



Il ruolo del Ministero nella promozione dei sistemi informativi dell'assistenza primaria

Dott. Lidia Di Minco,
Direttore Ufficio "Coordinamento e sviluppo NSIS"
Direzione generale Sistema informativo
Ministero della salute



1° Conferenza Nazionale sulle Cure Primarie - Bologna, 25-26 febbraio 2008

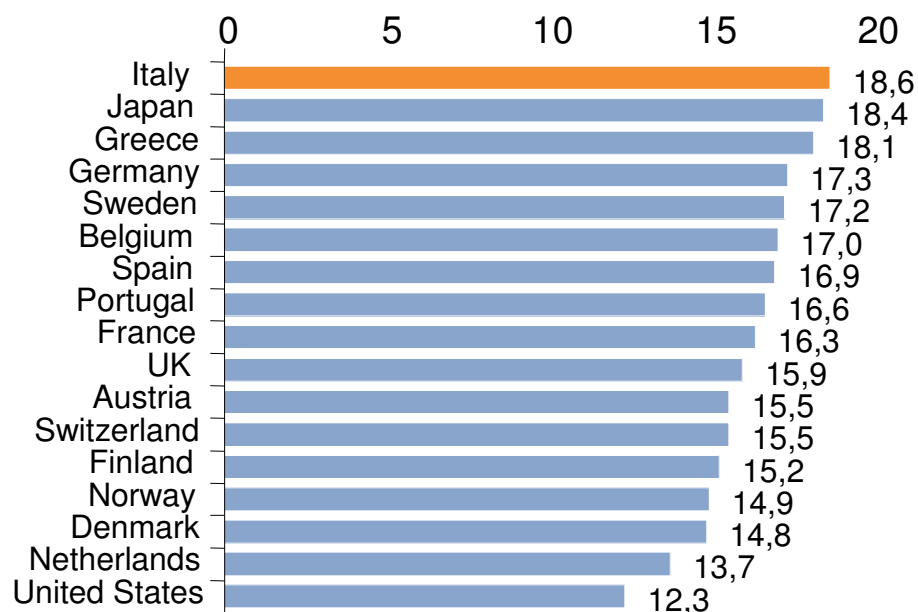


- ☐ Il contesto di riferimento
- ☐ L'assistenza territoriale
- ☐ I sistemi informativi coinvolti e priorità
- ☐ Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario
- ☐ I Mattoni del SSN
- ☐ I sistemi informativi per le cure primarie
- ☐ Alcune analisi dei dati a servizio degli operatori delle cure primarie

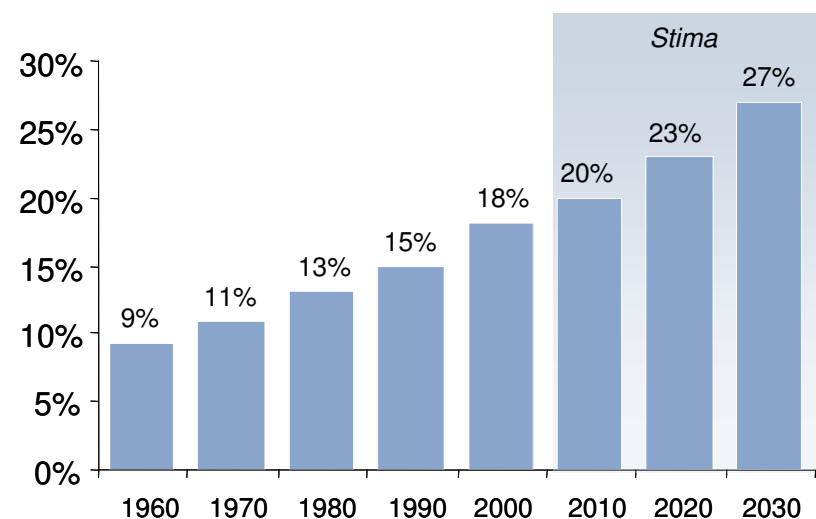


- In Italia l'incidenza degli anziani sul totale della popolazione è tra le più elevate d'Europa e il trend ad esso relativo è in crescita.
- L'invecchiamento della popolazione influenza l'emergere sempre più frequente di problematiche a carattere socio-sanitario quale l'aumento delle malattie ad andamento cronico-degenerativo

Incidenza della popolazione sopra i 65 anni, 2003



Percentuale della popolazione sopra 65 anni

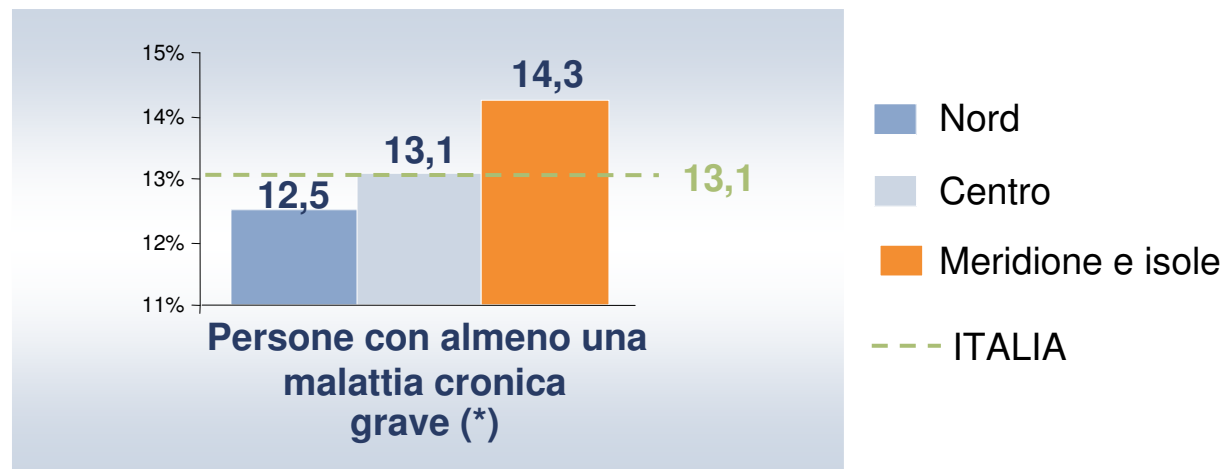


Fonte: dati OECD

Il contesto: cronicità elevata ed in crescita



- L'incidenza delle patologie croniche e della non autosufficienza sul totale della popolazione assume entità rilevanti soprattutto in quelle zone caratterizzate da tassi di longevità molto elevati.



% persone con almeno una malattia cronica grave - Trend '00-'05 (**)		
Area	Popolazione complessiva	Persone over 65
Nord	0,6%	0,5%
Centro	0,9%	0,6%
Meridione e isole	2,2%	1,3%
ITALIA	1,1%	0,8%

Incidenza cronicità 2005 – Tassi standardizzati

Fonte: Istat, 2005

(*) malattie croniche gravi: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili

(**) CAGR (Compound Annual Growth Rate) – Tasso di crescita annuo composto '00-'05



La cronicità richiede

- ☐ Identificare i pazienti e stratificarli per rischio
- ☐ Coinvolgere i pazienti nella cura
- ☐ Utilizzare di team multidisciplinari
- ☐ Integrazione tra MMG, specialisti e strutture sanitarie
- ☐ Individuare il giusto livello assistenziale
- ☐ Ridurre il ricorso a visite e accessi non strettamente necessari

Le risposte del SSN

- ☐ Prevenzione: piani di prevenzione attiva per screening oncologici, cardiorisk, prevenzione delle complicanze del diabete e vaccinazioni
- ☐ Assistenza primaria: Casa della salute
- ☐ Esperienze di disease management e di case manager (call contact center)

Fonte: NHS

- **Revisione dei processi di gestione**
- **Tecnologie dell'informazione come uno dei “driver” per la revisione organizzativa e per il miglioramento delle prestazioni**

L'assistenza territoriale: i “nodi” di una rete in continua evoluzione



“L'assistenza sanitaria primaria è la chiave di volta per il raggiungimento dell'obiettivo di dare a tutti i popoli del mondo un adeguato livello di salute...”

