

Statistica pubblica e sanità: problemi aperti e nuove sfide

Roberta Crialesi

Istituto nazionale di statistica – crialesi@istat.it

versione provvisoria

1. Introduzione

In Italia, così come in numerosi altri Paesi dell'Unione europea, il processo di modernizzazione della società indotto da fattori politici e sociali sta ponendo nuove sfide alla costruzione dell'informazione statistica in area sanitaria.

Principi di base quali l'equità nell'accesso e la qualità dei servizi, ormai ampiamente condivisi nelle società, conducono a domande di politiche specifiche, portando tutti a confrontarsi con valutazioni di impatto delle politiche.

Questa progressiva diffusione di una cultura della valutazione dell'azione politica e di governo ha accentuato la tendenza ad impostare sistemi di monitoraggio basati sulla raccolta di grandi quantità di dati che riguardano anche aspetti molto dettagliati della gestione amministrativa e finanziaria. Senza negare la loro utilità, i sistemi di monitoraggio a livello gestionale e soprattutto di rendicontazione, presentano difficoltà nel generare informazioni utilizzabili per il ridisegno delle politiche. In effetti i dati amministrativi sono maggiormente orientati a fornire misure di output e di attività piuttosto che di outcome e meno ancora di processi.

Persistono dunque difficoltà nel tradurre in scelte operative e organizzative le esigenze poste dal nuovo scenario federalista. L'attuale sistema di indagini, elaborazioni e studi progettuali nell'area sanitaria, frutto della differente attività statistica delle numerose istituzioni e amministrazioni che definiscono l'offerta informativa, riflette questo limite.

In presenza di una realtà molto fluida, la valorizzazione e l'uso dei dati ad ogni livello sono gli strumenti fondamentali per il consolidamento di questo processo, ma anche per instaurare quel circolo virtuoso che dalla crescente disponibilità di dati porta al loro utilizzo e conseguentemente ad un loro incremento qualitativo. Ma è importante raccogliere la sfida di coordinare in maniera efficace "domande" di informazione, almeno in parte diverse: quella – generale – della statistica ufficiale, quella dettata da esigenze di armonizzazione sovranazionale e quella più specifica connessa al governo della sanità. Tutto ciò pone con forza l'obiettivo di governare questa complessità adottando una strategia unitaria all'interno del Sistema statistico nazionale.

2. Elementi di scenario

2.1 Il contesto internazionale

Negli ultimi anni il processo di costruzione del Sistema statistico europeo ha avuto un'accelerazione, ponendo con forza l'esigenza di migliorare la qualità, la tempestività e la comparabilità internazionale delle informazioni necessarie allo sviluppo delle politiche comunitarie.

Fino ad oggi, la raccolta di dati statistici nell'ambito del Sistema statistico europeo e di Eurostat avveniva sulla base di accordi informali, i cosiddetti *gentlemen's agreements*, con gli Stati membri, nell'ambito dei programmi statistici comunitari quinquennali e delle loro componenti annuali. Tale lavoro, che è stato comunque proficuo, è giunto ad un livello di consolidamento tale da consentire di formalizzare le procedure e avanzare una proposta di regolamento quadro.

Il regolamento europeo su "Public health and safety at work"¹ appena approvato dal Parlamento europeo definisce su base legale obblighi e vincoli sui principali flussi informativi della sanità che dovranno essere gradualmente implementati.

Nel nostro Paese, l'impatto che questo regolamento avrà sul sistema di produzione dell'informazione statistica in sanità sarà tutt'altro che trascurabile. Per quanto riguarda gli aspetti più strettamente connessi con il funzionamento dei sistemi sanitari, il regolamento prevede l'obbligo di fornire i dati statistici sulla spesa sanitaria secondo lo schema concettuale del System of Health Accounts (Sha²).

Purtroppo l'Italia sta solo ora affrontando, rispetto al resto dei paesi Ocse, i problemi connessi all'implementazione della metodologia del Sha. L'esperienza internazionale ha mostrato che il raggiungimento di tale obiettivo ha richiesto, a livello di ogni singolo Paese, non solo un impegno politico, ma anche una chiara responsabilità istituzionale con adeguate risorse umane e inoltre la collaborazione a livello nazionale tra tutte le istituzioni che producono informazioni in questo campo.

