

Livelli Essenziali di Assistenza e Livelli Essenziali di Informazione

Spunti di riflessione di Alberto De Negri

BOZZA

11 giugno 2009

La tutela della salute è un diritto costituzionalmente garantito dallo Stato a ciascun individuo.

La riforma del Titolo V della costituzione attribuisce alle Regioni il ruolo di organizzare l'erogazione dei servizi sanitari ma lascia allo Stato il compito di verificare la capacità regionale di garantire la salute della popolazione. Insieme al compito, non trascurabile, di finanziare i servizi tramite il Fondo Sanitario Nazionale.

Allo stato attuale non è purtroppo disponibile una misura oggettiva, condivisa e sistematica dello stato di salute. In chiave di "sistema sanitario" occorre, quindi, procedere diversamente, essendo nella pratica non percorribile la misura 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 Livelli Essenziali di Assistenza (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 di 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 (per aggregazioni significative di popolazione) e non individuale (la cura del singolo cittadino).

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 infatti quello di garantire che le prestazioni appropriate vengano erogate in modo efficiente.

1. 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 progressivamente messi a regime, il Ministero ha individuato una precisa strategia di sviluppo 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 anche 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 SSN" 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, 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 statistico dei dati ai fini di governo. 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 DL 30.9.2003 n. 269 e dalle successive integrazioni e modificazioni.

In sintesi la situazione attuale 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 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 di confezioni medicinali all'interno della catena distributiva;
- è attivato il monitoraggio della distribuzione diretta dei farmaci (fase 2 di 3 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 attuazione relativamente al monitoraggio di:
 - o farmaceutica ospedaliera
 - o emergenza-urgenza
 - o assistenza residenziale e semi-residenziale
 - o assistenza domiciliare.

Le Metodologie

Peraltro, laddove i dati sono disponibili, si è concretamente dimostrata l'utilità di usarli 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 ed è stata applicata, come pilota, su 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 – significativa – che esiste nelle quantità di prestazioni prescritte correlandola al medico di medicina generale che ha in carico l'assistito.

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 al 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 verso i servizi territoriali. 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 analizza le diverse componenti (acuti, riabilitazione, lungodegenza) e regimi (degenza ordinaria, day hospital/day surgery).

I dati raccolti relativi alla specialistica ambulatoriale e alla farmaceutica territoriale, pur nei limiti della parziale copertura del territorio nazionale come sopra ricordato, sono stati ampiamente utilizzati per analisi e simulazioni di vario genere, in precedenza non possibili a causa o dell'indisponibilità dei dati (ambulatoriale) o dell'indisponibilità del dato correlato all'età dell'assistito (farmaceutica). Tra queste si segnalano in particolare analisi relative alla compartecipazione alla spesa, analisi relative ai consumi per classi di età, simulazioni a supporto delle scelte di politica tariffaria, nonché l'applicazione prototipale di principi di analisi di variabilità analoghi a quelli già applicati ai ricoveri.

2. Le criticità del percorso

Il percorso in atto ha anche evidenziato l'esistenza di criticità:

- La costruzione di un percorso condiviso e 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 - rimane un problema irrisolto anche per informazioni assai più di base rispetto alle evoluzioni previste nell'ambito del NSIS.
- La difficoltà 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 evidenziato dai 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 ?)

3. Gli sviluppi attesi

Il percorso ad oggi svolto si presta ad evoluzioni di enorme potenziale in termini di abilitazione della 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 su possibilità significativamente 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 in prestazione effettivamente erogata).

Infine, la definizione di un approccio – minimo - omogeneo nazionale alla rilevazione delle risorse assorbite per l'erogazione dei servizi e dei relativi costi, consentirebbe di analizzare l'efficienza nell'erogazione dei LEA.

Si chiuderebbe in tal modo il cerchio dell'analisi dell'efficienza nell'erogazione delle prestazioni appropriate.

Il percorso di sviluppo indicato, lungi dall'essere irrealistico, è al contrario concretamente realizzabile per stadi evolutivi successivi, e compatibile con le 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 non diventa prassi quotidiana l'utilizzo dei dati stessi, già a partire proprio dal livello locale, per valutare la performance dello spicchio di organizzazione sanitaria di propria competenza. 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 due 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 assai difficilmente potrà completarsi.