

# Indicatori in medicina generale: un percorso necessario per la riforma dei Lea

*Secondo quanto affermato a Bologna nel corso della Conferenza nazionale delle cure primarie, queste ultime avrebbero bisogno di un panel di indicatori capaci di valutare il proprio impatto sui livelli di salute degli italiani, per far conseguentemente rivalutare gli investimenti pubblici che, nel corso degli anni, si sono resi sempre più necessari in questo ambito ma che stentano ad essere correttamente direzionati.*

**D**efinire un "panel" di indicatori corretti e idonei a misurare i livelli di assistenza distrettuale e del tutto condivisi a livello interregionale. Valutare l'appropriatezza degli indicatori selezionati a seguito di una sperimentazione su scala nazionale in un campione rappresentativo di Distretti sanitari. Ma soprattutto evidenziare le criticità nell'implementazione dello strumento di misura quale punto di partenza, per ulteriori e mirati approfondimenti sul tema della valutazione della attività distrettuale. Sono i tre punti chiave di un progetto di ricerca finalizzata per la messa a punto di un sistema interregionale di valutazione dell'assistenza distrettuale, finanziato dal ministero della Salute e nato dalla collaborazione della Regione Marche con il Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica, l'Università Sapienza di Roma e la CARD (Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto). Ma è anche una delle esigenze più importanti da parte di un sistema, quello delle cure primarie italiane, che, secondo quanto è stato anche confermato nel corso della Conferenza nazionale delle cure primarie di Bologna, ha la necessità di valutare il proprio impatto sui livelli di salute degli italiani, per far conseguentemente rivalutare gli investimenti pubblici che, nel corso degli anni, si sono resi sempre più necessari in questo ambito, ma stentano ad essere correttamente direzionati. Parallelamente, infatti, anche il Cergas-Bocconi ha coordinato un laboratorio di ricerca promosso dalla Fiaso in collaborazione con 12 Asl del territorio per investigare modelli e sviluppo dei servizi territo-

riali. Un'operazione sempre più necessaria alla vigilia di una revisione dei Lea del nostro Ssn, contenuta in un DPCM già predisposto dal ministero della Salute che se non riuscirà a passare, in forma di decreto, le strette maglie della fine legislatura, si presenterà in tutta la sua urgenza al nuovo Governo prossimo venturo. Un'operazione che, però, dimostrano gli esperti, cozza contro una strutturale difficoltà del nostro Paese di darsi un'omogeneità di sistema, a partire dalla raccolta degli indicatori di efficacia.

## ■ Livelli essenziali tutti da rivedere

La revisione dei Lea prende origine da quanto disposto nel Patto per la Salute 2006-2009, che al capitolo 2 prevede "una revisione straordinaria dei Lea, sulla base dei principi e dei criteri fissati dal D.Lgs 229/99". Il Patto prevede che questa revisione straordinaria dovrà:

- tener conto dei risultati del progetto "Mattoni del Ssn";
- aumentare le prestazioni in regime ambulatoriale e, corrispondentemente, decrementare quelle in regime di ricovero ospedaliero;
- inserire e omogeneizzare alcune prestazioni: assistenza odontoiatrica, parto indolore e terapie del dolore, tutela della salute nei luoghi di lavoro (eliminando prestazioni ormai obsolete o sostituite da altre di comprovata efficacia);
- ampliare il numero (oggi 43) dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza.

Sarà poi definito con le Regioni un "pacchetto" o set di indicatori di garanzia dei Lea in modo da configurare un percorso certificativo che evidenzii l'u-

so delle risorse, la qualità dell'output e la capacità organizzativa. Verranno anche definiti indirizzi programmatori per gli ospedali.