Queste condizioni solo recentemente hanno trovato una parziale realizzazione nella costituzione, da parte del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di un Gruppo di lavoro (d.m. del 29 gennaio 2008) in cui sono rappresentate tutte le Amministrazioni competenti in materia di spesa sanitaria. Il gruppo, infatti, prevede la partecipazione dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, del Ministero dell'economia - Ragioneria generale dello Stato, dell'Istituto nazionale di statistica e dell'Agenzia italiana del farmaco. Il compito principale del gruppo è stato quello di effettuare una ricognizione delle diverse fonti informative disponibili a livello nazionale al fine di elaborare le metodologie di stima necessarie per ottenere informazioni non direttamente desumibili dalle fonti dati esistenti. L'attività del gruppo di lavoro ha costituito un valido esempio di come si possano ottenere risultati importanti attraverso un approccio multidisciplinare, rispetto alle competenze ed alle istituzioni coinvolte, e

¹ Il regolamento riguarda le attività statistiche svolte ai sensi dell'articolo 285 del Trattato che istituisce la Comunità europea. La produzione di statistiche comunitarie è disciplinata dalle disposizioni del Regolamento del Consiglio (CE) n. 322 del 17 febbraio 1997, modificato dal Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio (CE) n. 1882/2003.

² Il Sha è una metodologia promossa nel 1996 dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) con lo scopo di armonizzare i dati e le classificazioni utilizzate per rilevare la spesa sanitaria, e di migliorare la comparabilità delle informazioni sanitarie tra paesi. La metodologia si basa principalmente su tre dimensioni, cui corrispondono altrettante classificazioni, secondo le quali devono essere organizzati i dati monetari e non monetari relativi al settore sanitario: la dimensione funzionale (Functions) che descrive la tipologia di beni e servizi forniti; la dimensione relativa ai fornitori (Providers) (ospedali, ambulatori, servizi di medicina di base eccetera); la dimensione relativa ai finanziatori (Financing) (Stato, Regioni, assicurazioni private, famiglie eccetera).

multidimensionale rispetto alla molteplicità delle fonti dati utilizzate. Il lavoro svolto da questo gruppo, inoltre, permetterà all'Italia nel 2009 di partecipare per la prima volta alla rilevazione congiunta Oecd-Eurostat-Who dei dati di spesa sanitaria.

Il nuovo regolamento comunitario avrà un impatto notevolissimo anche sulle rilevazioni che sono ormai consolidate, come la rilevazione sulle condizioni di salute e quella sulle cause di morte. In generale si renderà necessario avviare una profonda e generale revisione di lungo periodo dei regolari flussi informativi per adeguare gli standard qualitativi ai livelli imposti dal regolamento.

2.2 Il contesto nazionale

Il processo di produzione e innovazione dell'informazione in ambito sanitario sta scontando gli effetti del profondo mutamento dello scenario politico-istituzionale che si è verificato in questi anni.

La fase attuale rappresenta un ulteriore passaggio dei poteri dallo Stato alle Regioni, attraverso una graduale ma sempre più attuale devoluzione improntata sul principio di sussidiarietà, secondo il quale le decisioni devono essere ricondotte il più vicino possibile al cittadino e alla comunità locale in cui si manifesta il bisogno. Di particolare rilevanza è stato il passaggio da un modello sanitario pubblico universale, che assicurava l'assistenza a tutti i cittadini, ad un sistema che tutela universalmente solo le attività di assistenza ritenute essenziali per i bisogni dei cittadini e la promozione della salute.

