazione che almeno una volta nel corso dell'anno ha avuto effettivo bisogno delle competenze del servizio.

### *Soglia*

**> 3 %** (in rapporto ai dati epidemiologici noti)

### *Modalità di rilevazione*

Il sistema informativo fornisce i dati relativi all'utenza, i dati di popolazione sono forniti dai servizi anagrafici dei Comuni o della AUSL o dall'ISTAT.

### *Accuratezza e riproducibilità*

Buone.

## **8. INDICATORE DI CONCLUSIONI CONCORDATE (TURN OVER)**

**n. utenti in carico che vengono dimessi o passano a meno di 3 prestazioni nell'anno in modo concordato/n. utenti in carico nell'anno x 100**

### *Descrizione*

E' il rapporto tra utenti che hanno concluso *in accordo con il servizio* l'iter diagnostico e/o terapeutico-riabilitativo nel corso dell'anno e utenti in carico nell'anno. Analizza la quota di *utenti che vengono dimessi dal servizio o passano a contatti meno intensivi* (meno di 3 prestazioni nell'anno) nel periodo considerato, e conseguentemente le *possibilità di ricambio dell'utenza in carico*. Misura indirettamente la "velocità" di trattamento dei casi. E' un indicatore molto complesso che deve essere sempre correlato ad altri indicatori, come l'indicatore di fuga.

### *Finalità*

Consentire una valutazione e una programmazione delle attività da parte dei servizi in base agli spazi disponibili ed un'attività permanente di ricerca a carattere epidemiologico. Permettere una rapida valutazione della tipologia (composizione relativa) dell'utenza di un servizio e della sua modalità di lavoro.

### *Soglia*

Da determinare.

### *Modalità di rilevazione*

Dati forniti dal sistema informativo.

### *Accuratezza e riproducibilità*

Da verificare.

## **9. INDICATORE DI SATURAZIONE (ANDAMENTO DELLA PREVALENZA NEL TEMPO)**

**prevalenza utenti in carico nell'anno considerato/ prevalenza utenti in carico nell'anno precedente**

### *Descrizione*

Esprime il rapporto tra *prevalenza utenti in carico nell'anno considerato* e *prevalenza utenti in carico nell'anno precedente*. Risente della durata dei trattamenti e della possibilità o meno di concluderli, e degli abbandoni non concordati.

### *Finalità*

Consentire una valutazione dell'andamento della prevalenza dei casi in carico, quindi una programmazione delle attività da parte dei servizi in base agli spazi disponibili, ed un'attività permanente di ricerca a carattere epidemiologico. Permettere una rapida valutazione della tipologia (composizione relativa) dell'utenza di un servizio e delle sua modalità di lavoro. E' strettamente correlato con il precedente.

### *Soglia*

**Tra 0,9 e 1,1.**

Valori costantemente superiori ad 1 a parità di risorse umane ed in servizi operanti a pieno regime in assenza di significative novità terapeutiche od organizzative, evidenziano la tendenza alla saturazione

### *Modalità di rilevazione*

Dal sistema informativo interno.

### *Accuratezza e riproducibilità*

Da verificare

## **10. INDICATORE DI CONCLUSIONI DI RAPPORTO NON CONCORDATE**

**n. utenti in carico che hanno interrotto di loro iniziativa il rapporto con il servizio nell'anno/n. utenti in carico nell'anno**

### *Descrizione*

Esprime la quota di pazienti che si allontanano dal servizio in modo non concordato nel corso dell'anno

### *Finalità*

Monitorare la quota di *drop out*, che non deve eccedere i livelli fisiologici. Un elevato numero di conclusioni non concordate può rappresentare un segnale di allarme relativo alla soddisfazione degli utenti o al livello di saturazione del servizio. Per conclusioni non concordate, si intendono sia le attive che le passive, secondo le definizioni del Glossario nazionale.

### *Compiti*

Uno stile di lavoro che consenta lo stabilirsi di un rapporto di fiducia tra servizio ed utente.

### *Soglia*

< 10 %.

*Modalità di rilevazione*

Dati sull'utenza forniti dal sistema informativo interno.

