

L'informazione statistica a supporto delle decisioni in sanità: le esigenze dell'analisi economica

Barbara Polistena

Università di Roma Tor Vergata – barbara.polistena@uniroma2.it

Federico Spandonaro

Università di Roma Tor Vergata – federico.spandonaro@uniroma2.it

Sintesi

In Italia, così come in tutti i paesi sviluppati, il Sistema sanitario rappresenta una parte importante e crescente dell'economia: malgrado ciò, la ricerca dispone sostanzialmente di sole quattro tipologie di fonti routinariamente disponibili e principalmente a carattere amministrativo e quindi orientate a un approccio di tipo censuario; le informazioni sullo stato morbile della popolazione sono particolarmente carenti. Questo non permette di fornire valutazioni adeguate relativamente all'efficacia, l'efficienza, la qualità, l'equità, e la soddisfazione dei cittadini per i servizi sanitari erogati; in una prospettiva di politica sanitaria, non permette neppure di inferire i bisogni che si dovranno fronteggiare in futuro, per effetto — ad esempio — dell'invecchiamento della popolazione, e quindi l'evoluzione dei costi del sistema sanitario.

È quindi essenziale un maggiore investimento nella raccolta di informazioni, peraltro abbondantemente giustificato dalla citata importanza economica e sociale del settore, attraverso un approccio dinamico quale quello delle rilevazioni campionarie panel. Un approccio di questo genere dovrebbe includere i vari interventi di protezione sociale, integrando la conoscenza dei fenomeni di tipo sanitario, ma anche sociale-assistenziale e previdenziale.

Parole chiave: *indagini dinamiche, integrazione, sistemi di classificazione, determinanti salute, politica sanitaria*

1. Introduzione

Pur con notevoli differenze, i sistemi sanitari sono accomunati dal rappresentare una parte importante, e crescente, della economia dei paesi sviluppati (nel 2006 8,9 per cento del Pil nei paesi Oecd), e una quota altrettanto importante dell'intervento pubblico: la spesa sanitaria pubblica, ancora nei paesi Oecd, rappresenta il 72,8 per cento della spesa sanitaria totale dell'anno 2006, assorbendo in media il 6,8 per cento del Pil.

Per l'Italia è stato stimato che la sanità rappresenta la terza industria del Paese, dopo le imprese manifatturiere e quella delle banche e assicurazioni, con un valore aggiunto diretto e indotto, nel 2008, pari all'11,1 per cento del Pil (*fonte: Confindustria 2008*).

Consideriamo, poi, che tutti abbiamo a che fare con la sanità e frequentemente: gli accessi al pronto soccorso sono in media in Italia pari a 4,9 ogni 100 mila abitanti, a cui nel 16,9 per cento dei casi segue un ricovero; ogni 100 mila abitanti si hanno poi 1.400

ricoveri (acuti regime ordinario); ogni individuo annualmente utilizza in media 8,7 prescrizioni di farmaci eccetera.

I pochi numeri forniti afferiscono alle aree prioritarie di decisione in sanità, a cui la informazione statistica deve ambire a dare supporto: le scelte di politica sanitaria pubblica, quelle di politica industriale, quelle dei cittadini che vogliono scegliere il modo migliore per farsi curare o assistere.

Per poter definire quali informazioni siano prioritariamente utili nei campi sopra citati, è necessario prima interrogarsi su quali debbano essere i quesiti di ricerca.

Alcuni di questi sono all'attenzione dei ricercatori da tempo e possiamo considerarli abbondantemente consolidati.

Senza pretesa di esaustività potremmo elencarli come segue:

- qual è l'efficacia dei servizi sanitari erogati?
- qual è l'efficienza tecnica e allocativa dei servizi sanitari erogati?
- qual è la qualità dei servizi sanitari erogati?
- quanto è equo l'intervento pubblico in sanità?
- quanto sono soddisfatti i cittadini dei servizi ricevuti?
- quali bisogni dovremo fronteggiare nel futuro?
- quale sarà l'evoluzione dei costi dei sistemi sanitari?

Gli obiettivi di ricerca, in qualche modo, impongono le scelte sulle tipologie di informazioni che si rendono prioritariamente necessarie.