Sul piano delle competenze istituzionali la modifica del Titolo V della Costituzione ha affidato alle Regioni il potere legislativo in materia di tutela della salute, introducendo un "federalismo sanitario" caratterizzato da una molteplicità di attori istituzionali. In questo mutato quadro istituzionale lo Stato ha il potere esclusivo di determinare i livelli essenziali di assistenza (Lea) attraverso i quali vengono garantiti il diritto alla salute e l'equità sul territorio nazionale. Spetta, invece, alle Regioni la potestà legislativa concorrente, ovvero la responsabilità diretta del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute. Allo stesso tempo, però, l'autonomia organizzativa delle Aziende sanitarie ha favorito una diversa evoluzione sul territorio dell'offerta e quindi una risposta diversificata delle Regioni ai bisogni sanitari dei residenti. Tutto ciò ha acuito l'esigenza di colmare il divario presente tra le diverse realtà regionali come condizione necessaria per il perseguimento del principio di equità di accesso al sistema sanitario pubblico.

Contemporaneamente alle trasformazioni istituzionali sopradescritte ha preso corpo un importante cambiamento di paradigma, si è passati, infatti, dal concetto di "sanità" a quello di "salute". Questo cambiamento ha comportato il superamento della visione di un servizio sanitario finalizzato alla cura della malattia a favore di una visione basata sull'affermazione della centralità dei bisogni di salute dei cittadini.

In questa nuova ottica diventa sempre più indispensabile prendere in considerazione anche fattori sociali, ambientali ed economici che concorrono alla determinazione dello stato di salute di una popolazione, sollecitando in modo sempre più insistente un dialogo tra il Servizio sanitario nazionale e le altre istituzioni coinvolte nella tutela della salute.

3. Le principali linee di sviluppo dell'informazione in sanità

In questo nuovo e più complesso quadro la statistica pubblica si trova a dover rispondere a domande sempre più articolate, mosse dal mondo della politica e da quello della ricerca e in generale da tutta la società civile la quale, grazie a una crescente sensibilità verso i fenomeni sociali, fa sentire forte l'esigenza di una informazione di maggiore qualità. D'altra parte, la politica recepisce i cambiamenti culturali e le spinte della società e domanda sempre maggiore dettaglio nell'informazione, per poter rispondere all'esigenza di programmazione di politiche sociali chiamate a soddisfare bisogni crescenti, sia in termini numerici, sia in termini qualitativi.

Per rispondere alle esigenze del nuovo scenario, le strategie individuate sono orientate alla valorizzazione dei flussi esistenti e all'ampliamento dell'offerta informativa, allo sviluppo di sistemi statistici integrati di carattere tematico, allo sviluppo dell'armonizzazione in ambito internazionale, alla trasparenza e accessibilità alle informazioni.

3.1 Indagini Multiscopo sulle condizioni di salute della popolazione

L'indagine sulle condizioni di salute e il ricorso dei servizi sanitari fa parte di un patrimonio statistico che è storicamente di supporto alla programmazione sanitaria, in particolare al Piano sanitario nazionale e ai sistemi di monitoraggio, valutazione e controllo sia centrali che territoriali. Si tratta della più grande indagine di questo tipo eseguita nel nostro Paese (60 mila famiglie, circa 120 mila individui) e anche nel resto d'Europa. La dimensione campionaria così estesa è stata voluta dalle Regioni, che hanno partecipato fin dall'inizio alla progettazione di un'indagine che consentisse un livello più analitico di approfondimento con la disponibilità di stime regionali e subregionali a livello di aree vaste.

Oltre alla indiscutibile rilevanza dei risultati, merita particolare attenzione il modello d'indagine realizzato: la progettazione sia dei contenuti che del disegno campionario è stata concertata tra il Ministero della salute e le Regioni insieme con l'Istat, così da corrispondere al fabbisogno conoscitivo della programmazione e della valutazione dei diversi livelli; la realizzazione si è avvantaggiata della collaborazione tecnico-amministrativa delle Regioni; per la valorizzazione dei risultati sono state coinvolte molte competenze scientifiche dal mondo della sanità regionale all'università. Per la prima volta le Regioni hanno dato un contributo così importante e concertato per l'analisi di dati Istat. In sostanza si è costituita una rete di collaborazione scientifica tra le Regioni, il Ministero e l'Istat che rappresenta un valore aggiunto di grande rilievo per le attività di programmazione.

3.2 Sistemi informativi tematici su base territoriale

Nei prossimi anni si tenterà di potenziare sempre di più i sistemi informativi tematici sia attraverso i processi di integrazione di flussi già esistenti sia progettando nuove indagini.

