I Flussi Informativi relativi ai servizi territoriali per anziani: prime analisi a dieci anni dalla loro introduzione

Per superare le criticità legate alla carenza e disomogeneità dei dati riguardanti i servizi sanitari e sociosanitari rivolti agli anziani, negli scorsi anni sono stati avviati diversi interventi a livello nazionale e non solo. L'articolo delinea il percorso compiuto nell'ultimo decennio dalle Aziende Sanitarie in Toscana per adeguare la rilevazione dei dati al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Di Andrea Iacopini *(Collaboratore Direzione dei Servizi Sociali dell'azienda USL Nordovest, in Toscana)*

Fino a pochi anni fa i dati a livello nazionale relativi ad interventi e prestazioni in ambito sanitario e sociale (in particolare per i servizi territoriali destinati ad anziani) si presentavano frammentari e disomogenei, come conseguenza dei diversi sistemi di classificazione e registrazione in uso presso i vari Enti gestori/erogatori: USL, Comuni, Unioni dei Comuni, Comunità Montane, Comunità Isolane, Società della Salute ecc. Questa situazione ha sempre presentato diverse criticità, a partire dalla **difficoltà di controllare il corretto ed efficace utilizzo delle risorse pubbliche** spese per i servizi ai cittadini attraverso metodologie di analisi comparativa.

Nel 2003 è iniziato un processo a livello nazionale teso alla creazione di un **database centralizzato** di tutto il Sistema Sanitario (NSIS), dove le informazioni raccolte (i Flussi Informativi Sanitari), a partire da chi eroga i servizi ai cittadini, devono seguire uno stesso criterio di classificazione. Questo processo per quanto riguarda i Servizi territoriali per anziani ha portato all'avvio nel 2009 di una nuova rilevazione dati da parte del Ministero della Salute.

Nel presente articolo viene delineato il percorso fatto in questi 10 anni dalle Aziende Sanitarie in Regione Toscana per **adeguarsi a questo nuovo sistema** di classificazione e rilevazione dei dati sanitari e sociosanitari e vengono analizzati alcuni punti di forza e criticità dell'intero processo.

Il Progetto Mattoni SSN: una base dati condivisa

Nella seduta di dicembre 2003 la Conferenza permanente Stato-Regioni ha approvato il progetto nazionale "Mattoni SSN", avviando così un processo di standardizzazione ed informatizzazione dei servizi sanitari che continua ancora oggi e che di fatto ha mirato al superamento di una situazione precedente caratterizzata invece da carenza di dati e disomogeneità degli stessi.

Tale progetto, come si legge nelle pagine dedicate sul sito web del Ministero della Salute, è *"nato dalla riconosciuta esigenza di individuare una uniformità di espressione in termini di dati rilevati e metodi di lettura/misura adottati"*.
Secondo le indicazioni del Ministero, il Progetto Mattoni SSN ha *"l'obiettivo di definire e creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) (…) che rappresenta la base dati condivisa a partire dalla quale sviluppare misure necessarie al bilanciamento costi – qualità"*.

Date queste premesse, il Progetto Mattoni SSN, ha dato l'avvio ad un ampio processo di analisi, revisione e in certi casi nuova istituzione dei Flussi Informativi sulle attività sanitarie Ospedaliere, Territoriali e nell'ambito della Prevenzione, con l'obiettivo di definire standard di riferimento per le strutture, le prestazioni e le tipologie di pazienti; questo al fine di rendere utilizzabili per analisi costi – qualità le informazioni raccolte nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Di seguito si riporta l'elenco degli ambiti di lavoro (chiamati "Mattoni") previsti dal Progetto in questione:

01 – Classificazione delle strutture
02 – Classificazione delle prestazioni ambulatoriali
03 – Evoluzione del sistema DRG nazionale
04 – Ospedali di Riferimento
05 – Standard minimi di quantità di prestazioni
06 – Tempi di attesa
07 – Misura dell'appropriatezza
08 – Misura dell'Outcome
09 – Realizzazione del Patient File
10 – Prestazioni farmaceutiche
11 – Pronto soccorso e sistema 118
12 – Assistenza residenziale e semiresidenziale
13 – Assistenza primaria e prestazioni domiciliari
14 – Misura dei costi del SSN
15 – Assistenza sanitaria collettiva

Per ciascuno dei "Mattoni" sono stati inoltre creati dei Gruppi di lavoro, composti da una Regione capofila ed esperti di altre Regioni con lo scopo di definire gli standard di riferimento e i sistemi di classificazione.