*“L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della collettività. Essa **rappresenta il primo livello di contatto degli individui**, della famiglia e della comunità **con il sistema sanitario** in un quadro di effettiva partecipazione”.*

Fonte: Conferenza di Alma-Ata, 1978





Nuovo Sistema Informativo Sanitario

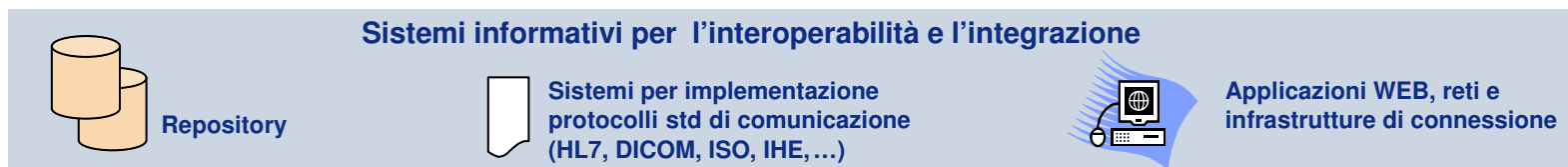
Sistemi informativi per il governo del sistema

Direzionali

Amministrativi
contabili

Osservatori

Gestionali



Sistemi informativi per la gestione e l'erogazione dei servizi

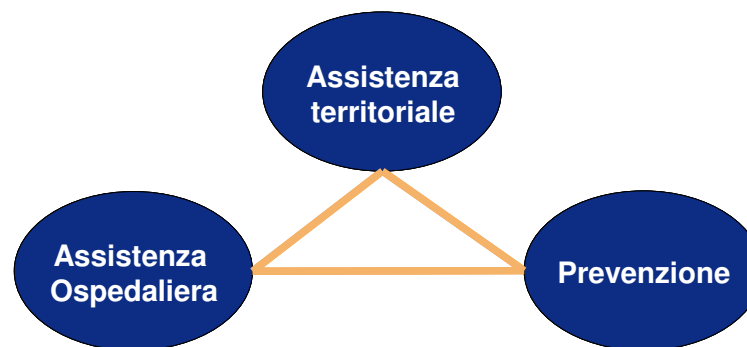
Anagrafe
Assistiti/
Assistibili

Anagrafe
Prescrittori

Anagrafe
Erogatori

CUP

CC



Sistemi informativi per la gestione dei servizi condivisi



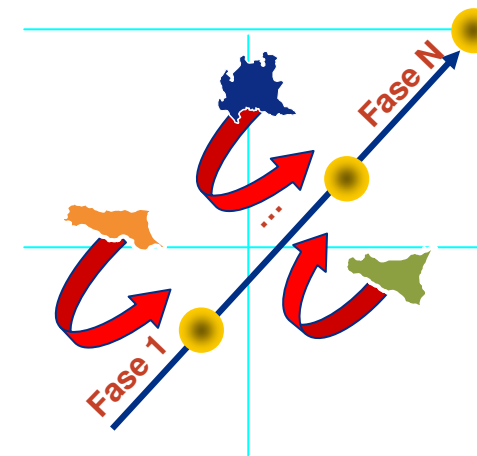
I sistemi informativi dei diversi “nodi” devono essere in grado di:

Interoperare tra loro a supporto dei processi di cura (e.g. sistemi di raccolta degli episodi di cura con gestione di informazioni di sintesi)

Generare i Livelli Essenziali di Informazione (LEI) con i quali alimentare i livelli aziendale, regionale e nazionale

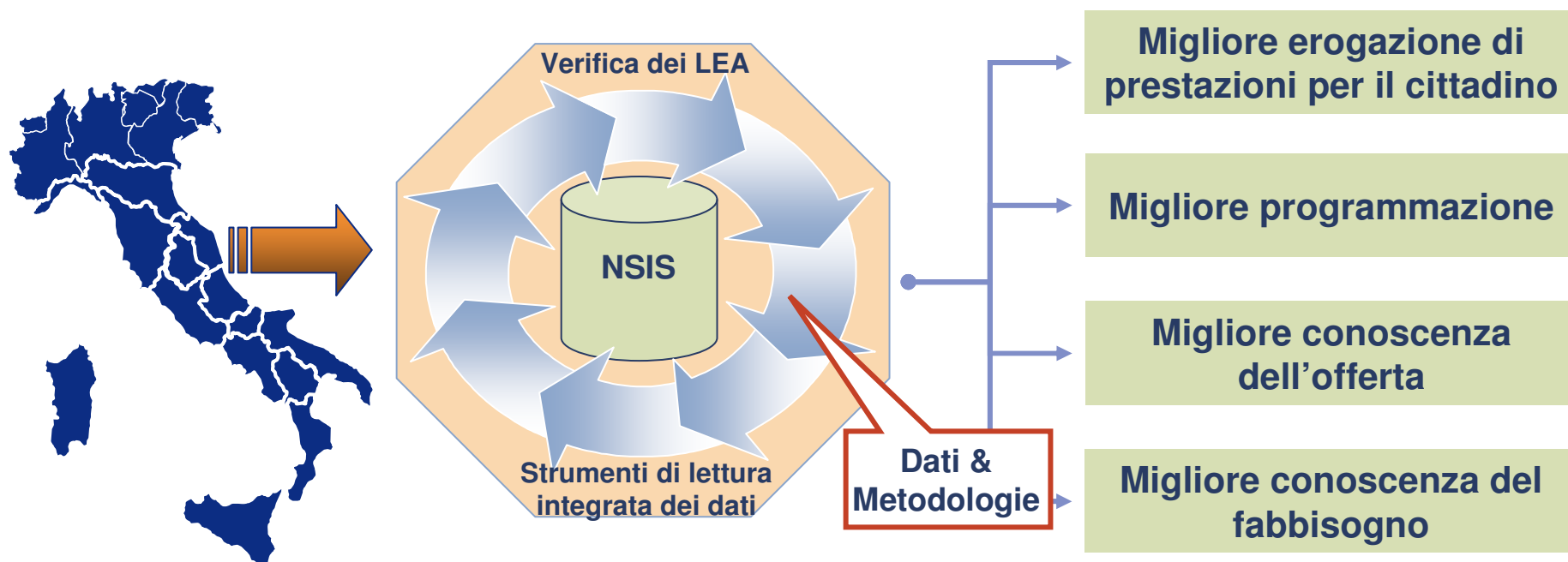
E' quindi necessario:

- Individuare le priorità di azione sul livello locale
- Orientare correttamente gli investimenti ai diversi livelli
- Delineare un percorso comune ma adattabile a ciascuna area territoriale
- Seguire una implementazione progressiva