La morbilità è una informazione rilevante, essenziale per poter misurare l'efficacia dei servizi, e quindi innescare un processo di programmazione. Insieme al contesto demografico e sociale (ivi compreso quello dei comportamenti), permette anche di inferire quali siano le principali determinanti della salute, l'evoluzione dei bisogni e dei costi.

Per ottenere misure di efficienza è, invece, necessario conoscere i servizi consumati, e anche i costi relativi; l'efficienza allocativa è quella di più difficile valutazione, ma può ricavarsi dalle differenze di performance dei sistemi sanitari locali.

Per la misurazione dell'efficienza tecnica, invece, va ricordato che gli erogatori di prestazioni sanitarie si configurano come aziende multiprofessionali e multiprodotto, rappresentando una sfida rilevante per gli studi econometrici. Street et al. (2006) propongono un approccio sostanzialmente pragmatico (e condivisibile), suggerendo di utilizzare varie tecniche di misurazione e di valutare quindi la robustezza dei risultati in base alla loro coerenza intrinseca; nonostante sia possibile ottenere una buona robustezza statistica dei risultati, non si esauriscono le difficoltà sostanziali, in quanto gli approcci proposti sono generalmente in grado di misurare la quota di inefficienza, senza però fornire indicazioni in merito alle ragioni di tale inefficienza, e anche perché la qualità (si veda il prossimo paragrafo) delle prestazioni rimane tipicamente esclusa dalle valutazioni: le funzioni di produzione sono, infatti, tipicamente espresse in termini di prestazioni e non di incrementi di salute.

La questione della qualità in senso clinico e assistenziale è, peraltro, in larga misura irrisolta e su questo torneremo nel seguito. Quanto meno sarebbe necessario conoscere i livelli di soddisfazione dei cittadini, come anche degli operatori.

Con minori difficoltà, anche sul versante dell'equità, pur essendo state proposte varie misure, manca una generale condivisione.

Dovendo trovare un punto su cui appare più urgente e opportuno sensibilizzare gli utilizzatori, probabilmente quello della consapevolezza dell'imprescindibilità di costruire rapporti per prendere decisioni va citato; in altri termini, appare evidente che considerare i costi del sistema sanitario, prescindendo dal prodotto è altrettanto inutile quanto considerare l'efficacia dei servizi senza conoscerne le risorse impiegate.

Nel seguito proveremo, per alcune delle aree citate, a descrivere i principali limiti delle informazioni attuali; proveremo, quindi, a proporre alcune integrazioni e/o modificazioni che riteniamo possano contribuire a migliorare l'attività di supporto alle decisioni.

2. Limiti delle informazioni attualmente disponibili e proposte di integrazione

Tralasciando i sistemi di rilevazione dello stato morbile della popolazione, peraltro largamente carenti, osserviamo che allo stato attuale la ricerca dispone sostanzialmente di quattro tipologie di fonti routinariamente disponibili:

- rilevazione dell'offerta del Ssn (Servizio sanitario nazionale);
- rilevazione delle attività del Ssn;
- rilevazione dei costi delle aziende sanitarie pubbliche;
- flusso Sdo (Schede di dimissioni ospedaliere);
- consumi farmaceutici.

Ad esse si sommano alcune altre rilevazioni, che pure contengono informazioni estremamente utili, quali l'indagine Multiscopo e quella sui Consumi delle famiglie.

Una prima, evidente, osservazione è che, se escludiamo parzialmente la prima e le ultime due, si tratta di fonti di tipo amministrativo, orientate a un approccio di tipo censuario.

Questo comporta certamente un grande sforzo economico, ma anche tempi molto lunghi per il completamento della raccolta e quasi mai un dato di elevata qualità.

L'osservazione dell'esperienza sin qui svolta dimostra che tali flussi possono essere migliorati, a patto che sussistano condizioni di incentivo alla loro rilevazione (è il caso delle Sdo che, essendo legate al sistema di remunerazione degli ospedali, è un flusso che ha progressivamente migliorato la sua qualità), e sistemi informatici di supporto adeguati (è il caso dei consumi farmaceutici che, grazie alla rete informatica implementata in tutte le farmacie, sono ormai rilevati e messi a disposizione tempestivamente ed esaurientemente).

Da questo punto di vista sembrano esserci le condizioni per avere, in prospettiva, anche un flusso attendibile per quanto concerne le prestazioni specialistiche erogate ambulatorialmente.