Per dare l'avvio alla effettiva rilevazione dei dati per quanto riguarda i servizi sanitari e sociosanitari sono stati pubblicati i Decreti Ministeriali 17/12/2008, *"Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"* e *" Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali"*, riguardanti l'attuazione di quanto indicato dai Gruppi di Lavoro dei "Mattoni" 12 e 13. Questi decreti istituiscono a carico delle Regioni i Flussi Informativi Sanitari relativi ai servizi territoriali per anziani Fragili e Non Autosufficienti: il **flusso FAR** (Assistenza Residenziale e Semiresidenziale per Anziani) e il **flusso SIAD** (Assistenza Domiciliare), o **flussi SIAD/FAR**.

I Flussi Informativi Sanitari e sociosanitari SIAD/FAR

Con i due Decreti 17 Dicembre 2008 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, sono stati istituiti, come detto, i Flussi Informativi SIAD/FAR per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare e delle Prestazioni erogate in strutture di tipo residenziale (RSA) e semi-residenziale (CD) per anziani o soggetti non autosufficienti.

In tali decreti sono descritti in maniera dettagliata i **disciplinari tecnici dei rispettivi flussi informativi in ingresso**. Ad esempio, il Flusso Informativo SIAD, per qualsiasi intervento sanitario e sociosanitario di tipo domiciliare, viene registrato con i seguenti elementi:

a) caratteristiche anagrafiche dell'assistito ;
b) valutazione ovvero rivalutazione socio-sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali (es. codice ICD9 di patologia, scale BADL, IADL ecc.);
c) dati relativi alla fase di erogazione;

d) dati relativi alla sospensione della presa in carico;
e) dati relativi alla dimissione dell'assistito.

Tali dati devono essere raccolti in occasione dei seguenti "eventi" del processo assistenziale:

a) Presa in carico;
b) Erogazione;
c) Sospensione;
d) Rivalutazione;
e) Conclusione

I contenuti informativi, da trasmettere al NSIS per l'alimentazione del Sistema, sono distinti in due gruppi di informazioni, denominati "Tracciati", di seguito specificati:
TRACCIATO 1 – contiene le informazioni associate agli eventi presa in carico (dati anagrafici del paziente, ASL erogante, soggetto richiedente la presa in carico) e valutazione (autonomia e bisogni assistenziali);
TRACCIATO 2 – contiene le informazioni associate agli eventi erogazione (dati riferiti agli accessi e, per le sole Regioni/Province Autonome che partecipano alla fase di sperimentazione, i dati di prestazione), sospensione, rivalutazione (autonomia e bisogni assistenziali) e conclusione.

I Flussi Informativi Sanitari AD/RSA in Toscana

La Regione Toscana si è trovata così a dover ottemperare quanto richiesto dal Decreto 17 dicembre 2008 in termini di Flussi Informativi Sanitari. Tuttavia, proprio nel medesimo periodo la LR 66/2008, *"Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza"*, ha decretato per la Toscana l'obbligo dell'invio di dati per il monitoraggio del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. Nell'Art. 17 della citata Legge Regionale viene dettagliata la richiesta di un Flusso Informativo regionale sulla non autosufficienza nell'ambito dei sistemi informativi gestionali territoriali, in forma integrata, per poter verificare il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla legge e l'efficace gestione del fondo concesso. Il debito informativo deve essere soddisfatto dalle zone-distretto della Toscana e il mancato invio dei dati richiesti ha un impatto sulle risorse assegnate.

La necessità di ottemperare ad entrambe le richieste sopra citate (Flusso Informativo Sanitario in capo al Ministero della Salute e Debito Informativo ai fini dell'erogazione del Fondo sulla Non Autosufficienza) ha portato alla **definizione da parte della Regione Toscana dei Flussi Informativi AD/RSA**, strutturati con le basi dati RFC (Request For Comment) 115 e 118, di seguito descritte, e che prevedono sempre invii di dati in forma di "eventi":

RFC 115 (AD) – Assistenza Domiciliare
In questo flusso è rilevato il complesso di interventi sanitari e sociosanitari erogati in maniera programmata nell'ambito dell'assistenza domiciliare. (Corrisponde al Flusso SIAD)