*Accuratezza e riproducibilità*

Da verificare.

## **11. INDICATORI DI PESO ASSISTENZIALE**

*Descrizione*

Esprimono la quota di popolazione che richiede una presa in carico protratta nel tempo e ad elevato peso assistenziale, in parte rappresentata dalle patologie gravi e stabilizzate in carico al servizio. E' possibile differenziare gli *alti utilizzatori* e i *lunghi utilizzatori* in base all'*intensità* e alla *durata* d'uso del servizio stesso.

### **a. PROPORZIONE DI ALTI UTILIZZATORI**

n. utenti in carico con più di 18 prestazioni nell'anno/n. utenti in carico nell'anno

*Finalità*

Monitorare la risposta del servizio alla quota di utenti alti utilizzatori ed il conseguente assorbimento di risorse, anche al fine di programmare e verificare le attività; analizzare la risposta che i servizi devono fornire all'utenza cronica e grave.

*Modalità di rilevazione*

Dal sistema informativo interno

*Soglia*

Intorno al **40 %** (da verificare)

*Accuratezza e riproducibilità*

Buone per sistemi informativi attivi da alcuni anni.

### **PROPORZIONE DI LUNGOASSISTITI**

**b. n. utenti dell'anno X ancora in carico dopo 3 anni/ n. prime visite dell'anno X x 100**

**c. n. utenti dell'anno X ancora in carico dopo 5 anni/ n. prime visite dell'anno X x 100**

*(In alternativa potrebbe essere strutturato come durata media o mediana della presa in carico)*

*Finalità*

Valutare la quota di utenti ancora in carico al servizio dopo 3 e dopo 5 anni dal primo contatto.

*Soglia*

Da definire. È verosimile che debba mantenersi all'interno di un specifico intervallo di riferimento. Valori troppo alti o troppo bassi devono indurre a riflessioni organizzative.

Ipotesi: circa **50 % dopo 3 anni**; circa **30 % dopo 5 anni**.

*Modalità di rilevazione*

Sistema informativo interno.

*Accuratezza e riproducibilità*

Buone per servizi informativi attivi da qualche anno

## **12. INDICATORE DI “PORTA GIREVOLE”**

**n. utenti che vengono presi nuovamente in carico entro 3 anni dalla dimissione/n. utenti dimessi negli anni di riferimento**

*Finalità*

Valuta le dimissioni/conclusioni intempestive, ovvero la tendenza dei servizi a scaricare e sottovalutare i problemi.

*Soglia*

Da definire

## **13. INDICATORE DI RIPRESA IN CARICO**

**n. utenti ripresi in carico nell'anno/n. utenti in carico nell'anno**

*Descrizione*

Esprime la quota di utenti non saldamente in carico al servizio che vanno e vengono “ad elastico” nel tempo, anche per lo stesso problema (o per problemi che sono noti per essere l'uno la continuazione/trasformazione dell'altro).

*Finalità*

Valutare la quota di utenti che vanno e vengono, esaminare le cause del fenomeno, ipotizzare interventi correttivi perché il fenomeno resti in ambito fisiologico.

*Soglia*

Da definire (<10 % )

*Modalità di rilevazione*

Dal sistema informativo interno.

*Accuratezza e riproducibilità*

Da verificare.

## **INDICATORI DI CARICO DI LAVORO**

Gli indicatori di carico di lavoro sono considerati “*indicatori di efficienza*”. Vanno quindi sempre analizzati in relazione ad altri indicatori, non avendo altrimenti alcuna relazione con l'efficacia. Possono essere di utilità anche per valutare il “sovraccarico” e la necessità di integrare il personale esistente o di rimodulare le attività. E' opportuno correlare i dati ai pesi assistenziali e alla gravità della casistica trattata.

## **14. NUMERO MEDIO DI UTENTI IN CARICO PER NPI**

**n. totale utenti in carico a specialisti NPIA /n. totale NPI tempo pieno equivalenti nell'anno**

#### *Descrizione*

Descrive il numero medio di utenti in carico nell'anno al servizio per ogni NPI a tempo pieno.