Per l'utilizzo di tali informazioni a supporto delle decisioni, e in particolare per le analisi di efficienza ed equità, l'aspetto più critico rimane quello della possibilità di linkage di tali informazioni con quelle relative alle caratteristiche sociodemografiche del percipiente, come anche del "motivo di salute" per cui il consumo viene effettuato.

Si noti che tali informazioni sarebbero in teoria facilmente reperibili, se non ostassero ragioni di privacy e a volte di semplice disinteresse da parte del Ssn, che sembrano però entrambe superabili con un intervento di razionalizzazione dei flussi.

In particolare, il crescente ricorso a tessere sanitarie e a ricette a lettura ottica si spera possa permettere una progressiva integrazione dei flussi di consumo con le caratteristiche del percipiente e della sua malattia/bisogno.

Per quanto concerne invece le attività del Ssn, mancano flussi sistematici per larga parte del sistema di cure primarie: in particolare su frequenza e contenuti dei contatti con la medicina di base, attività domiciliare e residenziale. Per quanto concerne il primo punto, l'unica strada ragionevolmente percorribile sembra essere quella di una indagine campionaria, con frequenza annuale. Tale conclusione discende sia dalla numerosità dei contatti, sia dalla mancanza di un "motivo" amministrativo per la registrazione; si aggiunga, però, che sembra mancare una seria riflessione tesa a classificare le prestazioni, con il rischio di ottenere una congerie di tipologie di prestazioni, differenti più per aspetti amministrativi che sostanziali: è il caso, ad esempio, degli accessi diurni alle strutture residenziali o delle innumerevoli diverse classificazioni degli accessi domiciliari definite regionalmente.

Sembra quindi urgente una riflessione tesa insieme a semplificare e omogeneizzare il sistema di classificazione delle prestazioni, come anche a definire le unità di misura adottate nella rilevazione: negli esempi sopra riportati, le ore professionista (eventualmente per tipologia) erogate sembrano un criterio generalmente migliore del numero di accessi; questi ultimi, infatti, tendono a mascherare importanti differenze nell'intensità assistenziale degli interventi.

Più complessa è la razionalizzazione dei flussi di offerta e dei costi, che ad oggi risultano carenti e/o scarsamente affidabili, non riscontrandosi alcuna delle condizioni precedenti.

Per quanto concerne l'offerta, un elemento estremamente critico appare quello della assenza di geo-referenziazione, condizione ineludibile per poter predisporre analisi di programmazione locale dei servizi, come anche per analizzare i flussi di mobilità dei pazienti.

Un programma nazionale di geo-referenziazione, da offrire anche ai cittadini come servizio (identificazione dei punti di offerta più vicini e delle loro caratteristiche) potrebbe avere buone probabilità di successo, permettere un aggiornamento praticamente in tempo reale delle informazioni e avere costi molto contenuti; introducendo, ad esempio, fra i criteri di accreditamento istituzionale delle strutture operanti in nome e conto del Ssn, o meglio dei Servizi sanitari regionali (Ssr), l'obbligo di inserire i propri dati in un sistema di anagrafe dei fornitori di prestazioni sanitarie, i costi si limiterebbero alla implementazione del sistema di raccolta dei dati.

Infine, consideriamo i cosiddetti flussi Ce, ovvero la rilevazione dei ricavi e dei costi delle aziende sanitarie.

Le problematiche in questo caso sono molteplici: in primo luogo, si riscontra la mancanza di un piano dei conti e di criteri contabili condivisi a livello nazionale, con l'aggravante della complessità derivante del passaggio dalla contabilità finanziaria a quello economico-patrimoniale da parte delle aziende sanitarie pubbliche.

La struttura attuale dei Ce risente, però, di una logica di tipo amministrativo, ereditata dai cosiddetti rendiconti delle Usl, che privilegia la precisa rilevazione dei servizi acquistati in convenzione/accreditamento.

Questo comporta una dicotomia fra registrazione dei costi delle attività a erogazione diretta e dei costi relativi all'acquisizione di servizi: questa realtà non permette di ricostruire il costo né per tipologia di prestazione, né per tipologia di erogatore, vanificando molti tentativi di analisi dell'efficienza dei provider/erogatori.