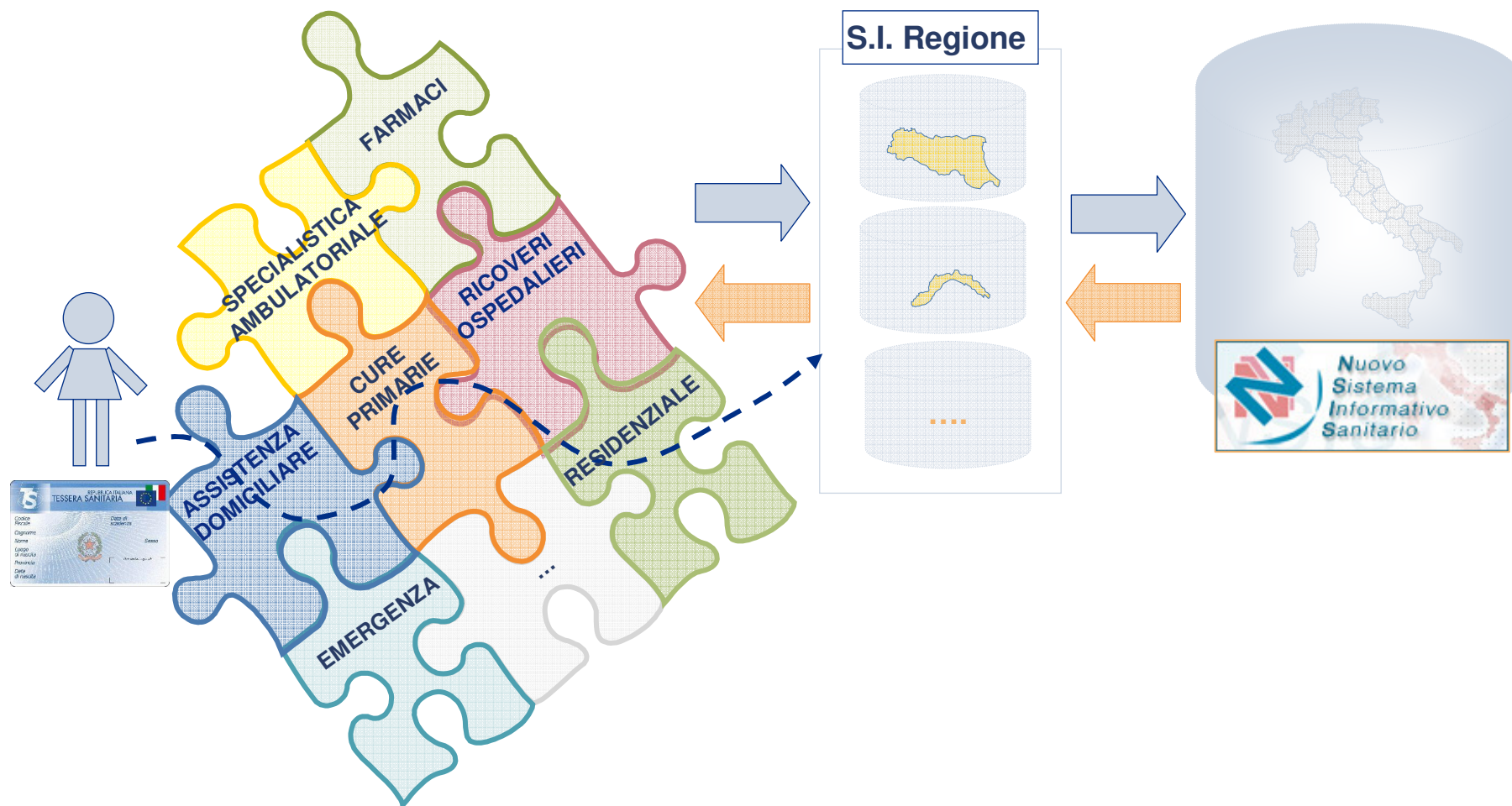
Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ha la finalità di raccogliere progressivamente una pluralità di informazioni correlate agli eventi che caratterizzano l'insieme dei contatti del singolo individuo con i diversi nodi della rete di offerta del SSN.



Un patrimonio condiviso di dati, regole e metodologie a disposizione del Ministero e delle Regioni per il governo del sistema, il monitoraggio dei LEA e il monitoraggio della spesa sanitaria.



IL NSIS attraverso una diversa modalità di condivisione dei dati tra i livelli del SSN consente di passare dal monitoraggio dell'offerta al monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza.





La necessità di abilitare un dialogo semantico tra i diversi nodi della rete, a tutti i livelli del SSN, ha fatto nascere l'esigenza di definire un linguaggio condiviso, che ha portato alla realizzazione del progetto "Mattoni del SSN"

15 Mattoni = elementi fondanti

non solo del Sistema Informativo...

...ma del Sistema Sanitario nel suo complesso

Classificazioni

Codifiche

Contenuti
informativi

Metodologie

In particolare

.....

Mattone 9:
**Realizzazione del
Patient File**

Mattone 13:
**Assistenza Primaria
e Prestazioni
Domiciliari**

.....



Il Mattone ha avuto, tra gli altri, l'obiettivo di costruzione di un sistema di classificazione omogeneo a livello nazionale e la definizione dei contenuti informativi per la rilevazione dell'assistenza primaria.

Assistenza
primaria

OBIETTIVI

1

Proporre un **Flusso Informativo orientato sul cittadino utente** piuttosto che sulla rappresentazione delle prestazioni attribuibili al singolo medico di famiglia, in coerenza con la strategia prevista dal programma generale di sviluppo del NSIS.

2

Orientare il flusso informativo sul “core” dell'assistenza primaria, ed in particolare sulle attività e sugli obiettivi di salute attribuiti al MMG, al PLS, al Medico di continuità assistenziale, nella consapevolezza di sviluppare **un'area fondamentale, anche se non esaustiva, della primary care.**

Gruppo di lavoro ristretto: Regioni Puglia (Capogruppo), Lombardia (associata), Toscana, Campania, Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Veneto, nonché Ministero della Salute e ANSSR.



SCHEDA “FLUSSO INFORMATIVO NAZIONALE: ASSISTENZA PRIMARIA”

PARTE 1

Compilazione a cura del MMG e del PLS dei dati riferiti al singolo assistito

- Sezione 1 – Dati Anagrafici
- Sezione 2 – Informazioni Anamnestiche
- Sezione 3 – Tipologia di Contratto
- Sezione 4 – Prescrizioni Farmaceutiche
- Sezione 5 – Prescrizioni Specialistiche
- Sezione 6 – Prescrizioni di Ricovero Ospedaliero
- Sezione 7 – Prestazioni Aggiuntive
- Sezione 8 – Prevenzione

PARTE 2

Compilazione a cura del Distretto dei dati riferiti al singolo assistito

- Sezione 9 – Dati Anagrafici
- Sezione 10 – Continuità Assistenziale
- Sezione 11 – Prestazioni Aggiuntive
- Sezione 12 – Assistenza Protesica
- Sezione 13 – Assistenza Consultoriale

