

16 dicembre
ore 11:30
sala A

Sessione parallela 9

L'informazione statistica a supporto delle decisioni in sanità

Coordina: Giovanni Girone

Evidenziare la necessità di diffondere nelle organizzazioni sanitarie la cultura dell'utilizzo di informazioni adeguate a supporto di decisioni e valutazioni. Individuare strumenti che consentano di operare scelte nel campo della programmazione, delle tecnologie e della valutazione degli esiti dell'assistenza in ambito sanitario.

L'informazione statistica a supporto delle decisioni in sanità*Anna Banchemo***L'informazione statistica per orientare la pianificazione
socio-sanitaria, supportare una distribuzione equa delle risorse
e per rispondere alla domanda di salute delle persone con fragilità**

La relazione si pone l'obiettivo di sviluppare i punti di seguito descritti.

Le recenti valutazioni sulla spesa sanitaria e gli stessi Piani di rientro, predisposti per riallineare i disavanzi di alcune regioni ai costi medi del sistema sanitario, dimostrano come troppo spesso si programmi senza il supporto della misurazione dei fenomeni. L'abnorme sviluppo della rete ospedaliera a sfavore di efficienti servizi territoriali aumenta i costi e non risponde alle esigenze della popolazione anziana che oggi, nel 50 per cento delle regioni, supera il 22 per cento della popolazione, per toccare il 25 per cento in alcune regioni del Nord Italia. La mancata o scarsa valutazione di fenomeni come l'invecchiamento ha portato allo sviluppo di un sistema sanitario che in diverse situazioni risponde in maniera poco appropriata ai problemi delle fragilità, di cui gli anziani sono la parte preponderante.

Molte regioni, di fronte a carenze del sistema informativo sanitario nazionale, hanno attivato proprie indagini, particolarmente nell'area della terza età e della disabilità. Per altri versi, l'Istat ha sviluppato anch'esso studi e ricerche sui presidi residenziali che non sempre si adattano alle necessità regionali. Questo ha portato al proliferare di inchieste che non si correlano (una recente ricerca condotta dall'Agenas sui costi collegati alla non autosufficienza ha dimostrato la scarsa correlazione delle diverse indagini ai fini dei dati di spesa e dei profili delle persone assistite). I "mattoni sanitari" sono stati una forte occasione di condivisione, tra Stato e Regioni, di un Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis), uscendo anche dalla tradizionale misurazione di dati prevalentemente ospedalieri per entrare in valutazioni sulla domiciliarità e residenzialità extraospedaliera, più vicine a misurare il fenomeno della non autosufficienza.

Anche sul versante sociale le Regioni, particolarmente dopo le norme di modifica costituzionale collegate alla revisione del titolo V, hanno sviluppato diversi sistemi di raccolta dati che, in una fattiva collaborazione con l'Istat, sono confluiti nell'indagine sulla spesa sociale. Tale indagine, da quattro anni, offre non solo dati di spesa ma ha portato le Regioni a rivedere anche le declaratorie dei servizi, per rendere omogenei e maggiormente trasparenti i loro contenuti. Tutto questo è certamente a favore dei cittadini (esperienza del nomenclatore delle prestazioni sui servizi per la prima infanzia e attualmente sulla generalità dei servizi sociali).

Di fronte a una nuova e più consistente autonomia regionale voluta dal federalismo, è necessario trovare tra i diversi enti (Regioni, Ministeri, Istat, grossi istituti come il Censis eccetera) *convergenze sui temi da approfondire*, in maniera da non disperdere la visione unitaria dei problemi, pur nelle declinazioni favorevoli alle diverse realtà regionali.

Riepilogando: è fondamentale riconoscere l'importanza della misurazione dei fenomeni per programmare su ipotesi definite e sostenute da informazioni. Il sistema informativo nazionale e i sistemi attivati dalle Regioni si "incrociano" con altri sistemi: da quello dell'Istat (ente deputato alla misurazione dei fenomeni sociali) a sistemi di istituti specializzati, a carattere universitario e non. È necessario un coordinamento per migliorare il dato e per razionalizzare tempo e spesa dedicati a misurare i fenomeni. Le acquisizioni in campo socio-sanitario vanno "concertate".