Stante la difficoltà di accesso alle contabilità analitiche, come anche le difficoltà che si sono incontrate nel tentativo ministeriale di sanare la questione con la realizzazione di una matrice di transcodifica (cosiddetto flusso LA), per l'aggregazione dei costi in tipologia di prestazioni riferite ai Lea (Livelli essenziali di assistenza), sembra necessaria una rivisitazione globale del problema.

In presenza di una molteplicità di dimensioni, che caratterizzano il settore sanitario, è quindi necessario un approfondimento, teso alla definizione di un sistema di classificazione dei fenomeni rilevati coerente e condiviso.

Da questo punto di vista si deve citare il processo di adeguamento del sistema informativo sanitario agli standard statistici internazionali, e in primo luogo al *System of Health Accounts* (Sha) predisposto in sede Oecd.

In particolare, sembra rilevante sottolineare l'apprezzabile struttura matriciale adottata dallo Sha, soprattutto per quella parte basata sulle dimensioni della tipologia di assistenza (funzione) e la tipologia di struttura.

In altri termini, si prende in primo luogo atto che la singola struttura (ad esempio l'ospedale) può erogare prestazioni assistenziali appartenenti a diverse funzioni (acuzie, riabilitazione, diagnostica specialistica, prevenzione eccetera).

In secondo luogo, emerge la consapevolezza della difficile perimetrazione delle tipologie di struttura, risolta con una sostanziale semplificazione che assume alla base della classificazione il luogo di erogazione: ospedali, altre strutture residenziali, ambulatori, farmacie, domicilio.

Si tratta evidentemente di una grande semplificazione, che non nega la possibilità di scendere in ulteriori dettagli al suo interno (ad esempio, con una maggiore specificazione delle tipologie di residenze non ospedaliere), e sembra al contempo assolutamente ragionevole al fine di poter disporre di una base comune di ragionamento.

A ben vedere il sistema di classificazione delle funzioni e delle strutture adottato in Italia non si riconduce a una chiara matrice interpretativa, essendosi piuttosto evoluto disordinatamente con un affastellarsi di tipologie, spesso riconducibili a mere ragioni normative o amministrative, interne al Ssn.

L'attuale impossibilità di ricostruire l'aspetto dell'assistenza specialistica, che pure è economicamente rilevante (e seconda solo all'ospedaliera e alla farmaceutica), è un chiaro esempio di quanto detto: vengono infatti attualmente rilevati i costi relativi ai servizi acquistati da strutture private accreditate, ma non quelli relativi alle prestazioni erogate direttamente dagli ospedali e dalle aziende sanitarie pubbliche, che pure si stima rappresentino il 70 per cento dei costi di specialistica totale. Questi ultimi rimangono confusi fra i costi diretti delle strutture, rendendo impossibile qualsivoglia comparazione in termini di efficienza. Analogo ragionamento può replicarsi per altre

importanti voci assistenziali, quali quelle della residenzialità non ospedaliera e della domiciliare.

Altri aspetti rilevanti riguardano le possibilità di consolidamento delle voci di costo per tipologia di erogatore (ospedali e aziende sanitarie locali), come anche per regione.

Per la redazione del bilancio consolidato viene, infatti, adottato il metodo della integrazione globale che permette di passare dagli stati patrimoniali e dai conti economici di un insieme di aziende ad un solo stato patrimoniale e ad un solo conto economico rappresentativo di questo insieme: obiettivo del consolidato è, evidentemente, quello di rappresentare la situazione reddituale e patrimoniale del gruppo intesa come unica entità economica distinta dalla pluralità dei soggetti che la compongono.

Questo passaggio è quindi fondamentale per fornire un'indicazione reale sulla efficienza del sistema ospedaliero, come anche di quello, cosiddetto, territoriale.

Rimandando al paragrafo seguente l'analisi delle possibili integrazioni alle indagini Multiscopo, concludiamo questa breve disamina segnalando come l'indagine sui consumi delle famiglie possa essere una fonte importante per valutare l'impatto del servizio sanitario sui bilanci delle famiglie, e quindi per elaborare misure di equità (o fairness secondo l'approccio detto del burden space). I limiti maggiori della rilevazione relativamente al fine sopra esposto è quello di non avere indicazioni neppure approssimative sul reddito e sul patrimonio familiare; qualora non sia possibile un'integrazione alla rilevazione campionaria, per le note problematiche relative alla raccolta di dati reddituali e patrimoniali, sarebbe quanto meno auspicabile predisporre condizioni che facilitino il linkage con altre rilevazioni quali European Statistics on Income and Living Conditions (Eu-Silc – indagine sul reddito e sull'esclusione sociale) o l'Analisi dei bilanci delle famiglie della Banca d'Italia.