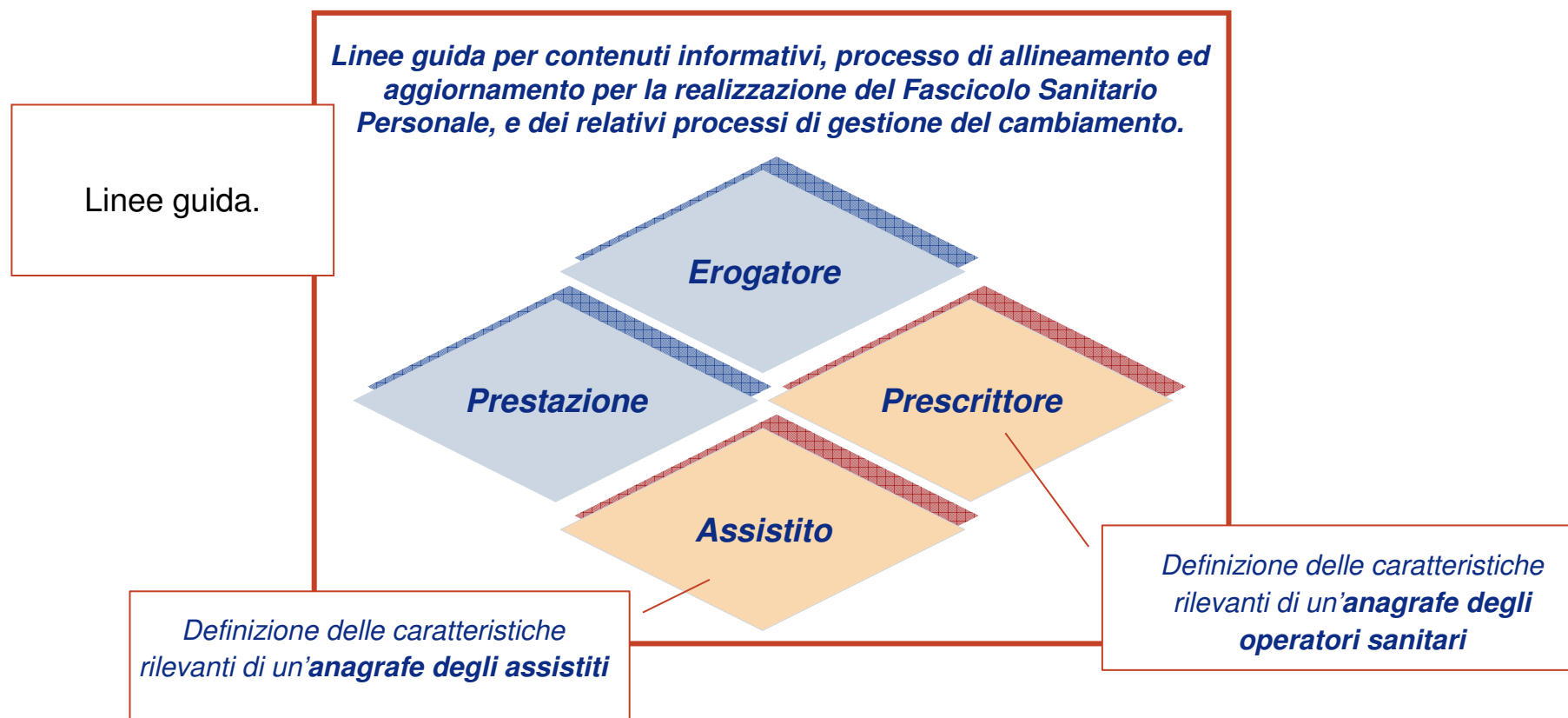
PARTE 3

Flusso anagrafe MMG e PLS e Medici della continuità assistenziale (compilazione a cura del Distretto)

- Sezione 14 – MMG/PLS
- Sezione 15 – Medico della Continuità Assistenziale



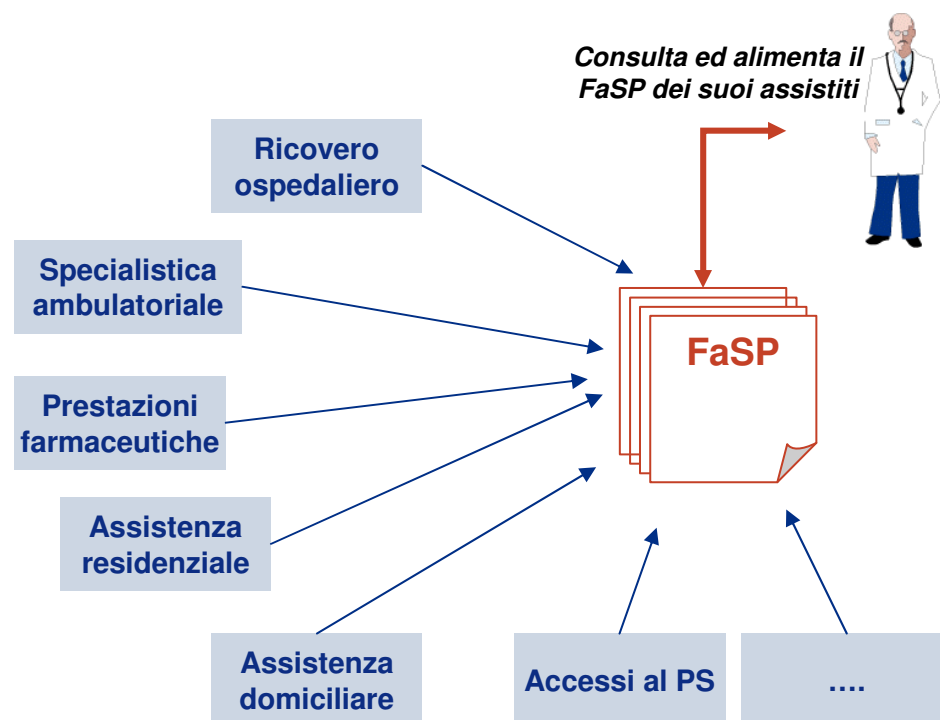
Il Mattone ha avuto, fra gli altri, l'obiettivo di definire una cornice di sviluppo e convergenza dei sistemi informativi sanitari per la definizione di un Fascicolo Sanitario Personale (FaSP)



Gruppo di lavoro ristretto: Regioni Toscana (Capogruppo), Sicilia (associata), Emilia-Romagna, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, nonché IFC–CNR, IHE Italia, HL7 Italia, AISIS, Ministero della Salute e ANSSR.



Il FaSP raccoglie informazioni socio-sanitarie relative al cittadino. E' una infrastruttura che assicura l'integrazione di oggetti informativi e ne garantisce l'accesso sicuro in rete agli operatori autorizzati e al cittadino, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di privacy



Esempi di utilizzo del FaSP da parte di un MMG:

- Accesso al referto di un cardiologo per un paziente che sta visitando;
- Controllo dell'andamento del diabete per un paziente che ha fornito elettronicamente i dati sanguigni del glucosio;
- Prescrizione farmaceutica elettronica per un proprio assistito, integrata con informazioni sull'erogazione da parte del farmacista.



Le cure primarie sono erogate nell'ambito dell'assistenza distrettuale prevista dai LEA. In particolare il DPCM 23.02.02 prevede le seguenti prestazioni:

		Oggi		Domani		Sist.Infor.
 Rilevazione dati individuali						
 Rilevazione dati aggregati						
ASSISTENZA SANITARIA DI BASE					Comma 5 bis, art. 50 L. 326/2003	
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE		HSP24			DM in via di pubblicazione	
FARMACEUTICA TERRITORIALE		SMP e art. 50, L.326/2003				
ASSISTENZA INTEGRATIVA					Comma 3, art. 50 L.326/2003	
SPECIALISTICA AMBULATORIALE		SMP e art. 50 L.326/2003				
ASSISTENZA PROTESICA					Comma 3, art. 50 L.326/2003	
ASSISTENZA AMBULATORIALE E DOMICILIARE					Dominciare in fase di stidio	
ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRES.		STS24			DM in via d pubblicazione	
ASSISTENZA TERMALE		STS21				



(MdS) "SMP" Sistema Monitoraggio Prescrizioni

Ambulatoriale

Farmaceutica



Regione che aderisce

Regione che non aderisce

Dal 2002

(MEF) "Articolo 50" – Sistema Tessera Sanitaria

Ambulatoriale

Farmaceutica



Rilevazione a regime da Marzo 2008(*)

Rilevazione a regime dal 2007

Rilevazione ex comma 11

Rilevazione sperimentale

Dal 2007

monitoraggio
prescrizioni (MdS)

verifica della
qualità dei dati

messa a regime
art. 50 (MEF)...