L'informazione statistica a supporto delle decisioni in sanità*Antonio Battista***Stato di salute, informazione statistica e programmazione
socio-sanitaria**

I piani sanitari regionali, che definiscono le scelte di politica socio-sanitaria di ciascuna regione, sono in genere elaborati sulla base delle indicazioni contenute nel Piano sanitario nazionale e sui Livelli essenziali di assistenza (Lea), così come individuati dalla specifica normativa.

Dal Piano sanitario regionale discende una serie di documenti di programmazione attuativi, dei quali i più conosciuti, anche per il ruolo svolto dai mezzi di informazione, sono quelli riguardanti la rete ospedaliera.

Perché i servizi previsti, il loro dimensionamento e la loro distribuzione sul territorio rispondano agli effettivi bisogni di salute, è indispensabile una corretta programmazione con altrettanto corretta allocazione delle risorse, necessarie sia in termini di investimento che per il loro funzionamento.

Diventa pertanto fondamentale la conoscenza dello stato di salute della popolazione che si intende servire, ottenuta anche attraverso l'utilizzo di informazioni statistiche.

A titolo di esempio si cita il sistema di indagini sociali multiscopo che comprende, tra l'altro, un'indagine tematica sulle condizioni di salute e sul ricorso ai servizi sanitari, che si articola in aree di indagine riguardanti anche lo stato di salute, gli stili di vita, i fattori di rischio, la prevenzione.

L'informazione statistica a supporto delle decisioni in sanità*Cesare Cislighi***L'informazione per la decisione: l'esperienza del gruppo interregionale di analisi dei dati dell'indagine Multiscopo salute 2005**

La relazione ha l'obiettivo di evidenziare la necessità di diffondere nelle organizzazioni sanitarie la cultura dell'utilizzo di informazioni adeguate a supporto di decisioni e valutazioni e di individuare strumenti che consentano di operare scelte nel campo della programmazione sanitaria ai vari livelli, delle tecnologie sanitarie, della valutazione degli esiti dell'assistenza sanitaria.

Perché un dato non sia solo un'immagine contemplativa della realtà, infatti, deve avere una potenzialità informativa, deve cioè esser capace di influenzare le attività incidendo sui processi decisionali.

Perché un dato possa generare informazione sono però necessarie almeno tre condizioni, e cioè:

- che il potenziale fruitore abbia la volontà di usarlo;
- che abbia la capacità di capirlo;
- che il dato abbia la potenzialità di modificare la probabilità di cambiamento dei comportamenti, sia aumentandola sia diminuendola, e quindi in tal caso confermando l'attuale situazione.

Rispetto alla volontà del fruitore può accadere che egli abbia la volontà esplicita di rifiutarlo, e allora è quasi impossibile intervenire, oppure che egli pensi che il dato non gli è utile, e allora è importante che gli venga fatto capire il contrario. In ogni caso, ciò che maggiormente modifica la volontà dei possibili fruitori è il loro coinvolgimento partecipato ai processi informativi.

Rispetto alla capacità del fruitore a capire il dato, ciò che si può fare è sia lavorare per rendere maggiormente comprensibile il dato stesso aumentando la trasparenza nella comunicazione, sia favorire l'inserimento nei processi decisionali di operatori intermedi, che potremmo chiamare "mediatori informativi", con il ruolo di trasformare il dato quantitativo in una informazione qualitativa orientata alle decisioni da assumere. È infatti generalizzata l'incapacità del decisore di acquisire direttamente l'informazione dal dato originale, vuoi anche solo per mancanza di tempo. Anche per la capacità comprensiva, la partecipazione dei fruitori ai processi informativi è una componente rilevante.

Rispetto, infine, alla informatività del dato si deve ricercare la massima congruità del processo informativo con il processo decisionale, sia rispettando la congruità areale, cioè la riferibilità allo stesso insieme territoriale, sia garantendo la corrispondenza del contenuto informativo all'interrogativo decisionale, sia salvaguardando la tempestività in funzione dei tempi decisionali. Anche per favorire questo elemento dell'informatività è rilevante la partecipazione dei possibili fruitori all'impostazione e all'esecuzione dei processi informativi.

