

## LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E LIVELLI ESSENZIALI DI INFORMAZIONE\*

### 1. Premessa

La tutela della salute è un diritto costituzionalmente garantito dallo Stato a ciascun individuo. La riforma del Titolo V della Costituzione ha attribuito alle Regioni il ruolo di organizzare l'erogazione dei servizi sanitari, ma ha lasciato allo Stato sia il compito di garantire il finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), che quello di verificare la capacità regionale di garantire la salute della popolazione.

Allo stato attuale non è purtroppo disponibile una misura oggettiva, condivisa e sistematica dello stato di salute di una popolazione. In chiave di «sistema sanitario» occorre, quindi, procedere diversamente, essendo nella pratica non percorribile la misura diretta della capacità di garantire la salute. L'obiettivo diventa così, in subordine, quello di garantire che al cittadino vengano erogate le prestazioni ritenute essenziali per poter mantenere/migliorare lo stato di salute. «Essenziali» significa, in questo contesto, «erogate sempre e solo quando servono effettivamente».

Nella prospettiva del «caso singolo» tale valutazione non può che essere squisitamente clinico-medica, più o meno supportata da percorsi diagnostico-terapeutici, linee guida, ecc. Nella prospettiva del sistema sanitario complessivo, invece, il *focus* diventa l'insieme della popolazione assistita. Su questa linea, la disponibilità di dati sistematici relativi alle prestazioni erogate ai cittadini residenti nei diversi ambiti territoriali abilita l'applicazione di strumenti di valutazione di tipo statistico.

In sintesi: tutelare la salute comporta misurare i Lea tramite le prestazioni erogate. Questo richiede la disponibilità sistematica di dati su tutto il territorio nazionale: i Livelli essenziali di informazione (Lei). I Lei consentono di misurare i Lea, quindi non ci può essere garanzia dei Lea senza disponibilità dei Lei.

Quali dati occorrono? In base a quanto detto, occorre prioritariamente realizzare la raccolta dei dati relativi alle prestazioni erogate a ciascun cittadino onde consentire sia una lettura verticale (per singola tipologia di prestazioni) sia longitudinale (i percorsi diagnostico-terapeutici). Il tutto, per le finalità di «governo» del sistema, in chiave statistica (cioè per aggregazioni significative di popolazione) e non individuale (la cura del singolo paziente). Inoltre, occorre garantire che l'erogazione dei Lea sia compatibile con le risorse finanziarie disponibili. A tal fine i Lei devono includere anche i dati relativi alle risorse, economiche e materiali, assorbite per l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

L'obiettivo ultimo è dunque quello di garantire l'erogazione efficiente delle sole prestazioni appropriate.

### 2. La situazione attuale dei Livelli Essenziali di Informazione

Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ha dato, a partire dal 2002, un forte impulso alla costruzione dei Lei tramite il Nuovo sistema informativo sanitario nazionale (Nsis).

A partire dai flussi informativi relativi ai ricoveri ospedalieri, attivati a metà degli anni '90 e poi progressivamente messi a regime, il Ministero ha individuato una precisa strategia di sviluppo

---

\* di prossima pubblicazione nel volume ASTRID, *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, a cura di C. De Vincenti, R. Finocchi Ghersi, A. Tardiola, Bologna, il Mulino, 2010.

focalizzata in particolare a illuminare l'area maggiormente strategica dell'assistenza sanitaria del futuro, ovvero il territorio.

In tale contesto tuttavia si è dovuto anche constatare che la progressiva differenziazione a livello regionale delle modalità di erogazione dei servizi aveva nel frattempo differenziato significativamente le modalità adottate dalle stesse Regioni per identificare le prestazioni: non esisteva pertanto il «linguaggio comune» su cui basare la costruzione dei Lei. Da questa constatazione è nato un vasto programma denominato «Mattoni del Servizio sanitario nazionale»<sup>1</sup> finalizzato proprio alla costruzione del linguaggio comune (classificazioni, codifiche e contenuti informativi omogenei a livello nazionale) su cui basare l'evoluzione dei Lei.