...estensione a
tutte le regioni

2009

(*) Decreto del 21 dicembre 2007 attuativo del comma 6 art.50, Legge 326/'03



La Legge Finanziaria 2007 ha introdotto, tra le finalità dell'articolo 50, anche il collegamento in rete dei medici SSN

Comma 5-bis.

L. Finanziaria n. 296/ 2006 – art. 1, c. 810

[...] , a partire dal **1° luglio 2007**, il **Ministero dell'Economia e delle Finanze** rende disponibile il collegamento in rete dei medici del SSN di cui al comma 2, in conformità alle regole tecniche concernenti il Sistema pubblico di connettività ed **avvalendosi, ove possibile, delle infrastrutture regionali esistenti**, per la trasmissione telematica dei dati delle ricette al Ministero dell'economia e delle finanze e delle certificazioni di malattia all'INPS, secondo quanto previsto all'articolo 1, comma 149, della legge 30 dicembre 2004, n. 311. [...].

Approccio attuativo:

- **Riconoscimento dei progetti regionali di integrazione in rete dei MMG**
- **In alternativa, sono previste soluzioni provvisorie di collegamento in rete dei MMG per il solo tempo necessario allo sviluppo di progetti regionali.**



I progetti regionali di Rete dei Medici di Medicina Generale sono finalizzati all'interconnessione in rete degli operatori delle cure primarie e all'integrazione dei sistemi informativi.

Finalità

- Supportare l'efficienza delle cure primarie e agevolare la continuità della cura
- Integrare i servizi socio-sanitari sul territorio e tra presidi, distretti, professionisti.

Destinatari progetto RMMG

- 9 Regioni (Regioni obiettivo 1 + Regione Lazio)
- MMG / PLS (12 K)
- Altri operatori sanitari (guardie mediche, medici ospedalieri)
- Farmacie, Laboratori, CUP, Anagrafi

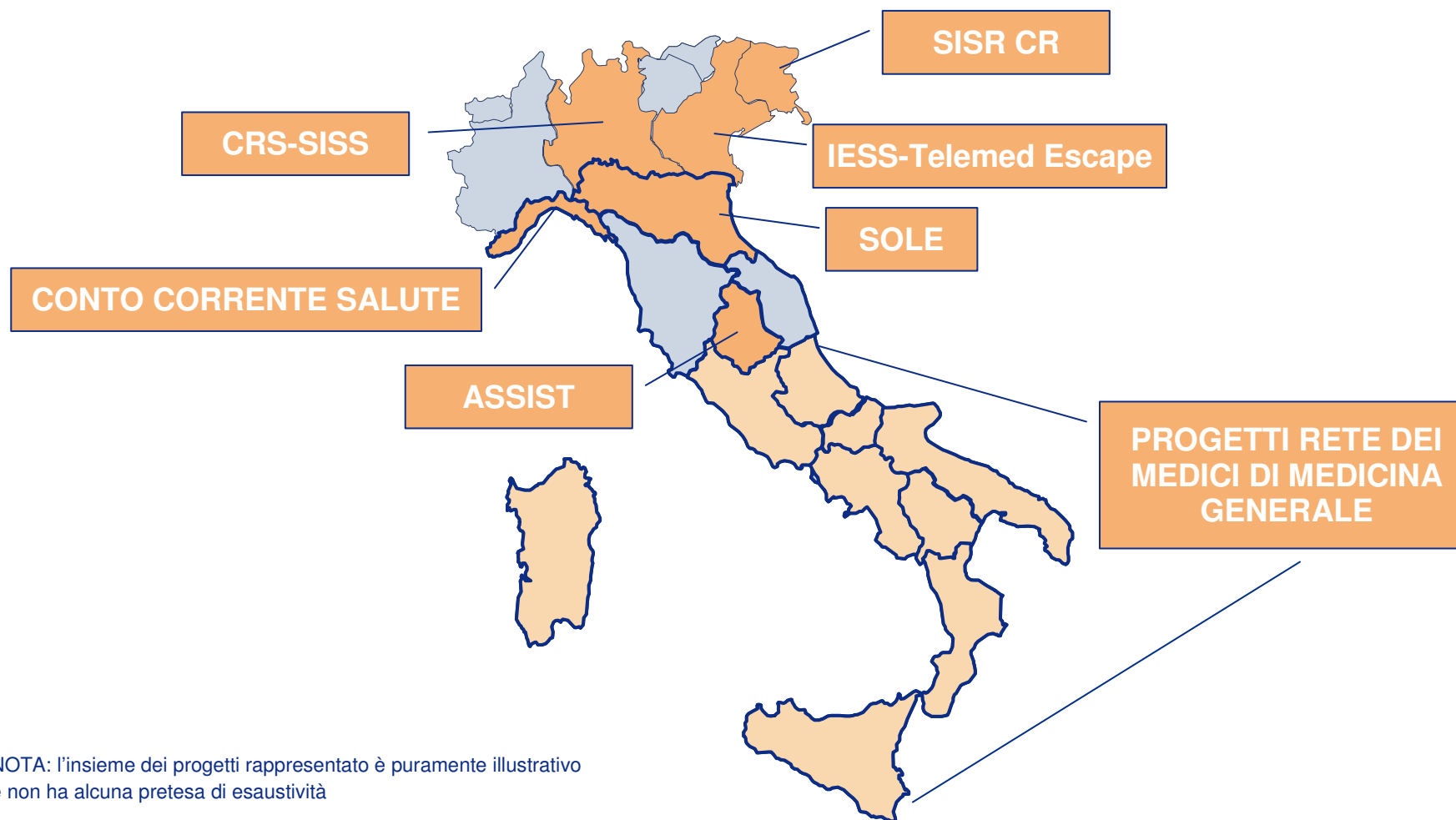
Numeri a livello nazionale

- Medici prescrittori: ~ 170 K
- Assistiti: ~ 60 M
- Ricette: ~ 800 M/anno
- ASL: 197
- Farmacie: ~ 18 K
- Strutture: ~ 25 K

Tali progetti sono finanziati nell'ambito del Piano nazionale sanità elettronica attivato dal MdS e DIT, con oltre Euro 50Mln, di cui il 68% finanziato dal livello nazionale e il 32% con cofinanziamento regionale



Best practices esistenti a livello regionale nell'ambito del "Disegno Sanità Elettronica 2010", che prevedono l'integrazione in rete dei MMG, offrono la possibilità di riuso di soluzioni



NOTA: l'insieme dei progetti rappresentato è puramente illustrativo e non ha alcuna pretesa di esaustività



Gli attuali sforzi si stanno orientando verso un duplice obiettivo: consolidare il patrimonio attualmente disponibile e sviluppare quello futuro