È conseguenza di queste riflessioni l'opinione che i sistemi informativi debbano riformarsi, abbandonando la pretesa di essere delle agenzie centrali "detentrici" e imparando a essere invece delle agenzie centrali "regolatrici". I sistemi che enfatizzano la componente di "detenzione" evidenziano lentezza dei processi, estraneità dei fruitori, risorse dedicate soprattutto alle funzioni organizzative, mancanza di feedback uso-qualità-uso; è più facile, invece, che i sistemi con funzione prevalente di "regolazione" mostrino caratteristiche di velocità di circolazione dei dati, di partecipazione dei fruitori, di risorse dedicate maggiormente alla qualità e alla omogeneità, e infine di presenza del feedback uso-qualità-uso. I sistemi con agenzie centrali di regolazione permettono, inoltre, una maggiore integrazione di sistemi informativi differenti ma convergenti sugli stessi oggetti decisionali. Parlando di agenzie centrali, ci si riferisce non solo alla scala nazionale ma anche regionale o zonale. E l'incapacità, sovente evidenziata, dei sistemi di parlarsi tra loro deriva proprio dall'enfasi data alla componente di detenzione. Il dato deve esser "detenuto" dal fruitore mentre ai livelli superiori vi deve essere solo la più agile circolazione dello stesso e l'applicazione di criteri di omogeneità e correttezza. In tal modo viene anche capovolto il problema della privacy, dal momento che non vi è più prelevabilità del dato se non dai punti dove è riconosciuta la necessità.

La breve relazione svilupperà queste idee, esemplificando con casi reali del settore sanitario e, in particolare, riferendosi all'impostazione e all'utilizzo dell'indagine Multiscopo salute 2005.

L'informazione statistica a supporto delle decisioni in sanità*Roberta Crialesi***Statistica pubblica e sanità: problemi aperti e nuove sfide**

L'attuale sistema di indagini, elaborazioni e studi progettuali nell'area sanitaria, contemplati nell'attuale Programma statistico nazionale, riflette necessariamente la differente attività statistica delle numerose istituzioni e amministrazioni che definiscono l'offerta informativa. Sicuramente persistono difficoltà nel tradurre in scelte operative e organizzative le necessità di adeguamento alle esigenze poste dal nuovo scenario federalista.

La fase attuale, infatti, rappresenta un ulteriore passaggio dal decentramento dei poteri dallo Stato alle Regioni a una sempre più attuale devoluzione, improntata alla sussidiarietà.

La progressiva diffusione di una cultura della valutazione dell'azione politica e di governo ha accentuato la tendenza a 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 quando si vogliono 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.

Al livello centrale compete l'onere di confrontare i vari sistemi regionali in termini d'efficacia, efficienza, equità, sostenibilità economica e gradimento da parte degli utenti e degli operatori.

Un ulteriore aspetto di complessità deriva dall'accelerazione del processo di costruzione del Sistema statistico europeo, che pone con forza l'esigenza di migliorare la comparabilità internazionale delle informazioni necessarie allo sviluppo delle politiche comunitarie.

Il Regolamento europeo su *Public health and safety at work*, appena approvato dal Parlamento europeo, definisce su base legale obblighi e vincoli sui principali flussi informativi della sanità; difficilmente saremo in grado di ottemperarvi senza una riflessione generale da parte di tutti i soggetti del sistema.

La produzione di informazioni in ambito sanitario è dunque a una svolta importante, deve 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.

Per rispondere alle esigenze del nuovo scenario, le strade percorse hanno puntato 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.

Occorre al contempo osservare che un grandissimo lavoro è stato fatto all'insegna dell'integrazione e dello sviluppo di sinergie tra le istituzioni, ai diversi livelli di responsabilità. Nella relazione si darà conto di quelle che sono state le realizzazioni più rilevanti e innovative nel programma di settore.

