

Il nuovo sistema informativo sanitario nazionale

Un dubbio appare legittimo soprattutto dopo la presentazione del ministero della Salute dei risultati del progetto "Mattoni". In particolare si fa riferimento alla strutturazione di nuove schede di rilevamento da affidare a Mmg e distretto per raccogliere dati sull'assistenza primaria in modo da monitorare la si-

tuazione e avere la possibilità di raddrizzare le storture esistenti in questa area. Una nuova incombenza per i medici di famiglia che non si capisce se diventerà uno strumento per la crescita professionale, anche in termini economici, o solo un peso, oppure una "supplente" della Guardia di Finanza.

Creare un "linguaggio comune" tra tutte le Regioni italiane: è questo l'obiettivo del NSIS, il Nuovo sistema informativo sanitario creato per diventare, con le informazioni raccolte attraverso la nuova Tessera sanitaria e le cartelle cliniche informatizzate, lo strumento essenziale per il governo della sanità a livello locale, regionale e nazionale, mettendo a disposizione dati che, per quantità, qualità e tempestività, possano supportare adeguatamente sia le Regioni, nell'attività di programmazione, organizzazione e controllo sul funzionamento delle strutture sanitarie, sia gli organi centrali nella loro funzione di garanzia dell'applicazione uniforme dei Lea su tutto il territorio nazionale.

I 15 Mattoni

È per questo che nel 2003 il ministero della Salute ha deciso di rifondare il NSIS poggiandolo su 15 "Mattoni" (figura 1), ovvero 15 aree (dalla classificazione di strutture, ospedali e prestazioni ambulatoriali a tempi d'attesa, prestazioni farmaceutiche, assistenza residenziale e sul territorio, costi del Ssn e sistema del Pronto soccorso) nelle quali riclassificare la raccolta dati a partire da una rilettura profonda e attenta dei tratti unificanti dei servizi sanitari regionali. In concreto, centro e periferia hanno condotto una maxi-operazione di riordino del servizio

pubblico, con l'obiettivo di arrivare a un monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (Lea) sulla base di standard uniformi su tutto il territorio nazionale e utilizzando un "linguaggio comune" in modo da avere metodi di misurazione e codici comuni per riclassificare strutture, centri e prestazioni. A guidare il progetto una 'cabina di regia' Stato-Regioni cui hanno partecipato rappresentanti del ministero della Salute e dell'Economia, mentre i 15 tavoli di lavoro sono stati assegnati a regioni capofila e all'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr). Qualche settimana fa il progetto è terminato e, alla presenza del ministro Livia Turco, sono stati presentati i suoi risultati. Il 13° "mattoncino", quello che si è occupato di Assistenza domiciliare e primaria, ha scattato una fotografia del sistema a oggi e ha predisposto delle nuove schede di rilevamento sul fabbisogno di salute e sulle risposte che i medici danno, da affidare a Mmg e distretto. La domanda che ci si pone è se tali schede funzioneranno come leve di appropriatezza, oppure come nuovi strumenti di "tortura burocratica", per mettere ancora una volta "sotto torchio" i Mmg.

Il tredicesimo mattone

Il 13° "mattoncino" è stato il segmento del progetto che ha dovuto definire una base informativa comune - cioè un'istantanea dello stato dell'arte e