Nel frattempo si era anche condivisa la necessità di uno strumento tramite il quale consentire l'identificazione univoca del cittadino in tutte le interazioni con il Servizio sanitario nazionale (Ssn), al fine di consentire nel tempo, tramite il codice individuale utilizzato, la ricostruzione longitudinale dei dati sul cittadino stesso. Lo strumento da scegliere doveva avere caratteristiche di semplicità tali da garantirne un immediato utilizzo su tutto il territorio nazionale, e livelli di «sicurezza» dell'identificazione dell'individuo compatibili con l'obiettivo di utilizzo aggregato dei dati ai fini di governo (quindi non ancora, in una prima fase, ai fini della cura del singolo paziente). Da queste considerazioni ha preso le mosse il progetto «Tessera sanitaria», che è stato poi attuato sulla base di quanto previsto dall'art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269 (collegato alla Finanziaria per il 2004) e dalle successive integrazioni e modificazioni.

In sintesi la situazione attuale, a livello nazionale, è la seguente:

- sono disponibili i dati relativi ai ricoveri per acuti, alla lungodegenza e alla riabilitazione (schede di dimissione ospedaliera);
- sono stati definiti i contenuti informativi standard per i dati relativi alla specialistica ambulatoriale e alla farmaceutica territoriale. La rilevazione è stata avviata dapprima su base sperimentale in ambito Nsis (dati completi e sistematici su circa metà delle Regioni), e successivamente resa sistematica, salvo normalizzare il livello di completezza, nell'ambito del progetto Tessera sanitaria includendo anche i dati, per la specialistica ambulatoriale, necessari al monitoraggio dei tempi di attesa;
- è in funzione il sistema di «tracciabilità del farmaco» che consente di monitorare i flussi delle confezioni di medicinali all'interno della catena distributiva;
- è attivato il monitoraggio della distribuzione diretta dei farmaci (fase 2 su 3 totali previste);
- è in corso la sperimentazione su scala nazionale (dopo una serie di *test* a livello locale) del monitoraggio della rete di assistenza, che prevede il censimento sistematico sia delle strutture che dei singoli punti di erogazione di prestazioni sanitarie;
- sono stati emessi i decreti attuativi che definiscono i contenuti informativi e le modalità di realizzazione relativamente al monitoraggio di:
  - farmaceutica ospedaliera
  - emergenza-urgenza
  - assistenza residenziale e semi-residenziale
  - assistenza domiciliare.

### 3. Le metodologie

Peraltro, laddove i dati sono disponibili, si è concretamente dimostrata l'importanza di utilizzarli ai fini del processo di valutazione dell'assistenza sanitaria erogata alla popolazione. In tal senso, di

seguito si fornisce, a titolo esemplificativo, una rappresentazione sintetica di alcuni degli strumenti concretamente sviluppati ed applicati.

Nell'ambito dei lavori della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Lea, è stata messa a punto una metodologia di analisi della «domanda soddisfatta» di prestazioni sanitarie, intesa come la quantità di prestazioni ricevute dai residenti in ciascuna Asl italiana, ovunque le prestazioni stesse siano state erogate. La metodologia è stata concretamente applicata in via prioritaria ai ricoveri ospedalieri. Senza addentrarsi nei dettagli, l'approccio consente di individuare, per ciascuna tipologia di ricovero, le Asl per cui la quantità di prestazioni erogate ai propri assistiti risulta potenzialmente «inappropriata» (cioè «in eccesso» rispetto al fabbisogno) e le Asl per cui tale quantità risulta potenzialmente «inadeguata» (cioè «in difetto» rispetto al fabbisogno). La metodologia si configura, pertanto, come uno strumento operativo a disposizione dei sistemi regionali per determinare il fabbisogno delle singole tipologie di ricoveri per la popolazione residente in ogni Asl. Nonché come uno strumento per analizzare, su tali basi, la situazione attuale rispetto al fabbisogno e per tarare, di conseguenza, il dispiegamento dell'offerta pubblica e privata in funzione delle aree prestazionali da ridurre a fronte dell'inappropriatezza individuata, ovvero da potenziare nelle situazioni di riscontrata inadeguatezza.