A tal proposito, sembrerebbe anche utilissimo a fini di valutazione dell'efficacia/efficienza delle politiche sanitarie di compartecipazione, che nella spesa out of pocket fosse possibile distinguere quella per ticket, quella per prestazioni libero-professionali (intra-murarie) e quella relativa a prestazioni acquistate fuori dal Ssn.

3. Le ulteriori necessità informative

Anche in presenza di una possibile, complessiva, razionalizzazione dei flussi esistenti, esistono alcune aree neglette, che richiedono criteri del tutto diversi di approccio.

Un aspetto che sembra particolarmente negletto è quello della rilevazione della qualità dei servizi erogati.

La questione è rilevante sia sul fronte della qualità percepita (customer satisfaction), sia di quello della qualità clinica.

La soddisfazione dei cittadini per i servizi è un'importante dimensione per la valutazione dell'efficienza allocativa delle scelte pubbliche, che andrebbe adeguatamente analizzata.

La misura della qualità, quindi, condiziona tutte le altre valutazioni. Ma il concetto di qualità in sanità è un fenomeno controverso. Donabedian (1990) definisce la qualità nelle cure come *the degree to each health services for individual and populations*

increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge. La qualità nei servizi sanitari è, quindi, un fenomeno multidimensionale, così come espresso dalla maggior parte degli studiosi; ma l'elemento chiave sembra essere la mancanza di accordo tra gli esperti sugli outcomes da analizzare.

Una parziale eccezione è rappresentata dal settore chirurgico, al quale si riferiscono la maggior parte delle applicazioni empiriche; e questo principalmente perché vi è accordo sull'outcome da analizzare, la mortalità, ma anche perché tale ultimo fenomeno è più facilmente rilevabile di quanto non lo siano gli stati di morbilità. Non stupisce, quindi, che la maggior parte degli studi in letteratura siano stati effettuati in ambito chirurgico e, solo di recente, siano stati affiancati da, ancora rari, studi in ambito internistico. In ogni caso, persino in ambito chirurgico, nonostante ci sia un accordo almeno parziale sull'adozione dell'indicatore di mortalità come misura di outcome, non c'è convergenza sull'orizzonte temporale da considerare (ad esempio: mortalità a 30 giorni, a 60 eccetera).

Altro aspetto peculiare che emerge dall'analisi della letteratura, è l'aver concentrato gran parte del dibattito sull'impatto che il volume di attività, in termini di numero di pazienti curati, dei medici e/o delle istituzioni sanitarie in cui operano, ha sulla qualità delle cure erogate e di conseguenza sugli esiti delle malattie; mentre alcuni studi hanno evidenziato una importante correlazione positiva tra un elevato numero di procedure chirurgiche e casi trattati (Birkmeyer 2002 e Khan 2006), altri mettono in dubbio tale relazione (Khuri 2005, Hannan 2005).

Inoltre l'associazione tra volume e outcome, qualora esista, non ha comunque una direzione causale determinata; la correlazione osservata potrebbe essere interpretata tanto nel senso che ospedali di volume maggiore raggiungono migliori esiti, ma anche che ospedali di alta qualità attraggono più pazienti sulla base di un servizio superiore.

Data l'importanza che ha la qualità nell'allocazione delle risorse (si pensi alla chiusura dei posti letto e dei piccoli presidi), la materia richiederebbe un approccio sistematico e approfondito.

Infine, l'importanza economica e sociale del settore sembra giustificare una rilevazione dedicata, estrapolando quindi quanto già previsto nella indagine Multiscopo e integrandola con alcune dimensioni fondamentali per la definizione dei determinanti di salute e l'evoluzione dei bisogni.

Sarebbe utile, in particolare, predisporre una indagine di tipo panel, che rappresenta l'unica modalità capace di fornire indicazioni sull'efficacia delle terapie e sulla evoluzione dei bisogni rispetto alla dinamica demografica, sociale ed economica.