In questo senso, l'Istat ha investito molto su due sistemi che meritano di essere sottolineati per la portata innovativa, per le caratteristiche di flessibilità, trasversalità, comparabilità e per le prospettive di sviluppo. Un nuovo filone di attività si è aperto invece sul versante dell'integrazione di flussi esistenti, potenzialmente riconducibili ad attività e risorse del

sistema sanitario per la stima del personale operante in sanità, un'area questa non ancora coperta dagli sviluppi del Nsis (Nuovo sistema informativo sanitario).

Health for all – Italia³

Il sistema informativo territoriale multifonte su sanità e salute nasce come strumento di analisi e di valutazione ad ampio spettro sulle condizioni di salute della popolazione, sui fattori di rischio, sui bisogni della popolazione e l'accessibilità ai servizi, sulle risorse impegnate, rivolgendo particolare attenzione alla dimensione territoriale.

Il sistema, realizzato in attuazione di accordi presi tra l'Istat e l'Organizzazione mondiale di sanità, include attualmente oltre 4 mila indicatori.

L'uso di uno strumento coerente e univoco su tutto il territorio e la scelta di un set consolidato di indicatori validati e integrati agevola studi comparativi, attività di *benchmarking* a supporto della programmazione e dei processi decisionali. Per questo motivo, *Health for all – Italia*, si è ormai affermato come strumento fondamentale per la predisposizione di relazioni e rapporti sanitari sia a livello nazionale che regionale.

Gli aggiornamenti del *sistema* avvengono con cadenza semestrale/annuale e in prospettiva si intende incrementare la ricchezza di informazioni sia in termini di serie storiche, sia in termini di inclusione di nuove aree tematiche e di nuovi indicatori.

Il sistema informativo sulla disabilità

Un rilevante passo avanti verso il miglioramento dell'informazione statistica nel settore sanitario è quello fatto nell'area della disabilità, grazie al progetto “Sistema informativo sulla disabilità” nato nel dicembre del 1999 con un finanziamento dell'ex Dipartimento degli affari sociali, oggi Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Il sistema si poneva il duplice obiettivo di fornire sia il supporto per l'attuazione e il monitoraggio delle politiche sulla disabilità, come previsto dalla legge 104/92 e successive modifiche (legge 162/98), sia il supporto dell'informazione ai cittadini e alla comunità scientifica nazionale e internazionale.

Il sistema consente attualmente di disporre di un quadro informativo della disabilità sufficientemente ricco e articolato, quale risultato dell'integrazione e della messa a sistema di tutte le fonti dati disponibili sia di natura amministrativa sia di natura campionaria basate su indagini di popolazione.

La complessità dei temi correlati alla disabilità richiede tuttavia un ulteriore sforzo di analisi e di produzione dati, per riuscire a documentare opportunamente lo stato del processo di inclusione sociale che è nelle finalità delle politiche sociali e sanitarie nel nostro Paese.

Tale esigenza è stata enfatizzata nella Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, approvata recentemente e attualmente alla ratifica dei singoli governi, la quale prevede, a garanzia di questi diritti, l'istituzione di sistemi di monitoraggio nei diversi paesi firmatari della Convenzione. Questa esigenza informativa costituirà per il

³ Il sistema è stato in parte finanziato (fino al 2005) con i Fondi strutturali europei a sostegno delle regioni svantaggiate comprese nell'Obiettivo 1 del piano 2000-2006 (per l'Italia: Sud e Isole) con l'obiettivo specifico di offrire assistenza epidemiologica allo sviluppo degli osservatori epidemiologici meridionali. Il sistema è stato successivamente sostenuto anche dal Ministero dell'economia e delle finanze, all'interno del progetto “Informazione statistica territoriale e settoriale per le politiche strutturali 2001-2008”.

futuro un ulteriore stimolo per l'ampliamento e il miglioramento della statistica pubblica su questo argomento.

