

ASTRID

Gruppo di lavoro sulle Politiche sanitarie

5° sottogruppo – Sistemi informativi a supporto delle politiche sanitarie

(Coord. Edwin Morley-Fletcher)

Traccia per la riunione dell'8 aprile 2009

“Health care cannot be reengineered without data. Trying to create an accountable system without accurate, accessible, meaningful, and timely data is an exercise in futility”

L'informatizzazione e l'interoperabilità di un sistema dell'ampiezza e della complessità del Servizio Sanitario in Italia, dove già solo per la parte ospedaliera si ha a che fare con 13 milioni circa di ricoveri ospedalieri all'anno, 79 milioni di giornate di degenza, 4,7 milioni di interventi chirurgici, 1337 strutture ospedaliere pubbliche e private, un sistema di pagamento a tariffe predefinite iso-risorse basato su oltre 500 raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG), cui poi si aggiungono 57.000 medici di medicina generale (MMG), quasi 9.000 pediatri di libera scelta (PLS), ecc., costituisce ovviamente una sfida straordinaria.

Nell'affrontare, com'è il compito di questo sottogruppo, l'insieme dei Sistemi informativi a supporto delle politiche sanitarie, converrà distinguere fra due macro aree di analisi:

- A. Generazione, raccolta e utilizzo dei dati all'interno dei sistemi informativi pubblici
- B. Tecnologie di eHealth

A. Per il primo livello (Generazione, raccolta e utilizzo dei dati all'interno dei sistemi informativi pubblici), occorrerà accertare:

1. Lo stato dell'arte dell'attuazione dell'art. 50 della L. 24 novembre 2003, n. 326, e successive numerose modifiche, fino al c. 810 della Finanziaria 2007 (L. 27 dicembre 2006, 296), e correlati decreti (DPCM 26 marzo 2008, RGS 16 dicembre 2008)

- prescrizioni implicanti spesa:
 - farmaceutica
 - specialistica
- Schede di dimissione ospedaliere (SDO)

2. Cosa sta avvenendo con i piani di rientro

3. Quali dati vengono realmente raccolti e utilizzati:

- come vengono usati
- quanto vengono usati
- quanto si potrebbero usare

4. Quali dati non vengono raccolti, come per es.:

- il costo dei LEA
- la spesa farmaceutica all'interno delle SDO

5. Quali debbano essere i Livelli essenziali di informazione (LEI)

6. Come rilevare e far emergere le best practices:

- Appropriatazza
 - generica
 - clinica
 - efficacia
 - efficienza operativa
- Adeguatezza

7. Esempi di indicatori di appropriatezza

a) Ricoveri

- Numero di giornate di degenza per 1000 abitanti
- Frequenza dei casi per singolo DRG
- Giornate di degenza per DRG a rischio inappropriatezza
- Numero di casi di complessità x erogati per struttura

b) Prestazioni di assistenza ambulatoriale e farmaceutica

- Rilevazione per ambito territoriale
- Per medico specialistico
- Per patologia (di particolare interesse per le patologie croniche)
- Numero di prestazioni per 1000 abitanti
- Numero di ricoveri per patologie croniche
- Utilizzo farmaci per patologie croniche
- Numero di prestazioni di diagnostica per fascia di età

c) Prestazioni per post-acuzie e cronicità

- Numero di prestazioni per fascia di età (anziani)
- Numero di prestazioni per patologie croniche

d) Prestazioni socio-sanitarie

8. Indicatori di outcome

In quali ambiti (di medicina della precisione – Evidence Based Medicine) ha senso ricorrervi

Due esempi: vedasi in Germania lo *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* (IQWiG) e, negli USA, la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)