Come evoluzione è stata inoltre definita una metodologia di analisi «longitudinale» dell'insieme delle prestazioni ricevute da un paziente. L'analisi considera congiuntamente i ricoveri, le prestazioni ambulatoriali, la farmaceutica territoriale nonché le prestazioni domiciliari e residenziali. Essa è stata applicata, come pilota, ad una banca dati regionale che ha già messo a regime il collegamento sul singolo assistito dell'insieme di prestazioni da questo ricevute. Lo strumento evidenzia la variabilità che esiste nelle quantità di prestazioni ricevute dagli assistiti correlandola ai medici di medicina generale (Mmg) che hanno in carico gli assistiti stessi. I risultati sono assai interessanti. Emerge infatti in generale una significativa variabilità nei consumi della popolazione, anche al netto dell'ovvio effetto legato all'età, e fortemente correlata al Mmg di appartenenza. Inoltre accanto a fenomeni «compensativi» (ad es. una maggiore prescrizione di farmaci compensata da un minore ricorso all'ospedale) si registrano evidenti fenomeni «iperprescrittivi» (eccesso di prescrizioni in tutte le tipologie di prestazioni).

Nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAs), è stata messa a punto ed applicata una metodologia di monitoraggio «di sistema» dell'assistenza sanitaria erogata nelle Regioni. Tale metodologia, concretamente applicata per fornire indicazioni pratiche alle Regioni soggette a piano di rientro, parte dall'analisi del numero di giornate di degenza per mille abitanti anno (standardizzato per età) quale indicatore utilizzato a livello internazionale per confrontare il progresso dei servizi sanitari nello spostamento del baricentro dell'assistenza dall'ospedale al territorio. La metodologia scompone, per livelli progressivi, l'indicatore macro nelle sue componenti di tasso di ospedalizzazione (espressione sintetica dell'appropriatezza delle prestazioni) e di durata della degenza (espressione sintetica dell'efficienza dei processi produttivi) e ne analizza le diverse tipologie (acuti, riabilitazione, lungodegenza) e regimi (degenza ordinaria, *day hospital/day surgery*).

I dati raccolti relativi alla specialistica ambulatoriale e alla farmaceutica territoriale sono stati ampiamente utilizzati per analisi e simulazioni di vario genere, in precedenza non possibili a causa dell'indisponibilità o dei dati (ambulatoriale) o della correlazione all'età dell'assistito (farmaceutica). Tra le analisi effettuate si segnalano in particolare quelle relative alla compartecipazione alla spesa, quelle relative ai consumi per classi di età, le simulazioni a supporto delle scelte di politica tariffaria, nonché l'applicazione di principi di analisi di variabilità analoghi a quelli già applicati ai ricoveri ospedalieri.

#### **4. Le criticità del percorso**

Il percorso in atto ha anche evidenziato l'esistenza di criticità che è opportuno tenere presenti ed analizzare a fondo per indirizzare gli sviluppi futuri. In particolare, la costruzione di un percorso condiviso e la progettazione di passi compatibili con la salvaguardia degli investimenti già fatti dalle singole Regioni richiede tempo e in qualche caso la necessità di identificare soluzioni di compromesso sui «denominatori comuni» nella strutturazione dei dati. Informazioni potenzialmente utili sono talvolta sacrificate per le difficoltà espresse da alcune Regioni ad adeguarsi. In ogni caso, il dialogo ed il confronto avviene principalmente con le Regioni «virtuose». In molte altre Regioni la disponibilità a livello locale prima, e la raccolta a livello regionale dopo, rimangono un problema anche per informazioni assai più di base rispetto alle evoluzioni previste nell'ambito del Nsis. Le difficoltà che si incontrano nella disponibilità o nell'affidabilità dei dati relativi alle prestazioni, alle risorse assorbite e ai costi, sono particolarmente acute proprio nelle Regioni impegnate nei piani di rientro dai disavanzi sanitari, come a più riprese emerso nei tavoli di verifica con i ministeri. Questa situazione risulta particolarmente critica se si considera che il rientro dal disavanzo deve accompagnarsi alla riqualificazione del servizio sanitario (riduzione e focalizzazione dell'ospedale e sviluppo del territorio). In carenza di informazioni quantitative, risulta arduo sia riprogettare correttamente l'erogazione dei servizi sia monitorare il coerente sviluppo delle azioni ed i relativi risultati. In generale, la verifica della disponibilità dei Lei, come base per la misura dei Lea nonché per la verifica dell'affidabilità dei costi dichiarati, non ha ancora assunto quella rilevanza che dovrebbe renderla in qualche modo «propedeutica» rispetto alle altre valutazioni «nel merito» (cosa si misura se non ci sono i dati?).