Inoltre l'accresciuta sensibilità della società verso i diritti delle persone con disabilità è andata di pari passo con il processo di conoscenza delle problematiche legate a questa condizione umana, al fine di cogliere sia le implicazioni di salute sia gli aspetti legati all'inclusione sociale di queste persone.

L'esempio più tangibile di questo processo culturale è rappresentato dalla nuova classificazione dell'Oms "International Classification of Functioning, Disability and Health (Icf)", la quale sposta l'attenzione non più sulla malattia ma sulle componenti della salute. Il nuovo punto di vista proposto con l'Icf è più generale e prende in considerazione anche i contesti socio-culturali e ambientali di vita degli individui, al fine di valutarne le interrelazioni con le condizioni di salute e l'impatto sull'inclusione sociale delle persone. Il compito dell'Istituto in un immediato futuro sarà quello di implementare questi nuovi concetti nelle indagini di popolazione che affrontano questi temi, per rendere all'utente una informazione coerente con quelle che sono le esigenze conoscitive che da essi derivano.

Nella nuova programmazione l'Istat si propone, da un lato di analizzare gli aspetti principali dell'integrazione sociale delle persone con disabilità, l'integrazione scolastica e l'inserimento lavorativo, utilizzando gli strumenti concettuali introdotti con la Icf. Dall'altro lato, si tenterà a completare l'informazione sull'offerta di aiuti e servizi predisposti per realizzare la predetta integrazione.

Integrazione dei flussi informativi sul personale sanitario

Una delle componenti più importanti del settore, sia per la rilevanza in termini di quota di spesa sanitaria assorbita, sia per le esigenze connesse alla programmazione dell'offerta, è relativa al capitale umano. In questo ambito le esigenze informative consolidate a livello internazionale e utili alla programmazione sanitaria del Paese richiedono la disponibilità di dati su tutto il personale operante nel settore sanitario, disaggregabili almeno secondo le caratteristiche definite nello schema del Sha.

Le numerose fonti, statistiche ed amministrative, che forniscono informazioni relativamente al personale in attività nel settore sanitario risultano insufficienti a supportare le esigenze dell'analisi del sistema sanitario pubblico e privato. Tale inadeguatezza deriva sia da problemi di copertura (ad esempio, molte fonti forniscono dati solo per il settore pubblico), sia da problemi di dettaglio delle informazioni (ad esempio, mancanza della qualifica professionale o del tipo di rapporto di lavoro o anche solo di variabili socio-demografiche quali il genere e l'età). A ciò si aggiunga la marcata incoerenza riscontrabile nelle stime attualmente disponibili.

A titolo esemplificativo, i medici dipendenti dal Servizio sanitario nazionale (Ssn) sono circa 105 mila, quelli stimati con l'indagine sulle forze di lavoro (Fol) ammontano a circa 215 mila, mentre il totale degli iscritti all'albo è di oltre 370 mila unità. Nel caso dei dentisti è evidente come la fonte del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali sia del tutto insufficiente per misurare l'offerta: i dentisti dipendenti dal Ssn sono solo 163, quelli stimati con l'indagine Fol sono circa 37 mila e gli iscritti all'albo sono oltre 47 mila.

Per quanto riguarda il personale infermieristico l'incertezza sui numeri è maggiore a causa della varietà di profili professionali esistenti: il personale infermieristico dipendente dal Ssn ammonta a 265 mila unità (comprensivo delle ostetriche che non possono essere conteggiate a parte), la stima Fol è pari a circa 405 mila persone, mentre mettendo insieme i dati del Fnci (albo delle ostetriche) e dell'Ipasvi (albo delle infermiere professionali) il dato è più basso (circa 373 mila), probabilmente perché alcune professioni non sono iscritte a questi due albi professionali.

Obiettivo generale del progetto⁴ appena avviato è quello di mettere a frutto la mole di informazione esistente, facendo “dialogare” le fonti secondo diverse strategie di integrazione e riconciliazione dell'informazione. Specifica attenzione sarà posta ai “metadati” per poter assegnare significato omogeneo a dati di fonti diverse. La molteplicità di informazioni previste sarà organizzata in un *database* che grazie alla possibilità di effettuare *query* personalizzate potrà costituire uno strumento facilmente utilizzabile per quanti operano nel settore sanitario con compiti di programmazione e gestione. Potranno essere proposte indagini speciali per valutare aggregati particolarmente rilevanti per i quali l'informazione non risulti disponibile, né sia possibile ottenere stime.