#### *Finalità*

Analizzare l'efficienza del servizio e il carico di lavoro medico specialistico assorbibile, consentendo una migliore programmazione ed organizzazione delle risorse disponibili.

#### *Modalità di rilevazione*

Dati forniti dal sistema informativo interno

#### *Soglia*

In letteratura si suggerisce una **media di 100 utenti**.

#### *Accuratezza e riproducibilità*

Buone per utenze di analogo peso assistenziale.

### **15. NUMERO MEDIO DI UTENTI IN CARICO PER PSI**

**n. totale utenti in carico a specialisti psicologi/n. totale PSI tempo pieno equivalenti nell'anno**

#### *Descrizione*

Descrive il numero medio di utenti in carico nell'anno al servizio per ogni PSI a tempo pieno.

#### *Finalità*

Analizzare l'efficienza del servizio e il carico di lavoro psicologico clinico assorbibile, consentendo una migliore programmazione ed organizzazione delle risorse disponibili.

#### *Modalità di rilevazione*

Dati forniti dal sistema informativo interno

#### *Soglia*

In letteratura si suggerisce una **media di 100 utenti**.

#### *Accuratezza e riproducibilità*

Buone per utenze di analogo peso assistenziale.

### **16. NUMERO MEDIO DI UTENTI IN CARICO PER OPERATORI DELLA RIABILITAZIONE**

**n. totale utenti in carico riabilitativo al servizio/n. totale operatori della riabilitazione tempo pieno equivalenti nell'anno**

#### *Descrizione*

Descrive il numero medio di utenti in carico riabilitativo nell'anno (cioè con almeno tre prestazioni dei riabilitatori) per ogni operatore della riabilitazione a tempo pieno. Include gli utenti che hanno in corso terapie vere e proprie, ma anche valutazioni, controlli, etc. Un utente in carico a due o più operatori della riabilitazione è contato come utente diverso per ogni terapista.

#### *Finalità*

Analizzare l'efficienza del servizio e il carico di lavoro riabilitativo assorbibile, consentendo una migliore programmazione ed una migliore organizzazione delle risorse disponibili.

Modalità di rilevazione

Dati forniti dal sistema informativo interno

Soglia

**Tra 20 e 40.**

*Accuratezza e riproducibilità*

Buone per utenze di analogo peso assistenziale.

### **17. DURATA MEDIA DELLE PRESTAZIONI (tempo medio prestazione)**

**somma del totale di ore lavorate da tutti gli operatori del servizio, tolte le ore per attività di supporto/ n. totale prestazioni effettuate nell'anno**

*(Può essere utile anche calcolare la durata mediana delle prestazioni)*

*Descrizione*

Esprime in modo *estremamente grossolano* il carico di lavoro medio per prestazione.

*Finalità*

Analizzare l'efficienza del servizio. Valori troppo alti o troppo bassi dovrebbero dare luogo ad approfondimenti e riflessioni organizzative.

*Modalità di rilevazione*

Dati forniti dal sistema informativo interno e dall'ufficio del personale.

*Soglia*

Da definire

*Accuratezza e riproducibilità*

Buone per tempi medi delle prestazioni sufficientemente omogenei. Problematiche quando la disomogeneità è molto elevata o in servizi che per specifiche realtà locali hanno dovuto investire molto in attività di supporto.

### **18. N. MEDIO DI PRESTAZIONI PER UTENTE**

**n. totale prestazioni (dirette e indirette) effettuate nell'anno /n. utenti nell'anno**

*Descrizione*

Esprime in modo *estremamente grossolano* il carico di lavoro medio per paziente.

*Finalità*

Analizzare l'efficienza del servizio. Valori troppo alti o troppo bassi dovrebbero dare luogo ad approfondimenti e riflessioni organizzative.

*Modalità di rilevazione*

Dati forniti dal sistema informativo interno

*Soglia*

> 12 (in base alle valutazioni dei carichi di lavoro finora pubblicate).

*Accuratezza e riproducibilità*

Buone.

