

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'11 marzo 2009

Il sottogruppo sui Sistemi informativi a supporto delle politiche sanitarie si propone un obiettivo che è simmetrico rispetto a quello del sottogruppo sulla sostenibilità, in quanto punta a definire le modalità con le quali poter rilevare sistematicamente gli eccessi, le carenze, e gli altri fenomeni distorsivi che possono incidere sostanzialmente nella determinazione complessiva della spesa pubblica per la salute.

Un primo punto di riferimento verte necessariamente sull'analisi della quantità delle prestazioni erogate dai servizi sanitari regionali.

Poiché non si giustificerebbero costi che non si trasformino in prestazioni erogate agli assistiti, devono essere accertate sia l'eventuale "inappropriatezza", ovvero l'erogazione di prestazioni in quantità superiore alla media (opportunosamente ponderata) delle altre aziende ospedaliere, sia l'eventuale "inadeguatezza", ovvero l'erogazione di prestazioni in quantità inferiori anche qui alla media (opportunosamente ponderata, per tener conto ad esempio dell'età della popolazione) delle altre aziende ospedaliere. Essendo inappropriatezza e inadeguatezza elementi fondamentali nell'ambito della funzione, attribuita allo Stato, di tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), è indubitabile che debba essere proprio lo Stato a doversi farsi prioritariamente portatore della rilevazione sistematica di appropriatezza e adeguatezza delle prestazioni sanitarie all'interno del percorso di costruzione di meccanismi federalisti di finanziamento dei servizi regionali.

Com'è noto, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali già dispone di una specifica metodologia (sviluppata nell'ambito della Commissione per la definizione e l'aggiornamento dei LEA), che consente di analizzare la variabilità esistente sul territorio nazionale nella domanda soddisfatta di prestazioni sanitarie e di quantificare, anche economicamente, la potenziale inappropriatezza e inadeguatezza esistente in ciascuna ASL e Regione italiana.

Tale metodologia è applicata, attualmente, solo ai ricoveri ospedaliere (che rappresentano peraltro la componente economicamente più rilevante dell'assistenza sanitaria), in quanto solo per i ricoveri sono disponibili sistematicamente, e per tutte le regioni, dati analitici relativi alle prestazioni erogate. Ma la stessa metodologia sarebbe ovviamente applicabile anche ad altri ambiti di prestazioni, qualora i relativi dati analitici divenissero disponibili su scala nazionale.

Quel che è interessante rilevare è che l'applicazione di tale metodologia ai ricoveri ospedalieri evidenzia come, per molte tipologie di ricovero e in numerose ASL, siano presenti effettivamente quote anche molto significative di inappropriata e/o inadeguata, per le quali risulterebbe senz'altro opportuno impostare percorsi correttivi verso un maggiore equilibrio, in coerenza con un approccio di *Spending Review*.

Determinare su basi oggettive una percentuale crescente dei costi standard

Ove si condivida l'opportunità di utilizzare l'approccio imperniato sulla verifica dei fattori di inappropriata e/o inadeguata, si può ipotizzare che tale approccio venga applicato per determinare una percentuale – via via rivedibile e crescente in funzione dei dati disponibili - dei costi standard assumibili come indicatori di riferimento per la determinazione della spesa per la sanità.

Tale percentuale potrebbe essere determinata, per esempio, in ragione del valore economico delle prestazioni di ricovero erogate sull'intero territorio nazionale (a tariffe nazionali), rapportate al costo storico globale del Servizio Sanitario Nazionale. Se ora tale percentuale si colloca intorno al 30%, avrebbe senso programmare, probabilmente su di un arco pluriennale, la crescente disponibilità di dati e la correlativa verifica di appropriatezza e di adeguatezza, così da investire progressivamente l'intera gamma delle prestazioni sanitarie erogate in tutte le regioni.

Si tratterebbe insomma di un percorso complesso e pluriennale, dove progressivamente si verrebbe a passare dalla spesa storica a costi standard onnicomprensivi, capaci di indicare oggettivamente il necessario livello di riferimento da adottare (con opportuni premi e penalità) in termini di efficienza.

I costi standard verrebbero così a costituire una quota via via crescente, fino a raggiungere il 100%, dell'insieme dei costi sostenuti per la spesa sanitaria regionale, e si determinerebbero sulla base di rilevazioni oggettive, sottoponibili al vaglio della Conferenza Stato-Regioni, dei dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate. In questo modo, i costi entro cui contenere la spesa per una gestione dei servizi compatibile con l'equilibrio economico verrebbero a coincidere con la rilevazione dei costi indispensabili per una reale valutazione di quello che deve essere "l'equilibrio dei Livelli Essenziali di Assistenza".

Ovviamente, l'adozione della metodologia qui indicata presupporrebbe peraltro che la definizione dei nuovi meccanismi di finanziamento risultasse anche finalizzata a incentivare per l'appunto la progressiva generazione dei dati, proseguendo per un verso il percorso già avviato con la costruzione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale, ma introducendo rigorose sanzioni per le regioni che non fornissero con la tempestività e la precisione necessaria le rilevazioni richieste.

In un'ottica di tale tipo assume una stretta attinenza l'intreccio fra:

- la produzione digitale dei dati,
- la loro rilevazione e utilizzazione ai fini della determinazione dei costi standard,
- le tecnologie informatiche utilizzate nel settore (*eHealth*).

Fra questi, assumono particolare rilievo:

- la messa in rete dei medici di base,
- la ricetta elettronica,
- il fascicolo sanitario elettronico,
- i certificati di malattia digitali,
- le prenotazioni on-line.

Valga al riguardo come monito l'esperienza più recente del National Health Service nel Regno Unito, dove il NHS ha destinato quasi 18 miliardi di euro in dieci anni per un sistema di *electronic health record* che si proponeva obiettivi molto ambiziosi (sostituire i preesistenti circa 5.000 diversi sistemi informatici con una infrastruttura nazionale in grado di collegare elettronicamente più di 100.000 medici, 380.000 infermieri e 50.000 altri operatori sanitari) che ancora non funziona, e che ha visto ritirarsi nell'estate scorsa il principale fornitore tecnologico cui era stata affidata la mega commessa, la Fujitsu. Così come va ricordata la potenziale alternativa concettuale costituita dall'approccio di disintermediazione lanciato nell'ultimo anno da Microsoft con HealthVault e da Google con GoogleHealth.

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 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 tariffazione basato su oltre 500 raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG), 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. Cosa si sa. Chi sono i Soggetti preposti alla generazione, alla raccolta e all'utilizzo dei dati per:
 - prescrizioni implicanti spesa:
 - farmaceutica
 - specialistica
 - Schede di dimissione ospedaliere (SDO)

2. In subordine: come si fa dove non si sa, ma dove intanto la spesa è esplosa (piani di rientro)

3. Quali dati vengono raccolti, ma non sono utilizzati:
 - come vengono usati
 - quanto vengono usati
 - quanto si potrebbe 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:
 - appropriatezza
 - 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 inappropriatelyzza
 - Numero di casi di complessità x erogati per struttura
 - b) Prestazioni di assistenza ambulatoriale e farmaceutica

- 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

8. Indicatori di outcome