3.3 Le stime anticipate

Un filone di attività che l'Istat ha intrapreso su alcuni temi del settore sanitario e che intende potenziare per il futuro riguarda le stime anticipate. Come è noto, il dato consolidato è disponibile solo dopo alcuni mesi dall'evento rilevato e lo sfasamento temporale che ne deriva ne limita l'utilizzo per il monitoraggio o la programmazione delle politiche. Per sopperire in parte a tale sfasamento temporale tra dato disponibile e bisogno informativo per l'azione politica si è investito sulla messa a punto di metodologie per ottenere stime anticipate basate sui dati, prodotti dall'Istat e da altre amministrazioni, che via via si rendono disponibili. Una prima esperienza l'Istat la sta svolgendo nell'ambito della produzione di dati sui ricoveri ospedalieri e sulla spesa sanitaria, per i quali sarà possibile anticipare il volume di ricoveri complessivi e la spesa sanitaria alla fine di ogni anno, a partire dai ricoveri e dalla spesa osservata periodicamente con la rilevazione Istat sugli istituti di cura e con i dati della contabilità economica delle Aziende sanitarie locali. Questa linea di attività è svolta nell'ambito di un accordo di convenzione stipulato con il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e rappresenta un esempio virtuoso di valorizzazione di rilevazioni dell'Istituto e dei dati amministrativi correnti a fini di monitoraggio e programmazione.

4. Area mortalità: una sfida importante

Nonostante i notevolissimi avanzamenti che si sono registrati in un arco di tempo peraltro non così esteso, alcuni dei quali ci pongono all'avanguardia in Europa, permangono delle criticità accentuate dall'evoluzione degli scenari nazionali e internazionali.

Il già citato regolamento comunitario “*Regulation (EC) of the European Parliament and of the Council concerning Community statistics on public health and health and*

⁴ In base alla convenzione stipulata con il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

safety at work” prevede l’acquisizione dei dati di mortalità per causa con un ritardo non superiore ai 24 mesi dalla data dell’evento. Nell’ambito della *road map*, indicata dall’Eurostat e sostenuta dai Direttori responsabili delle statistiche sociali degli Stati membri, per le cause di morte è indicata la tempistica per l’adozione di specifici strumenti per garantire la comparabilità e l’armonizzazione dei dati. Tra gli strumenti si ricordano l’utilizzo delle tavole di decisione di Acme per l’identificazione della causa iniziale (che rende necessaria l’assegnazione di tutti i codici di multimorbosità), l’adozione degli aggiornamenti della Icd10 (come stabilito dall’Oms), nonché la revisione, ove opportuno, dei sistemi di raccolta dei dati.

Negli ultimi dieci anni la rilevazione è stata oggetto di una attività di ristrutturazione molto intensa e radicale delle diverse fasi del processo produttivo. Tra i processi innovativi, i più rilevanti sono stati senza dubbio l’automazione della codifica delle cause di morte e l’adozione della decima revisione della classificazione internazionale delle malattie cause di morte (Icd10). Ad oggi la transizione nei metodi di codifica delle cause di morte con il passaggio dalla Icd9 alla Icd10 è completata. L’Istituto ha fatto uno sforzo considerevole, prima collaborando con la Dg Sis dell’ex Ministero della salute alla traduzione e pubblicazione della Icd10, poi ristrutturando interamente le fasi di lavorazione, codifica, controllo e correzione dei dati, operando sulla formazione di personale preposto alla codifica, e producendo la documentazione di aggiornamento della classificazione; infine il rilascio dei dati è stato accompagnato da uno studio di *bridge-coding* per renderli confrontabili con i dati degli anni precedenti (codificati in Icd9).