Evoluzione NSIS





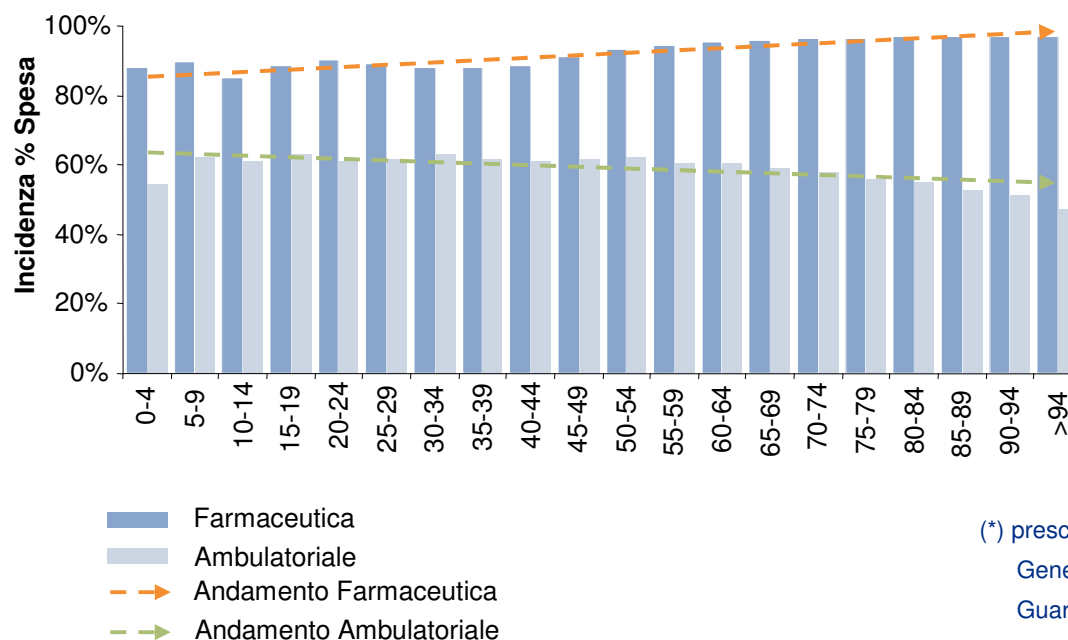
**Alcune analisi dei dati a servizio degli operatori delle cure primarie
rese possibili dagli strumenti di lettura integrata delle informazioni**



L'incidenza della spesa derivante dalle prescrizioni prodotte dall'assistenza Primaria è superiore per l'assistenza farmaceutica rispetto all'ambulatoriale.

Inoltre, mentre la prima mostra un'incidenza crescente al crescere dell'età, per la seconda si osserva un andamento inverso.

Incidenza spesa farmaceutica ed ambulatoriale generata dall'assistenza primaria(*)
per classe d'età (2006)



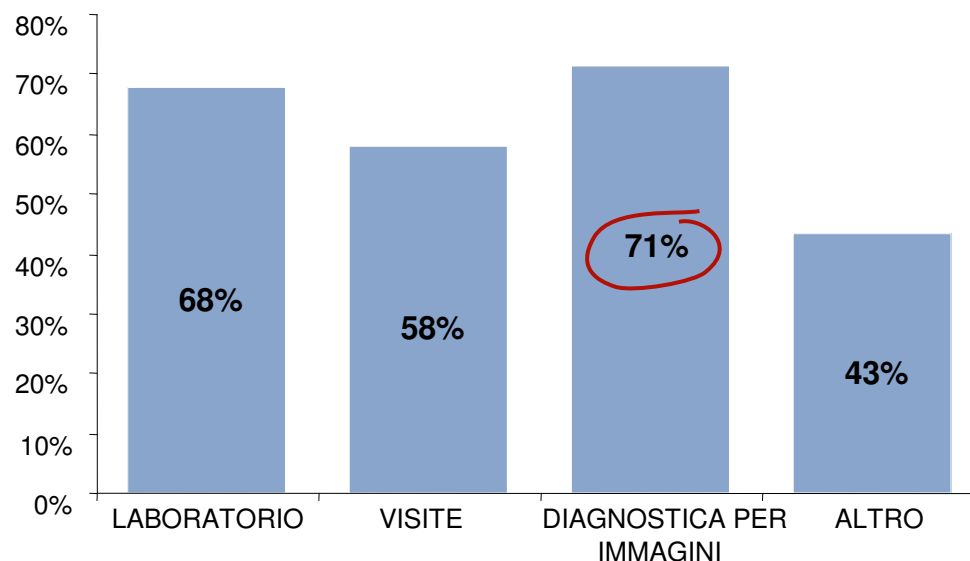
Fonte: SMP 2006

NOTA: Le presenti analisi sono state condotte su un campione di regioni limitato, non rappresentano dunque il dato nazionale



Osservando l'incidenza della spesa ambulatoriale generata dall'assistenza primaria per le principali aggregazioni macro, è possibile rilevare che la Diagnostica mostra l'incidenza più rilevante, seguita dal Laboratorio e dalle Visite specialistiche

Incidenza delle prescrizioni ambulatoriali da assistenza primaria sul totale (2006)

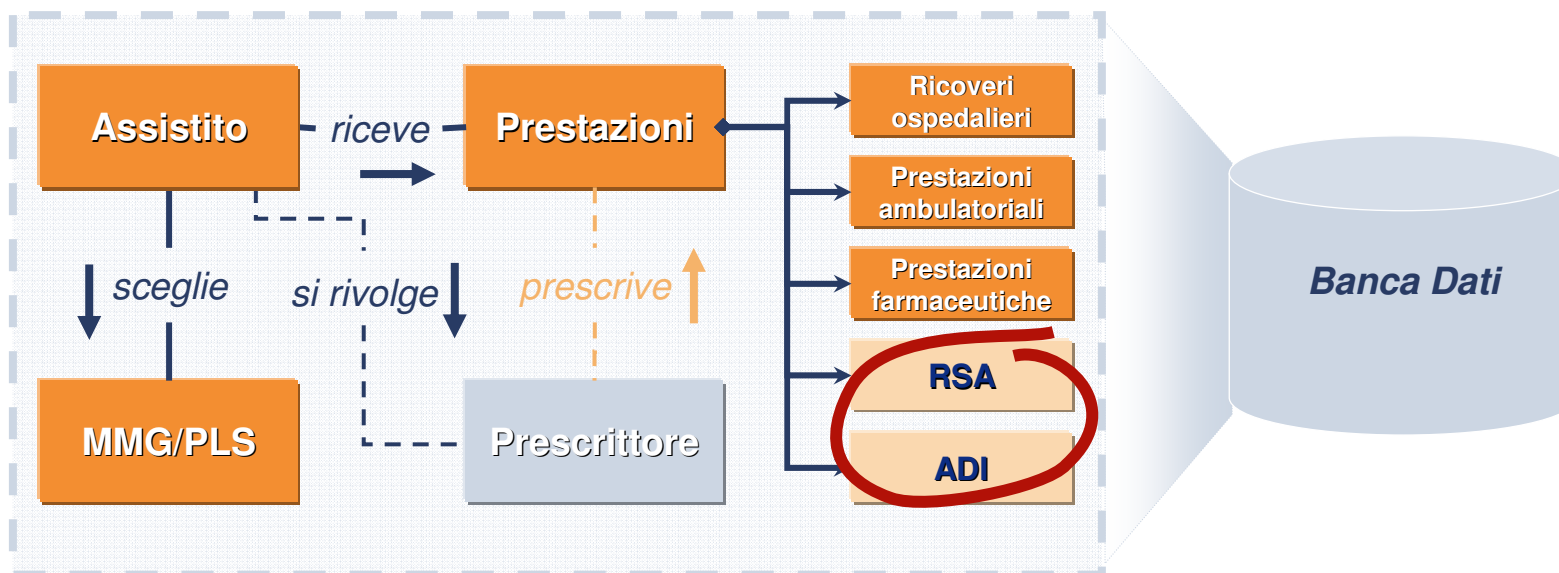


Fonte: SMP 2006

NOTA: Le presenti analisi sono state condotte su un campione di regioni limitato, non rappresentano dunque il dato nazionale



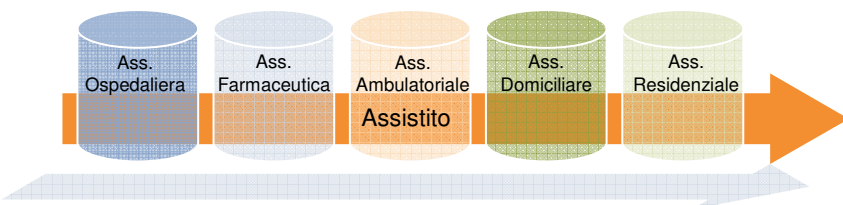
È strettamente legato alla disponibilità di dati relativi alle diverse tipologie di assistenza e riconducibili al singolo assistito