Non mancano, infatti, esempi di eccellente collaborazione interistituzionale, in primo luogo quello attuato per l'indagine Multiscopo sulle condizioni di salute, ma si possono citare anche il gruppo di lavoro interistituzionale sul System of Health Account (Sha), i progetti di ricerca finalizzati al potenziamento dell'informazione statistica sull'offerta e l'attività del settore della sanità pubblica e privata, previsti nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (Siveas), la rilevazione censuaria sulla spesa socioassistenziale dei comuni.

Tuttavia lo scenario delle informazioni quantitative, a oggi disponibili per un approccio sistematico alla conoscenza della realtà sanitaria italiana, non sembra ancora sufficientemente adeguato. Tra gli elementi di criticità vi è il persistere di un quadro frammentario ed eterogeneo, con forti differenziazioni qualitative e quantitative sul territorio.

Tutto ciò pone con forza l'obiettivo di governare questa complessità adottando una strategia unitaria all'interno del Sistema statistico nazionale. Questo significa investire nel rilancio di una statistica pubblica di qualità, accrescendo la consapevolezza della funzione statistica e la capacità di costruzione dell'informazione statistica.

L'informazione statistica a supporto delle decisioni in sanità*Norberto Cau***Il finanziamento del Sistema sanitario nazionale**

L'intervento tratta i temi riguardanti:

- il finanziamento dei sistemi sanitari;
- la remunerazione degli erogatori;
- i criteri di riparto delle risorse e i conflitti tra le regioni in relazione alla pesatura della popolazione;
- il federalismo fiscale e il costo standard.

Nel passaggio dal regime della prima riforma sanitaria di cui alla legge 833/78, caratterizzata da anticipazioni finanziarie alle Regioni e da queste alle UU.SS.LL. con periodici ripiani a piè di lista, al regime della riforma bis di cui al d.lgs. 502/92 e successive modificazioni, si è posta in maniera sempre più forte l'esigenza di individuare criteri di riparto del fondo sanitario nazionale (oggi riparto in relazione al fabbisogno delle regioni). Per gli anni 1995 e 1996 è stato adottato il criterio del riparto in base all'unico parametro costituito dalla numerosità della popolazione (non pesata).

Tale criterio è stato contrastato dalle regioni con popolazione più anziana.

La legge 662/96 (legge finanziaria 1997) ha introdotto il criterio di riparto attraverso individuazione della quota capitaria mediante identificazione dei pesi da attribuire ai seguenti elementi: popolazione residente, frequenza dei consumi per età e sesso, tassi di mortalità, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni.

L'attuazione della suddetta disposizione, avvenuta gradualmente in tre anni dal 1997 al 1999, ha creato non pochi conflitti tra le regioni. Ciò anche perché, sostanzialmente, è stato utilizzato solo il parametro della frequenza di consumi per classi di età che ha favorito le regioni più "anziane". Altri parametri non sono stati utilizzati, sia per scarsa volontà politica della maggioranza delle regioni sia per la difficoltà di elaborare dei pesi con sufficiente validità scientifica. Non è stato promosso un approccio di tipo statistico mediante indagini e studi che potevano essere utili allo scopo. Il problema si ripropone con l'introduzione dei concetti di fabbisogno di prestazioni e costo standard introdotti dal disegno di legge sul federalismo fiscale.

L'informazione statistica a supporto delle decisioni in sanità

Federico Spandonaro

**L'informazione statistica a supporto delle decisioni in sanità:
l'esigenza dell'analisi economica**

La relazione tenderà a evidenziare alcune linee di sviluppo che potrebbero essere intraprese al fine di rendere i sistemi informativi sanitari maggiormente capaci di supportare le decisioni.

A tal fine si ritiene che tre aree di intervento vadano prioritariamente privilegiate:

- la ridefinizione e classificazione delle unità di analisi;
- la diffusione fra gli utilizzatori della consapevolezza che a fini decisionali è necessario disporre di rapporti fra grandezze (tipicamente misure di efficienza, di efficacia e di equità);
- il superamento della logica della raccolta di dati finalizzata a logiche (esclusivamente) amministrative.