## **5. Gli sviluppi attesi**

Il percorso ad oggi svolto si presta ad evoluzioni di enorme potenziale in termini di capacità di leggere l'assistenza sanitaria erogata sul territorio nazionale.

In particolare, una volta disponibili su base sistematica i dati relativi alle principali prestazioni (ospedaliere e territoriali) ed il loro collegamento ad un identificativo personale univoco, l'applicazione longitudinale sul paziente delle logiche di analisi della variabilità e quindi di «adeguatezza/appropriatezza», apre le porte a possibilità molto più efficaci e più eque rispetto ad oggi di identificare le distorsioni nei comportamenti prescrittivi.

Inoltre, la disponibilità sistematica dei dati elettronici relativi alle prescrizioni delle prestazioni, fornite direttamente dai medici prescrittori, aprirà la strada per la vera analisi della domanda (laddove oggi ci si deve accontentare della «domanda soddisfatta» ovvero misurata presso la struttura di erogazione e quindi depurata da quella quota di domanda, assai interessante da studiare, che non si trasforma per varie ragioni in prestazioni effettivamente erogate).

Infine, la definizione di un approccio – minimo - omogeneo nazionale alla rilevazione delle risorse assorbite per l'erogazione dei servizi nonché alla rilevazione dei relativi costi, consentirebbe di analizzare l'efficienza nell'erogazione dei Lea. Si chiuderebbe in tal modo il cerchio dell'analisi dell'efficacia e dell'efficienza nell'erogazione delle prestazioni appropriate. Su queste basi, anche la discussione sulle delicate tematiche del costo standard e del finanziamento del Ssn potrebbe poggiare su basi assai più solide rispetto ad oggi.

Il percorso di sviluppo indicato, lungi dall'essere irrealistico, è al contrario concretamente realizzabile per stadi evolutivi successivi, e compatibile con le limitate risorse finanziarie a disposizione delle Regioni per il potenziamento, mirato, dei sistemi informatici.

In realtà la sfida principale è di tipo culturale. I dati al livello locale non nascono - e verosimilmente, continueranno a non nascere anche in futuro - se chi ha la responsabilità del pezzo di

organizzazione che deve contribuire alla generazione dei dati stessi non ha poi la necessità di disporre per valutare la performance dell'organizzazione stessa. E questo a tutti i livelli: a partire dal livello regionale fino al livello locale del responsabile di distretto o di unità operativa, passando per il direttore generale dell'azienda. La logica del «debito informativo», per cui i dati si producono solo in risposta alla richiesta di un'istituzione esterna, è il vero nemico da combattere. I dati e le metodologie di analisi, a tutti i livelli (dal distretto territoriale al confronto Stato-Regioni) devono al contrario essere strumento condiviso con cui dare oggettività alle valutazioni che rientrano nelle responsabilità di ciascuno.

Questo è vero per tutte le Regioni e, a maggior ragione per quelle in disavanzo. L'esperienza degli ultimi anni testimonia che senza la diffusione della cultura del dato e della misura dei fenomeni, il percorso di rientro dai disavanzi e di riqualificazione dei servizi difficilmente potrà completarsi con successo.