La disponibilità del codice univoco dell'assistito consente un'analisi della domanda più approfondita sui diversi LEA

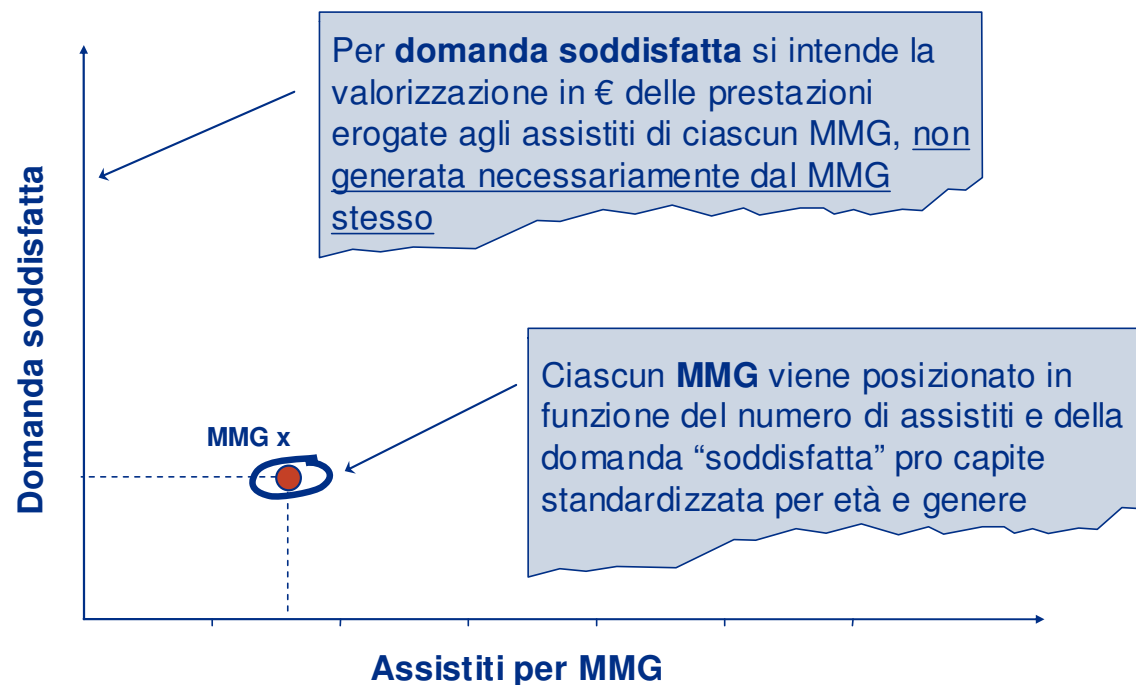


Grazie alle informazioni attualmente disponibili, nell'ambito della Commissione per la definizione e l'aggiornamento dei LEA, è stata definita una metodologia per l'osservazione integrata di fenomeni relativi al paziente



OBIETTIVO

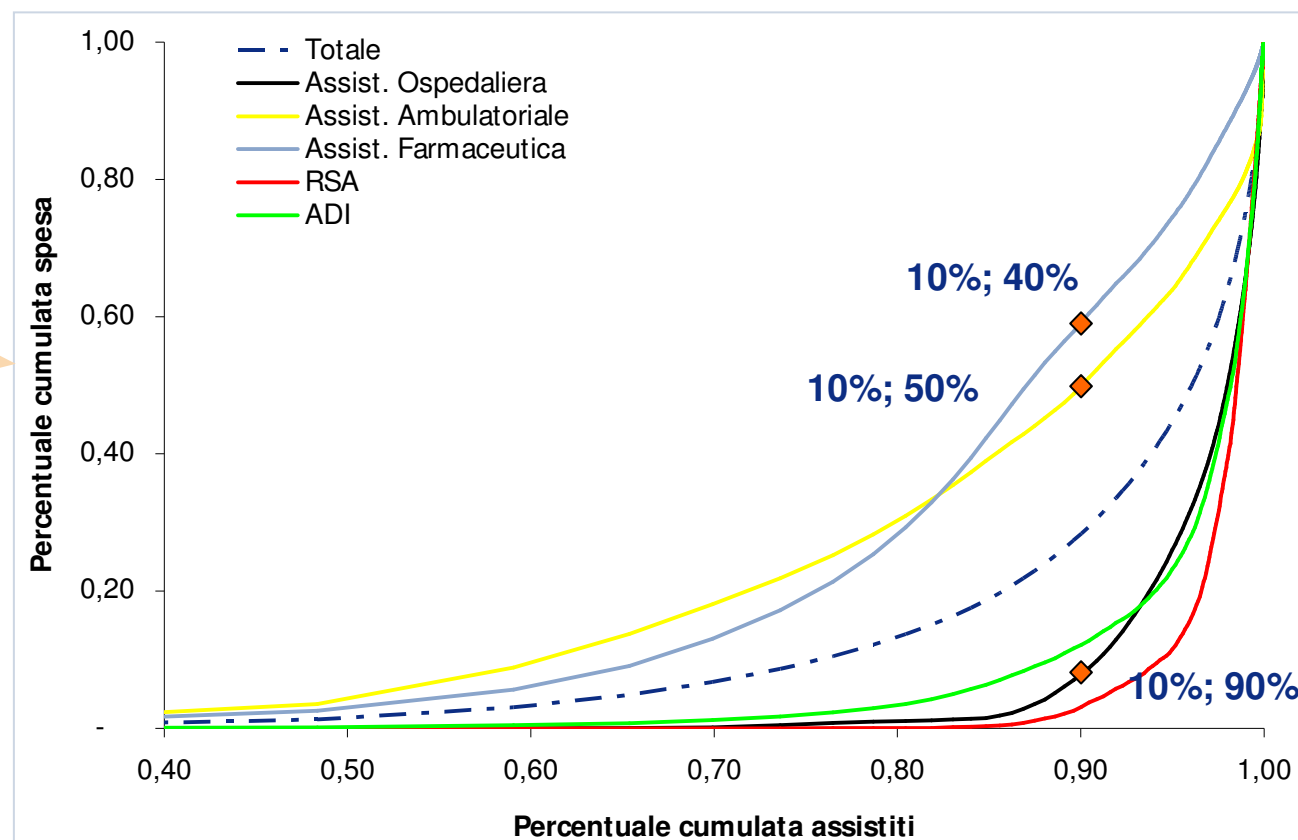
Studiare la variabilità della domanda soddisfatta per MMG attraverso lo studio integrato dei fenomeni incentrati sul paziente





Nasce la possibilità di mettere a confronto le diverse tipologie di assistenza e di caratterizzare specifiche categorie di assistiti, per le quali si riscontra il maggior assorbimento di risorse

I risultati delle analisi servono per monitorare e testare le potenzialità di set informativi più complessi ma non rappresentano un proxy a livello nazionale.