Il primo punto discende dalla necessità di una cornice in cui inquadrare le analisi, rendendole confrontabili e coerenti. A fini interpretativi e di confronto risulta, infatti, fondamentale che definizioni e classificazioni siano inequivocabili e condivise; in sanità è però tutt'altro che banale ottenere questo risultato: ad esempio, sul lato della domanda, si pensi alla sostanziale differenza che esiste fra disabilità e autosufficienza in termini di programmazione dei servizi di *Long Term Care* e alla difficoltà di definire la seconda categoria; sul lato dell'offerta si pensi, ad esempio, alla nozione di ospedale o residenza sanitaria: nelle strutture convivono oggi regimi assistenziali così diversi da rendere difficile la loro comparazione; sempre sul lato dell'offerta, ci si scontra con la difficoltà di definire quale sia il confine delle cure primarie, ovvero di quelle specialistiche, malgrado la maggioranza delle politiche sia tesa a promuovere le prime; infine, anche la classificazione degli output risulta sfidante: un ricovero diurno quanto (e perché?) si differenzia da un *day service* o da un intervento ambulatoriale?

Allo stato attuale, nel sistema informativo sanitario italiano “convivono” classificazioni internazionali (la logica Sec e anche quella dei *System of Health Accounts*), insieme a classificazioni derivanti da logiche di tipo amministrativo, spesso prone a logiche autoreferenziali del Servizio sanitario nazionale (si pensi alla cosiddetta spesa per funzioni che, ad esempio, frammenta l'attività fra diretta e convenzionata, rendendo inintelligibili le funzioni assistenziali): appare evidente come sarebbe auspicabile, quanto meno, rendere transcodificabili questi approcci.

Il secondo punto fa riferimento alla necessità di superare la logica delle analisi descrittive, che nel passato ha portato il decisore a ragionare in termini di mera offerta; a riprova di ciò spesse volte la programmazione si è basata su indicatori di struttura o di attività, o di produttività (degenza media, tasso di occupazione dei letti), tralasciando una lettura dei livelli e delle dinamiche dell'efficienza, efficacia, qualità ed equità dei sistemi sanitari.

Le misure da ultimo richiamate sono certamente controverse in sanità ma, ciò non di meno, non è possibile esimersi da una loro valutazione, qualora si voglia supportare un processo decisionale razionale; quest'ultimo ha superato (o dovrebbe aver superato) la logica della mera programmazione dell'offerta, in favore dell'analisi e incentivazione di comportamenti virtuosi (sia di produzione/erogazione, che di domanda/consumo).

La conoscenza dei bisogni rimane fondamentale per impostare le azioni pubbliche ma, affinché sia possibile prendere decisioni informate sulle politiche sanitarie, essa deve integrarsi con le analisi sui nessi causali fra politiche sanitarie e comportamenti degli attori del sistema, ovvero sugli effetti delle politiche stesse.

Il terzo punto riguarda la necessità di (ri)valutare l'opportunità di concentrare l'investimento di risorse nella raccolta di dati (“censuari”) per fini amministrativi: sebbene sia indubbio che negli ultimi anni si è assistito a un miglioramento della qualità dei flussi (almeno quello delle Schede di dimissioni ospedaliere – Sdo – e quello della farmaceutica), rimangono limiti molto forti al loro utilizzo, vuoi per mancanza di informazioni di supporto, quali ad esempio informazioni demografiche e socioeconomiche dei percipienti le prestazioni, vuoi per la pratica impossibilità di censire in modo totale i fenomeni.

Una, a volte anche modesta, integrazione dei suddetti dati con informazioni demografiche e socioeconomiche, accompagnata da un uso mirato di indagini campionarie, certamente potrebbe migliorare quantità e qualità delle informazioni disponibili, presumibilmente anche riducendo i costi di raccolta delle informazioni stesse.

La relazione proporrà, infine, alcune integrazioni del sistema informativo, finalizzate a dare supporto al processo decisionale in tema di politiche sanitarie, concentrandosi sui temi attualmente prioritari nel dibattito interno, quali: costo standard dell'assistenza, equità dei Servizi sanitari regionali (Ssr), garanzia dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), accesso alle cure, fattori determinanti per la salute e per la spesa dell'assistenza socio-sanitaria.