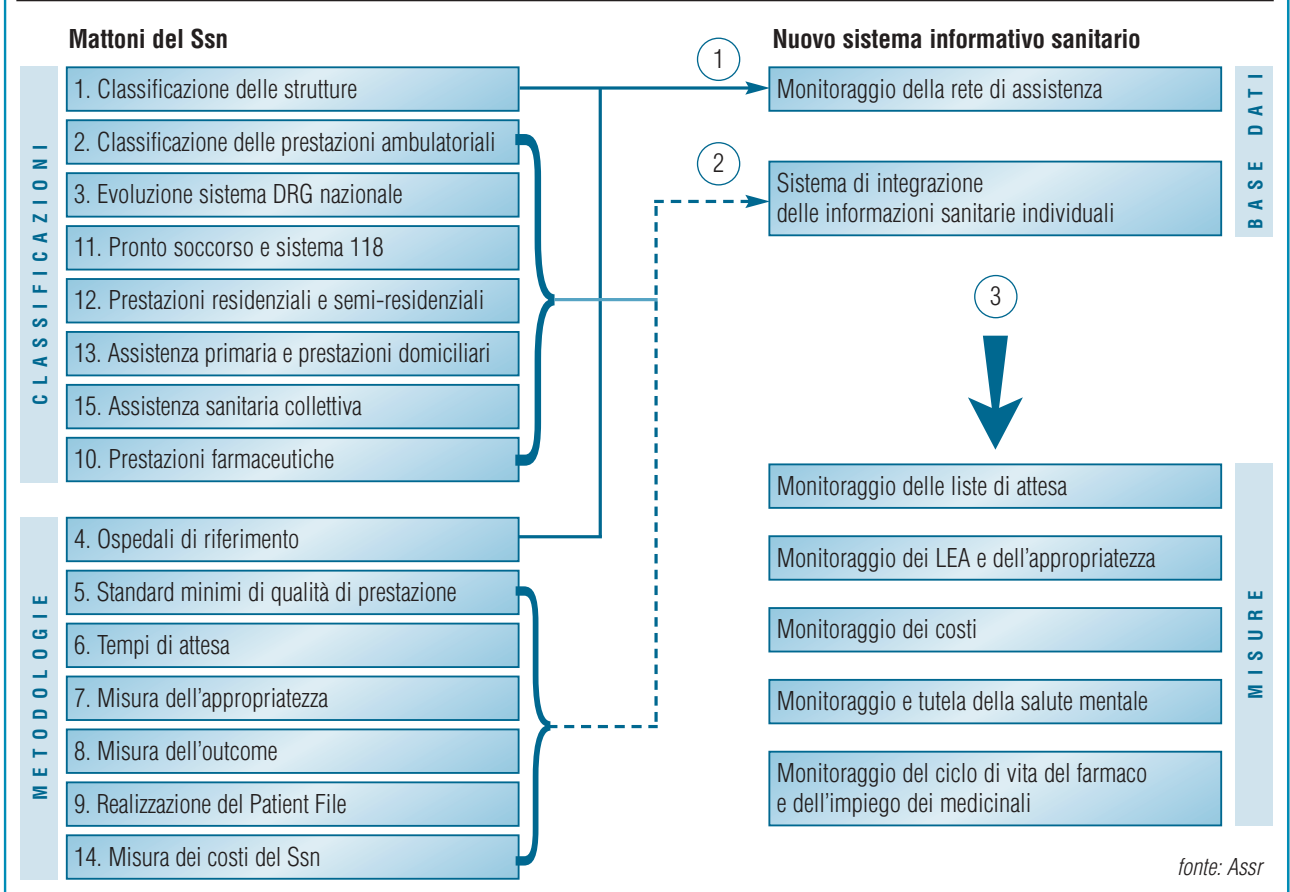
dei nuovi formulari di raccolta dati - per le prestazioni erogate in regime di assistenza primaria e domiciliare, che fosse in grado di soddisfare le necessità conoscitive dei diversi livelli di gestione e di governo del Ssn. Al gruppo di lavoro ristretto, coordinato dalle Regioni Puglia e Lombardia, hanno partecipato, oltre ai rappresentanti di ministero della Salute e Assr, le Regioni Toscana, Campania, Emilia Romagna, Umbria, Marche e Veneto. Guardando alle scelte regionali, è emerso che ancor più che in passato si punta sullo sviluppo dell'assistenza primaria, principalmente tramite la realizzazione di forme di aggregazione di tipo innovativo tra i diversi professionisti sanitari del territorio, a partire dai medici di medicina generale. Le Regioni stanno orientandosi a promuovere forme organizzative evolute della medicina primaria, pur con modalità diverse.

I più recenti orientamenti regionali, secondo gli esperti che si sono confrontati nel gruppo di lavoro, tendono a distinguere le due attività principali da garantire e in particolare:

- la funzione di produzione di servizi, che comprende tutte le cure primarie, nella quale si ricercano modalità nuove per rendere il medico di medicina generale più coinvolto negli obiettivi e nei programmi di tutela della salute della Asl e del distretto, con forme nuove di associazione

Figura 1

A che cosa servono i 15 Mattoni



su programmi e servizi (gruppi e nuclei di cure primarie);

■ *la funzione di tutela/committenza*, ossia di valutazione del bisogno di salute, e la sua traduzione in obiettivi e attività da svolgere, coinvolgendo i diversi attori nel campo sanitario e sociale, e valutando l'opportunità/possibilità di svolgere tali attività direttamente o di acquistarle da soggetti accreditati. In questo ambito di attività, che riguarda il governo del territorio, diviene centrale la figura del responsabile del distretto e il rapporto con gli Enti locali.

Questi diversi modelli regionali e aziendali, però, secondo gli esperti hanno alcune caratteristiche in comune, che riguardano la scelta di innovare le cure primarie superando la tradizionale modalità di lavoro da "solista" del medico di medicina generale.