A ben vedere, non si tratterebbe neppure di approntare una rilevazione dedicata alla sanità: l'esperienza europea di Share (*Survey of Health, Ageing and Retirement*), alquanto promettente per gli sviluppi teorici ed empirici che sta permettendo, suggerisce piuttosto l'opportunità di disporre di una rilevazione "cerniera", capace di cogliere le integrazioni e sovrapposizioni dei vari interventi di protezione sociale: di tipo sanitario, ma anche sociale-assistenziale e previdenziale.

Sia in ossequio alla visione olistica della salute proposta dall'Oms, sia alla necessità di comprendere quale sia in prospettiva il reale impatto dell'invecchiamento della popolazione sui bisogni sanitari (è aperto un dibattito a livello internazionale, non ancora risolto, sul fatto se siano il maggiore numero di anziani a far aumentare la spesa sanitaria o i costi di morti intesi come i costi legati alla morte), sia infine alla evidente e

crescente integrazione dei bisogni (sociali e sanitari), ma anche delle tipologie di risposta (prestazioni in natura, in denaro, voucher), una rilevazione che raccolga informazioni sui vari aspetti legati alle fragilità sembra assolutamente di importanza primaria.

Share in effetti è una banca dati multidisciplinare e multi-paese di dati individuali su salute, status socioeconomico e relazioni sociali e familiari degli ultracinquantenni. Al primo studio del 2004 hanno contribuito undici paesi europei che rappresentano un campione delle varie regioni europee; la terza rilevazione, Sharelife, avrà luogo nel 2008-09 e raccoglierà informazioni retrospettive sull'intero ciclo di vita in sedici paesi.

In particolare, i dati raccolti includono variabili di salute (ad esempio, stato di salute percepito, funzionalità fisica, funzionalità cognitiva, comportamenti a rischio salute, utilizzo di strutture mediche), variabili psicologiche (salute psicologica, benessere, livello di soddisfazione), variabili economiche (occupazione, caratteristiche del lavoro, opportunità di lavoro dopo l'età del pensionamento, fonti e composizione del reddito, ricchezza e consumo, beni immobili, istruzione) e variabili di interazione sociale (assistenza all'interno della famiglia, trasferimenti di beni e denaro, relazioni sociali, attività di volontariato).

In altri termini, si riconosce che oggi le politiche sanitarie si trovano ad affrontare la sfida della sostenibilità dei sistemi di tutela universalistici, e sembra evidente che questo richiede la prevenzione dell'insorgenza dei bisogni, ovvero la comprensione dell'eziologia delle principali fonti di patologia, nonché degli sviluppi dei bisogni di una popolazione in rapido invecchiamento. I sistemi informativi attuali hanno, però, il difetto di essere sostanzialmente statici, di essere, quindi, capaci di fotografie dello stato di salute a intervalli discreti di tempo, fra i quali lo sviluppo delle dinamiche demografiche e sociali si modificano in modo non più trascurabile; solo un approccio dinamico, quale quello delle rilevazioni campionarie panel sembra poter, quindi, dare adeguato supporto alle decisioni, in un mondo in rapida evoluzione come quello sanitario.

4. Riflessioni finali

La mole di rilevazioni esistenti è certamente significativa ma risente di:

- scarsa integrazione;
- criteri non coerenti e condivisi di classificazione;
- sostanziale staticità;
- assenza di copertura di ambiti rilevanti per le politiche sanitarie.

Inoltre, non sembra esserci adeguata percezione della crescente (necessità di) integrazione delle politiche di protezione sociale, fattore che si riflette in una carenza di attenzione alle rilevazioni dei fenomeni nel loro complesso.

Questo richiede un maggiore investimento nella raccolta di informazioni, abbondantemente giustificato dall'importanza economica e sociale del settore. Va aggiunto che in parte tale investimento si porrebbe a cavallo delle aree della protezione sociale, non riguardando solo il settore sanitario in senso stretto; infine si consideri che l'eccesso (rispetto ai benefici informativi apportati) di indagini di tipo censuario svolte

a fini amministrativi sembra indicare la possibilità di reindirizzare almeno parzialmente risorse già esistenti.