## **19. INDICATORI DI GRAVITA'**

**a. PROPORZIONE DI UTENTI IN CARICO CON VALORI ALLA SCALA DI GRAVITÀ SUPERIORI AD UN CERTO VALORE SOGLIA**

**n. utenti in carico nell'anno con valori alla scala di gravità > X/n. utenti in carico nell'anno**

**b. GRAVITÀ MEDIA DELLA CASISTICA (oppure mediana)**

**somma valori alla scala di gravità degli utenti in carico nell'anno/n. utenti in carico nell'anno**

*Descrizione*

Valutano la gravità dell'utenza seguita dal servizio. Richiedono l'uso condiviso da parte dei servizi delle stesse scale di gravità.

*Finalità*

Analizzare la risposta del servizio agli utenti in situazione di gravità. La gravità degli utenti in carico ad un servizio può rappresentare una variabile significativa relativa al carico di lavoro con cui il servizio deve confrontarsi, allo stile di lavoro ed alle scelte programmatiche messe in atto.

*Soglia*

Da definire

*Modalità di rilevazione*

Attraverso il sistema informativo interno e la costante codifica diagnostica dell'utenza ed attribuzione di punteggi su scale di gravità condivise dai servizi

*Accuratezza e riproducibilità*

Da verificare

(Un altro indicatore di peso assistenziale potrebbe essere dato dalla quota di prestazioni congiunte. Da definire se calcolarlo rispetto al numero totale di prestazioni o al tempo totale o entrambi).

## **20. INDICATORI DI CASE-MIX**

Compito principale dei servizi territoriali di NPIA è dare risposte su tutto lo spettro delle patologie di competenza, e non solo a quanto corrisponde a necessità specifiche e parziali, a tradizioni d'intervento locali o alla formazione ed agli interessi degli operatori (sia in termini di patologie che di fasce d'età). E' quindi fondamentale poter analizzare la varietà delle patologie seguite e la capillarità degli interventi nelle diverse fasce d'età.

Si tratta di indicatori che andrebbero meglio definiti e precisati, in particolare per quanto riguarda le modalità di accorpamento e analisi delle diagnosi, ma che appaiono di estrema importanza in considerazione della "mission" dei servizi.

E' indispensabile l'uso di un sistema di classificazione nosografica condiviso, che riteniamo debba essere l'ICD10 multiassiale, comprensivo delle diagnosi neurologiche.

#### **PER ETÀ**

**n. utenti in carico per fasce di età/popolazione di riferimento per fasce di età**

#### **PER CASISTICA**

**n. utenti in carico per fasce di diagnosi/popolazione di riferimento 0-18**

#### **21. INDICATORE DI ATTIVITA' RIABILITATIVA**

**n. interventi riabilitativi effettuati nell'anno/n. utenti in carico nell'anno x 100**

##### *Finalità*

Descrivere lo stile di lavoro del servizio.

##### Soglia

Da definire

#### **22. INDICATORE DI ATTIVITA' PSICOTERAPEUTICA**

**n. sedute psicoterapia nell'anno/n. utenti in carico nell'anno x 100**

##### *Finalità*

Descrivere lo stile di lavoro del servizio.

##### Soglia

Da definire

#### **INDICATORI DI CARICO ISTITUZIONALE**

Si tratta di indicatori molto importanti poiché indagano una delle principali dimensioni dell'attività dei servizi territoriali di NPIA, in parte conseguente agli obblighi di legge che i servizi hanno nei confronti di enti terzi per una quota della loro utenza (scuole per utenti in situazione di handicap, tribunali etc.).

Il carico di lavoro conseguente va a determinare e influenzare in modo significativo la quota di risorse disponibile per le altre attività.

#### **23. PROPORZIONE DI UTENTI IN CARICO IN SITUAZIONE DI HANDICAP**

**n. utenti in carico certificati in situazione di handicap/n. utenti in carico x 100**

##### *Descrizione*

Evidenzia la quota di utenti in carico certificati in situazione di handicap. Valori elevati possono essere presenti in servizi di recente istituzione o sottodimensionati, o servizi in cui affluiscono prevalentemente coloro che non possono farne a meno.

##### *Finalità*

Analizzare la tipologia di utenza del servizio e la quota rispetto alla quale esistono precisi obblighi di legge da evadere, verificandone l'equilibrio con la restante quota di utenza.