Per quanto riguarda le cure primarie, secondo quanto anticipato a Bologna da **Filippo Palumbo**, del Dipartimento della Qualità del ministero della Salute, il nuovo DPCM prevede aspetti relativi alle cure primarie ad essi indirettamente connessi, e cioè:

- la rivisitazione dell'area preventiva;
- una maggiore appropriatezza nelle cure ospedaliere;
- allargamento, arricchimento e qualificazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Ma anche aspetti direttamente connessi come:

- la rivisitazione della medicina generale e della pediatria di libera scelta, a partire dalle scelte strategiche che saranno concordate nel tavolo convenzionale;
- la ridefinizione dell'assistenza domiciliare;
- la ridefinizione dell'assistenza residenziale.

Ma come hanno fatto notare di recente anche i sindacati confederali in un documento di commento al DPCM, "per misurare e valutare l'impatto dei Lea servono anche indicatori di risultato, capaci di dimostrare quanto la salute dei cittadini sia influenzata dall'organizzazione sanitaria, e quindi quando sia necessario rendere più appropriate le prestazioni".

## ■ I risultati delle ricerche

Il sistema informativo sanitario in Italia ha conosciuto un rapido sviluppo negli ultimi quindici anni, in risposta alla

specifica esigenza di misurazione delle attività sanitarie finalizzata al finanziamento. Dopo due anni di lavoro, che hanno visto quasi il 70% di rispondenti fra i distretti selezionati, la ricerca della CARD ha selezionato numerosi indicatori che si sono dimostrati, per la maggior parte, anche validi in termini di rilevabilità, economicità, tempestività, comprensibilità e confrontabilità spaziale. In alcuni casi, però, i ricercatori hanno rilevato che i dati non sono disponibili per distretto, ma soltanto aggregati per Asl o addirittura per Regione. Può verificarsi che il distretto considerato non possieda specifiche competenze in merito alla modalità di rilevazione-trasmissione-elaborazione dei dati oggetto di analisi. La diversa denominazione attribuita a medesimi servizi e la variabilità operativa all'interno degli stessi non consente, per di più, un confronto di tutte le attività distrettuali su base interregionale. Il Cergas, dal canto suo, ha avviato un procedimento che lo porterà a definire

entro il 2009 gli strumenti manageriali adottati nelle cure primarie e la loro efficacia nei confronti del ruolo e delle attività dei professionisti territoriali. Le prime evidenze, tuttavia, rivelano che le 12 Asl esaminate presentano situazioni di forte eterogeneità tra loro, che dipendono da differenze di contesto geografico, di normativa regionale e di assetto organizzativo. Ciò rende più complessa la definizione di una terminologia universalmente riconosciuta e omogenea per la rilevazione dei dati.

### ■ Le prospettive

Con la progressiva informatizzazione dei servizi distrettuali è ragionevole pensare che molti dati siano resi disponibili in tempi brevi. Diversamente tutto il lavoro fatto anche nell'ambito del progetto "Mattoni" promosso dal ministero della Salute per creare un sistema di raccolta e analisi dei dati sanitari a livello nazionale su standard omogenei di identificazione e di

definizione dei servizi e delle prestazioni del territorio, risulterebbe vano. Per questo è necessario che si diffonda negli operatori sanitari la "cultura" della raccolta delle informazioni come strumento indispensabile per i processi valutativi territoriali. La ricerca CARD è a tal fine un punto di partenza per lo sviluppo di ulteriori e più mirati sistemi di valutazione, progettati e condivisi. Obiettivo anche del team dei ricercatori del Cergas è quello di dotare le aziende di un patrimonio informativo e di strumenti manageriali per migliorare il livello dei servizi offerti ai propri residenti. Secondo **Francesco Longo**, del Cergas, ciò richiede un costante monitoraggio attraverso la rilevazione dei dati di attività e di costo del territorio, unico strumento per poter conoscere le dinamiche dell'assistenza territoriale e di poter orientare lo sviluppo dei servizi territoriali. Senza un risultato all'altezza di queste ambizioni l'obiettivo dell'appropriatezza rischia di rimanere un miraggio.