Parallelamente alcune importanti novità si sono venute configurando a partire dalla riforma sanitaria e con il Regolamento di polizia mortuaria del 1990. L’art. 1 del Regolamento prevede che le Asl abbiano un registro delle cause di morte per fini epidemiologici e a questo fine il Comune oltre ad inviare l’originale della scheda di morte alla Prefettura per il successivo inoltro all’Istat, invia una copia alla Asl. Tutte le Asl hanno quindi un archivio di tali schede, ma in molti casi, per disporre di dati individuali e per produrre elaborazioni statistiche *ad hoc*, sono stati sviluppati registri di cause di morte a livello di Asl e di Regioni, o più spesso registri di Asl coordinati dalla Regione. Sono oramai presenti sul territorio moltissimi registri di mortalità regionale (Rencam del Lazio, Emilia-Romagna, Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Valle d’Aosta, Umbra, Veneto, Lombardia, Puglia, Campania, Basilicata, Sicilia) ed alcuni di questi in fase di raccolta dei dati effettuano confronti con l’anagrafe aggiornando l’anagrafe degli assistiti.

L’esistenza di due flussi informativi, quello sanitario e quello statistico, produce duplicazioni di attività – quali la gestione dei modelli, la registrazione dei dati e la codifica delle informazioni – tra il Sistema statistico nazionale e i sistemi sanitari regionali. L’attuale organizzazione presenta evidentemente delle inefficienze quali duplicazioni di costi, rallentamenti dei tempi e, soprattutto, incoerenza tra i dati rilasciati dai diversi attori coinvolti. D’altra parte la presenza di competenze diffuse nei due sistemi statistico e sanitario rappresenta una opportunità che deve essere necessariamente considerata.

In un’ipotesi di razionalizzazione del flusso occorrerà dunque puntare a:

- ridurre le inefficienze;
- valorizzare le competenze e le specificità del livello locale e del livello nazionale;
- garantire la qualità dell’informazione, secondo i principi della statistica ufficiale.

È pertanto necessario avviare forme di collaborazione e di scambio di esperienze tra i diversi soggetti interessati alla raccolta e all'utilizzo dei dati di mortalità. Questo dovrà avvenire sia con le Regioni che già hanno attivato un registro di mortalità sia con quelle interessate a farlo. Le forme di collaborazione, nonché le soluzioni da adottare dovranno tener conto delle specificità regionali.

Sarà inoltre indispensabile avviare le verifiche formali per un aggiornamento normativo che permetta di identificare i soggetti del sistema e di individuare le soluzioni operative e informatiche più adeguate.

5. Considerazioni conclusive

La produzione di informazioni in ambito sanitario si trova dunque a una svolta importante, dovendo raccogliere la sfida di coordinare in maniera efficace “domande” di informazione almeno in parte diverse: quella – generale – della statistica ufficiale, quella dettata da esigenze di armonizzazione sovranazionale e quella più specifica connessa al governo della sanità.

La centralità della garanzia dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio richiede che il sistema si doti di strumenti valutativi quantitativi e qualitativi della domanda e dell'offerta sanitaria nelle regioni, al netto ovviamente di fattori strutturali e di contesto.

Fondamentale nell'immediato futuro sarà il rafforzamento dell'interscambio informativo tra il livello nazionale e i sistemi sanitari regionali; altrettanto importante sarà la totale implementazione del Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis) che vedrà concretizzare la vasta progettualità attivata nei “Mattoni” del Nsis.

Per gli sviluppi futuri un'attenzione particolare dovrà essere posta alla possibilità di garantire statistiche con un livello di disaggregazione sufficiente a condurre analisi per genere, età, condizione socio-economica e territorio, a livello più fine possibile.

La necessità di disporre di approcci omogenei per l'acquisizione, a livello locale del Ssn, dei dati che verranno successivamente resi disponibili a livello nazionale e regionale, richiama l'attenzione su una questione fondamentale: gli elementi statistici del Sistema informativo sanitario dovranno essere sviluppati in stretta collaborazione con tutti i soggetti attivamente coinvolti nel disegno del Nsis e il Sistema statistico nazionale. Questo aspetto è di straordinaria importanza se si vuole garantire la completa coerenza delle statistiche sanitarie e socio-sanitarie con l'offerta complessiva di informazione statistica pubblica.