Infine, segnaliamo come esista un ingente patrimonio informativo che giace presso le aziende sanitarie: malgrado si tratti di informazioni pubbliche, esse sono sotto o nulla utilizzate; trattandosi molto spesso di dati sui consumi dei cittadini afferenti alla Asl, protratti per periodi di tempo a volte significativi, il loro interesse è, però, tale da giustificare una iniziativa apposita, per rendere tale patrimonio accessibile per fini di ricerca e supporto alle decisioni.

Le aree che maggiormente sembrano richiedere interventi, sono quelle:

- dello stato morbile, ma anche della sua eziologia e della sua evoluzione;
- della classificazione delle attività, e in particolare di quelle ricadenti nelle cure primarie;
- della qualità;
- della riclassificazione della spesa per funzioni e tipologia di erogatore.

La rapida adozione dei criteri internazionali, quali Sha, e l'integrazione delle rilevazioni esistenti con un panel dedicato all'integrazione delle politiche di protezione sociale, sembrano essere le reali priorità da affrontare in termini di consolidamento della funzione di supporto alle decisioni.

Riferimenti bibliografici

- Birkmeyer N.J.O., Birkmeyer, J.D. (2006) Strategies for Improving Surgical Quality – Should Payers Reward Excellence or Effort?, *The new england journal of medicine*, 354; 8.
- Berger J. (1990) Robust Bayesian analysis: sensitivity to prior, *Journal Statistical Planning and Inference*, 25, 303-328.
- Campari, L. Spennagallo (2005) Management della Sanità, Il flusso informativo dell'area socio assistenziale e lo sviluppo del nuovo sistema informativo sanitario nazionale.
- Doglia M. e Spandonaro F. (2007) Distribuzione e cause dell'impoverimento e delle spese catastrofiche: le modifiche del quadro equitativo nel Ssn, in *Rapporto Ceis – Sanità 2007*, Iep, Roma.
- Doglia M. e Spandonaro F. (2007) Burden space measures of equity: determinants for impoverishment and catastrophic payments, presentato al sesto congresso mondiale dell'Ihea "Explorations in Health Economics", Copenhagen.
- Donabedian A. (1966) Evaluating the quality of medical care, *Milbank Mem Fund Q: Suppl*:166-206.
- eHealth Era report (2007) Fact sheet – Italy, in: *eHealth priorities and strategies in European countries*, 48-49.
- Getzen TE (1992) Population Ageing and the Growth of Health Expenditure *Journal of Gerontology*, 1992; 47:259-270.

- Istat (2004) La povertà assoluta: informazioni sulla metodologia di stima, *Statistiche in breve*, 30 giugno 2004.
- Istat (2006) La povertà relativa in Italia nel 2006, *Statistiche in breve*, ottobre 2007.
- Istat (2008) L'indagine europea sui redditi e le condizioni di vita delle famiglie (Eu-Silc).
- Jacobs R., Smith P. C. e Street A. (2006) Measuring Efficiency in: *Health Care: Analytic Techniques and Health Policy*. University Press, Cambridge, United Kingdom.
- Kahn J.M., Goss C.H., Heagerty P.J. et al. (2006) Hospitals volume and the outcomes of mechanical ventilation, *The New England Journal of Medicine*, 355: 41-50.
- Khuri S.F., Henderson W.G. (2005) The Case Against Volume as a Measure of Quality of Surgical Care. *World Journal of Surgery* 29, 1222-1229 DOI: 10.1007/s00268-005-7987-6.
- Khuri S.F., Henderson W.G. (2002) The comparative assessment and improvement of quality of surgical care in the Department of Veterans Affairs, *Arch Surg* 137:20-7.
- Murray Cjl et al. (2003) Assessing the Distribution of Household Financial Contribution to the Health System: Concepts and Empirical Application, *Health System Performance Assessments*, Who, Ginevra.
- Oecd (2000) *A system of health Account*.
- Progetto Mattoni Ssn (2006) Misura dei Costi del Ssn. Metodologia per il consolidamento nazionale dei bilanci delle Asl.
- Reinhardt U.E., Hussey P.S., Anderson (2004) GF. U.S. health care spending in an international context. *Health Aff. (Millwood)*. 2004; 23:10-25.
- Wagstaff A. (2001) Measuring Equity in Health Care Financing: Reflections on and Alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financing Index, Development Research Group and Human Development Network, World Bank.