*Soglia*  
< 30%

*Modalità di rilevazione*  
Dal servizio informativo interno.

*Accuratezza e riproducibilità*  
Da verificare.

#### **24. N. MEDIO DI PRESTAZIONI EFFETTUATE PER UTENTI IN CARICO IN SITUAZIONE DI HANDICAP**

*Definizione*

Si tratta di indicatori che vanno a valutare il numero medio di prestazioni previste dalla L.104/92 effettivamente erogate agli utenti in situazione di handicap in carico al servizio, e, più nello specifico, il numero medio di incontri effettuati con gli insegnanti.

*Finalità*

Analizzare la risposta che il servizio fornisce agli utenti in situazione di handicap.

**a. n. prestazioni effettuate nell'anno per utenti in carico in situazione di handicap/n. utenti in carico nell'anno in situazione di handicap**

*Soglia*  
> 5

**b. n. incontri nell'anno con insegnanti di utenti in carico in situazione di handicap /n. utenti in carico nell'anno in situazione di handicap**

*Soglia*  
> 2 (secondo la normativa vigente)

#### **25. PROPORZIONE DI UTENTI IN CARICO CON PROGETTO CONGIUNTO CON IL SERVIZIO SOCIALE (del Comune, dell'ASL etc.)**

**n.utenti in carico nell'anno congiuntamente al Servizio Sociale /n. utenti in carico nell'anno**

#### **26. PROPORZIONE DI PRESTAZIONI PER UTENTI IN CARICO CON PROGETTO CONGIUNTO CON IL SERVIZIO SOCIALE (del Comune, dell'ASL etc.)**

**n. prestazioni nell'anno per utenti in carico congiuntamente al Servizio Sociale/n. totale prestazioni nell'anno**

#### **27. PROPORZIONE DI UTENTI IN CARICO CON IL COINVOLGIMENTO DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA**

**n.utenti in carico nell'anno con il coinvolgimento del Tribunale/n. utenti in carico nell'anno**

## **28. PROPORZIONE DI PRESTAZIONI EFFETTUATE PER UTENTI IN CARICO CON IL COINVOLGIMENTO DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA**

**n. prestazioni nell'anno per utenti in carico con il coinvolgimento del Tribunale/n. totale prestazioni nell'anno**

### *Finalità*

Valutare il peso assistenziale dell'utenza istituzionale.

## **INDICATORI DI INVIO**

Si tratta di un gruppo di indicatori che valuta le percentuali relative di invio alla NPIA da parte di altre agenzie del territorio o di altri servizi. Possono essere utili per riflessioni sulle collaborazioni e per definire gli ambiti nei quali investire per riequilibrare i rapporti.

### **29. INDICATORE DI "COLLABORAZIONE" CON LA SCUOLA**

**n. nuovi utenti nell'anno inviati dalla scuola/n. nuovi utenti nell'anno x 100**

### **30. INDICATORE DI "COLLABORAZIONE" CON LA PEDIATRIA OSPEDALIERA**

**n. nuovi utenti nell'anno inviati dalla pediatria ospedaliera/n. nuovi utenti nell'anno x 100**

### **31. INDICATORE DI "COLLABORAZIONE" CON I PEDIATRI-MEDICI DI BASE**

**n. nuovi utenti nell'anno inviati da pediatra-medico di base/n. nuovi utenti nell'anno x 100**

Il gruppo finale di indicatori, prima della sezione relativa agli indicatori di esito, cerca di indagare aspetti dell'assistenza significativi e importanti nell'ottica della "mission" dei servizi, ma particolarmente difficili da concretizzare in quozienti non approssimativi, oppure rispetto ai quali potrebbero sorgere grossi problemi nella rilevazione dei dati, non direttamente in possesso dei servizi.

### **32. INDICATORE DI ATTRAZIONE**

**n. utenti residenti all'esterno del territorio di riferimento/n. utenti nell'anno**

#### *Descrizione*

E' un segnale di "buona fama" del servizio, ma va valutato attentamente insieme agli altri poiché potrebbe invece indicare una eccessiva settorializzazione dell'offerta, che attira clienti da fuori e non evade i bisogni del proprio territorio.