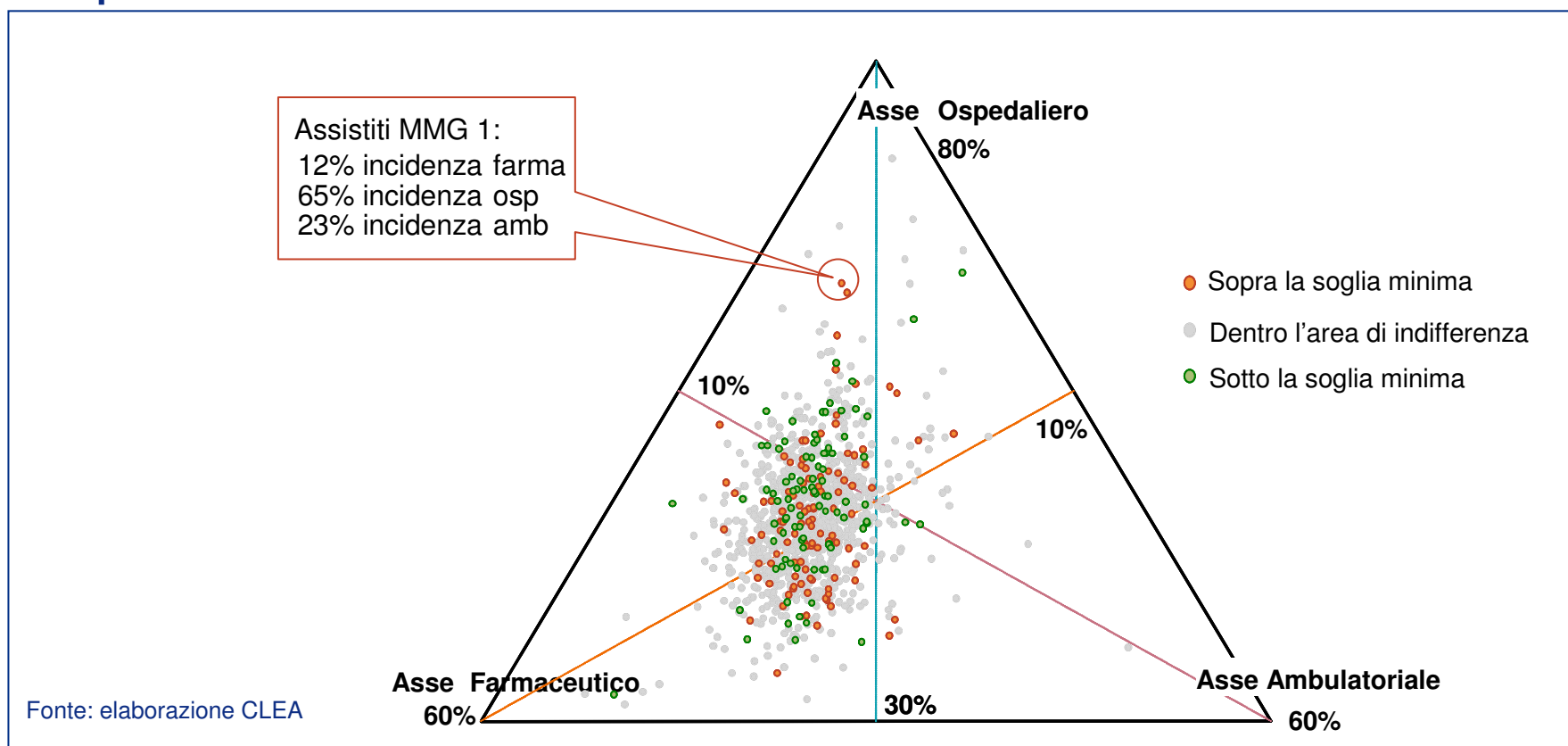


Fonte: elaborazione CLEA



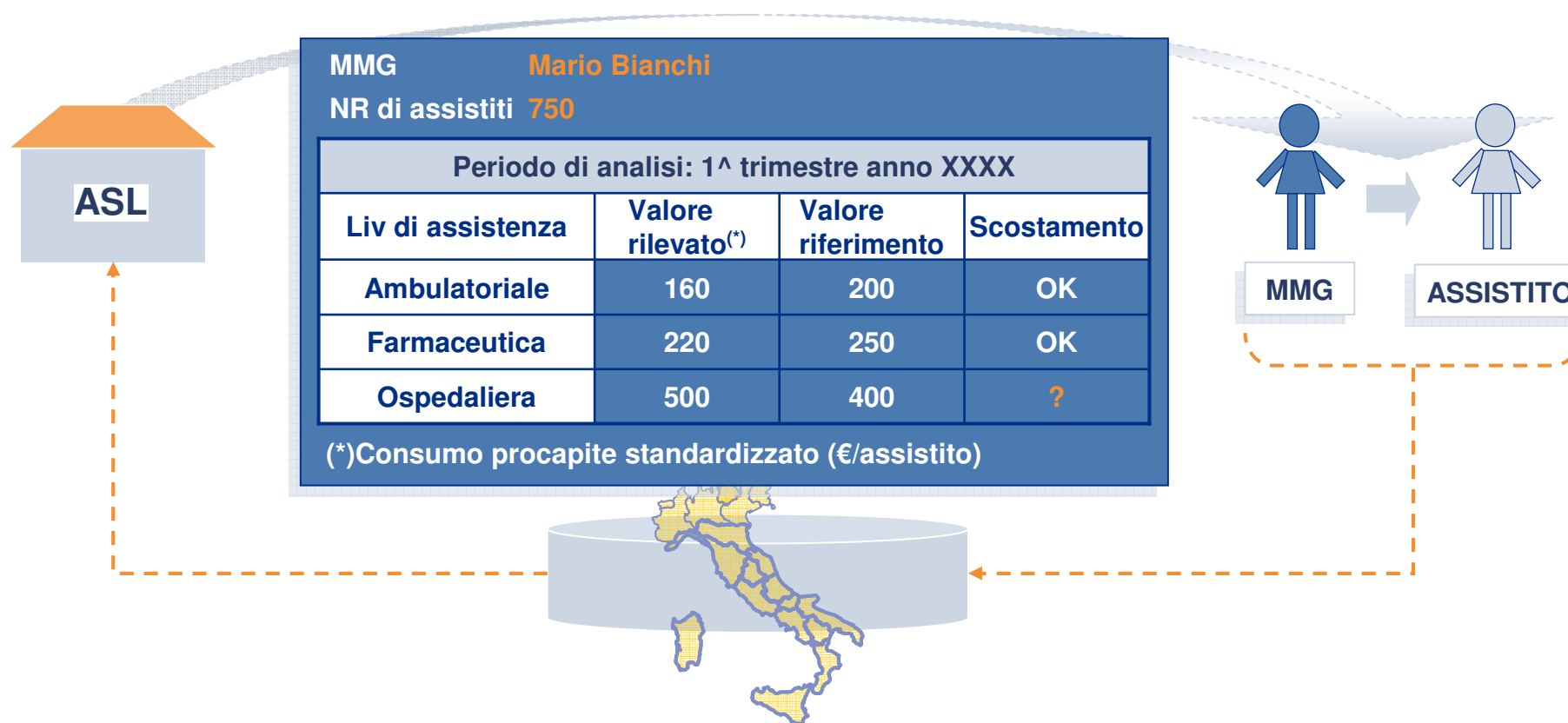
E' possibile analizzare la domanda soddisfatta per gli assistiti di ciascun MMG, non necessariamente generata dal MMG stesso, rispetto ai tre singoli tipi di assistenza.

Il diagramma ternario mostra, per gli assistiti di ciascun medico, l'incidenza percentuale delle 3 tipologie di assistenza sulla domanda soddisfatta pro capite complessiva.





Attraverso la raccolta di dati sulle prestazioni erogate ai singoli assistiti e la successiva standardizzazione, è possibile mettere a punto uno strumento di autovalutazione



Lo scambio puntuale di dati tra tutti i soggetti interessati contribuisce ad un costante miglioramento della qualità della pratica clinica, supportando l'analisi, la modellizzazione e la standardizzazione di "percorsi terapeutici ideali"

Grazie per l'attenzione



Lidia Di Minco

Ministero della Salute

l.diminco@sanita.it

<http://www.nsis.ministerosalute.it/>