■ Le informazioni da raccogliere

Il gruppo di lavoro, grazie anche al confronto con le organizzazioni della medicina di famiglia, alla conoscenza dei meccanismi di raccolta di dati messi a punto dagli stessi Mmg e agli approfondimenti fatti nel corso degli incontri, è arrivato a strutturare una scheda per la rilevazione dei principali flussi riguardanti l'assistenza primaria, che consente di acquisire informazioni sui livelli di prestazioni garantite, utilizzando sia la diffusa e sempre più richiesta informatizzazione degli ambulatori della medicina e pediatria di famiglia, sia i dati già in possesso dei distretti. La scheda è composta da una prima parte la cui compilazione è a carico dei medici e pediatri di famiglia e una seconda e terza parte a cura del distretto.

■ Una sottile linea

È chiaro che una rilevazione così dettagliata come quella descritta non dovrebbe essere richiesta se non a fronte di uno specifico riconoscimento economico nella prossima Convenzione per la medicina gene-

rale. Al momento, tuttavia, tra le ipotesi di nuovo accordo o di accordo-ponte in circolazione non se ne vede l'ombra. Se, oltretutto, l'obiettivo del progetto Mattoni è quello di portare il 'centro', come ha spiegato **Francesco Massicci** della Ragioneria generale dello Stato, a confrontarsi con le Regioni non più "sulla base di valori soglia da non superare, con il ministero dell'Economia che fa la parte del cerbero", ma su di un "paniere di confronto prestazioni standard-costi standard", la fase di rilevazione sarà essenziale per definire e ristrutturare i nuovi livelli essenziali di assistenza anche per l'assistenza sul territorio aderenti alla realtà della domanda di salute cui si dà concretamente risposta negli studi dei Mmg, solisti, o in compagnia.

"Solo alcune Regioni - ha precisato Massicci - dispongono della strumentazione informativa adeguata per il monitoraggio della spesa. Strumenti che però nella gran parte dei casi sono deboli e inesistenti". Un grave problema in più anche per i Mmg che, nella fase di rinnovo convenzionale, dispongono solo di strumenti 'di parte' per la rileva-

zione del bisogno di salute dei propri pazienti e della sostenibilità della risposta da garantire, e che spesso si sono ritrovati con una cornice vuota, quella dell'ACN, che non è stata riempita a livello regionale e aziendale con prestazioni integrate pur giudicate ormai essenziali da tutti i livelli politico-decisionali: dal Psn a tutti gli altri strumenti di controllo e di indirizzo. "Stiamo aggiornando i Lea, le prestazioni garantite dal Ssn in tutto il territorio nazionale - ha reso noto alla presentazione degli esiti del progetto il ministro della Salute Livia Turco -. Questo significa che stiamo valutando i Lea e ne stiamo verificando i costi. Stiamo verificando anche se le risorse sono adeguate". Se il ministero della Salute, dunque ha perseguito l'efficienza, "l'Economia - ha dichiarato Livia Turco - si farà carico del miglioramento qualitativo dei Lea. Temi come la cronicità e la non autosufficienza, se vogliamo prenderli di petto, richiedono grandi innovazioni organizzative e professionali e anche risorse aggiuntive". Al momento, però, per l'assistenza primaria non se ne vede neanche l'ombra.

La struttura della nuova scheda di rilevamento

- **Sez. 1** Registra i dati anagrafici del paziente. Incrociando i codici di regione e di Usl di residenza con quelli di regione e Usl erogante, si rilevano i pazienti domiciliati e, attraverso la compilazione del campo "tipo di ricetta", tutte le fattispecie assistenziali riservate agli assistibili non residenti in Italia.
- **Sez. 2** Le anamnesi più significative tra quelle che i Mmg e Pls già registrano abitualmente con i più diffusi software gestionali.
- **Sez. 3** Le diverse tipologie di contatto che regolano il rapporto tra medico e paziente: visite ambulatoriali programmate, visite a domicilio, contatto telefonico, ADI, ADP, telematico o altro.
- **Sez. 4, 5 e 6** Propongono la registrazione delle prescrizioni farmaceutiche, specialistiche e dei ricoveri.
- **Sez. 7** Prestazioni aggiuntive, previste dagli accordi nazionali e regionali che Mmg e Pls possono erogare direttamente, con o senza autorizzazione da parte del distretto.
- **Sez. 8** Rileva le informazioni relative alla partecipazione ai programmi di prevenzione per i quali è prevista l'adesione volontaria e quindi rilevabile soltanto attingendo alle informazioni registrate dal medico di famiglia.
- **La seconda e la terza parte** della scheda rilevano informazioni in possesso del distretto, alcune riferite all'utente e di completamento rispetto a quelle fornite direttamente dal medico di medicina generale e pediatra di libera scelta (parte 2) ed altre riferite al modello organizzativo dell'assistenza primaria (parte 3).