### **33. INDICATORE DI FUGA**

**n. residenti eta' 0-18 in carico nell'anno presso servizi NPIA di altre AO-ASL /pop. 0-18 x 100**

#### *Descrizione*

Esprime la quota di utenza potenziale che per diverse motivazioni non trova risposta ai propri bisogni all'interno del servizio territoriale di riferimento e si rivolge pertanto ad altre strutture. Può essere utilizzato solo in correlazione con altri indicatori (in particolare di prevalenza e di attrazione) e nel tempo. Una diminuzione nel tempo può rappresentare un indice positivo, un aumento costituire un segnale di criticità.

*Finalità*

Misurare la capacità del servizio di assorbire la domanda del territorio di riferimento.

**34. INDICATORE DI RICORSI AL PRONTO SOCCORSO**

**n. di accessi nell'anno al pronto soccorso di utenti di competenza NPIA/popolazione di riferimento 0-18**

E' difficile recuperare i dati, non esistendo ovunque strutture di ricovero collegate ed essendo spesso il PS sovrazonale.

Si presume che in presenza di una buona gestione territoriale, gli arrivi in PS debbano essere molto limitati per tutta la quota di patologia, sia psichiatrica che neurologica, "gestibile".

**35. PROPORZIONE DI ACCESSI D'URGENZA AI SERVIZI TERRITORIALI**

**n. utenti in carico nell'anno visti in regime di urgenza/n. utenti in carico nell'anno**

*Descrizione*

Una quota di situazioni di urgenza può arrivare in qualunque servizio, e va inclusa nella programmazione delle agende settimanali. Un eccesso di accessi urgenti presuppone una gestione non sufficientemente tempestiva di eventuali segnali di rischio o di situazioni di crisi effettiva.

*Modalità di rilevazione*

Dal sistema informativo interno. Codifica della tipologia di accessi: O ordinario, U urgenza.

*Soglia*

Da definire.

**36. INDICATORE DI INVII IN CONVENZIONALITA' ESTERNA (indice di appoggio)**

Questo e il successivo, gli unici due indicatori che prendono in considerazione le altre strutture non pubbliche presenti sul territorio, restano titoli vuoti per una certa difficoltà a determinarne formule e contenuti, dal momento che non è scontato che i servizi possano disporre dei dati necessari. Ci rendiamo però conto che bisognerebbe ipotizzare modalità di analisi delle interazioni con il convenzionato, il privato sociale etc. più fini e a tutto tondo.

**n. utenti inviati nell'anno in convenzionalità esterna/n. utenti nell'anno**

**37. INDICATORI DI INSERIMENTO IN ISTITUTI**

**n. utenti inviati nell'anno in istituti/n. utenti nell'anno**

## INDICATORI DI ESITO

### 38. INDICATORI DI SODDISFAZIONE

- a. n. utenti in carico > 8 anni d'età soddisfatti/n. utenti in carico nel periodo x 100**
- b. n. genitori utenti in carico soddisfatti/n. utenti in carico nel periodo x 100**
- c. n. invianti soddisfatti/n. invianti nel periodo x 100 (insegnanti, dirigenti scolastici, pediatri/medici di base, altri servizi) (da differenziare per tipo di inviante)**
- d. n. operatori del servizio soddisfatti/operatori in attività nel periodo x 100**

#### *Descrizione*

Grado di soddisfazione dell'utenza (e degli operatori) misurato con scale di valutazione costruite in modo metodologicamente corretto, confrontabili tra loro, somministrate a campioni rappresentativi e in modo sistematico (criteri di costruzione ed uso espliciti). E' dato dal rapporto tra utenti soddisfatti ed utenti che hanno risposto al questionario.

#### *Finalità*

Misurare il grado di soddisfazione complessivo. Individuare i motivi di insoddisfazione per adottare gli opportuni interventi correttivi.

#### *Soglia*

Opinione molto positiva del servizio > **60%**

Opinione positiva del servizio > **80%**

#### *Modalità di somministrazione*

Da definire.

#### *Accuratezza e riproducibilità*

Da definire.