RFC 118 (RSA) – Assistenza Residenziale e Semiresidenziale per anziani
In questo flusso è rilevato il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e sociosanitarie erogate nell'ambio dell'assistenza residenziale e semi-residenziale per anziani o soggetti non autosufficienti.
(Corrisponde al Flusso FAR)

Per un confronto con i Tracciati ministeriali, si elencano di seguito i tipi di Eventi da considerare, ad esempio, per il Flusso RFC 115 (Assistenza Domiciliare) e che sono validi anche per i percorsi assistenziali che prevedono l'erogazione di prestazioni Residenziali/Semiresidenziali previste da RFC 118:

– Ev01 – Segnalazione
– Ev02 – Presa in carico
– Ev03 – Erogazione della assistenza domiciliare
– Ev04 – Rivalutazione (eventuale) del caso
– Ev05 – Sospensione (eventuale) della assistenza
– Ev06 – Conclusione del percorso assistenziale

Come si può constatare, gli Eventi elencati coincidono con quelli previsti dai Decreti ministeriali del 2008, con l'aggiunta dell'evento iniziale di "segnalazione", che permette peraltro di tracciare anche i casi che non generano o non prevedono una presa in carico, come ad esempio i casi di bisogno "solo sociale".

Il contenuto centrale dei Flussi in oggetto è costituito dalle "prese in carico", che rappresentano le possibili tipologie di assistenza (secondo le Normative vigenti) fornite dai Servizi Territoriali.
Si elencano, in estrema sintesi, le prese in carico richieste dai flussi RFC 115 e RFC 118, in ordine crescente di complessità:

- AD solo sanitaria – presa in carico da parte di un pool infermieristico territoriale, su attivazione da parte del Medico di famiglia (MMG);
- ADP (in base a ACN Medicina generale) – presa in carico da parte del MMG in caso di pazienti Non autosufficienti o comunque non in grado di raggiungere l'ambulatorio medico.
- ADI (in base a ACN Medicina generale) – presa in carico da parte del MMG in caso di pazienti Non autosufficienti o comunque non in grado di raggiungere l'ambulatorio medico, in collaborazione con altri professionisti, in primis infermieri dei pool territoriali, ma anche OSS/OSA, Assistenti sociali e Medici di Cure Palliative in base al bisogno.
- ADI – Cure Palliative di I livello In caso di attivazione di Medico delle Cure Palliative da parte del MMG, nell'ambito di una presa in carico per ADI.
- Cure Palliative di II livello – la presa in carico è effettuata da un pool di Cure Palliative, coordinato da un Medico delle Cure Palliative.
- UVM – per i casi di anziani non autosufficienti si attiva uno specifico percorso di presa in cario del bisogno complesso sociosanitario, con valutazione multiprofessionale da parte di commissione UVM (con utilizzo di specifiche schede di valutazione da Protocollo valutativo toscano) e definizione di un Piano assistenziale personalizzato (PAP) che può essere costituito da prestazioni domiciliari o da inserimento in struttura residenziale o semiresidenziale o da un mix delle due tipologie (es. periodi di domiciliare + Centro diurno intervallati da RSA temporanea).
- Cure Intermedie – non si considera in questo lavoro perché in corso di definizione, inserito nei flussi AD/RSA solo da fine 2018.

Griglia LEA ed altri indicatori basati sui flussi ministeriali

Le informazioni raccolte attraverso i flussi ministeriali nel NSIS vengono utilizzate dal Ministero per una serie di analisi e valutazioni, tra cui di grande importanza è il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza – griglia LEA, da parte delle Regioni. L'essere o meno adempiente ai livelli richiesti per i diversi indicatori LEA comporta per le Regioni la possibilità di accedere a finanziamenti aggiuntivi (circa il 2% delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario, al netto delle entrate proprie).

I principali indicatori LEA costruiti a partire dai dati raccolti con i flussi SIAD/FAR sono i seguenti:
Indicatore 8: Percentuale di anziani >= 65 anni trattati in ADI (n° anziani in ADI / pop anziana residente * 100)
Indicatore 9.1: N° posti equivalenti per assistenza ad anziani >= 65 anni in strutture residenziali per 1000 anziani residenti.

Cenni sui Sistemi Informativi aziendali delle Aziende USL in Toscana

Le Aziende USL e le loro Zone distretto nel corso del biennio 2009/2010 si sono dotate del software necessario per rilevare in maniera informatizzata le attività interessate dai flussi (figura 1).

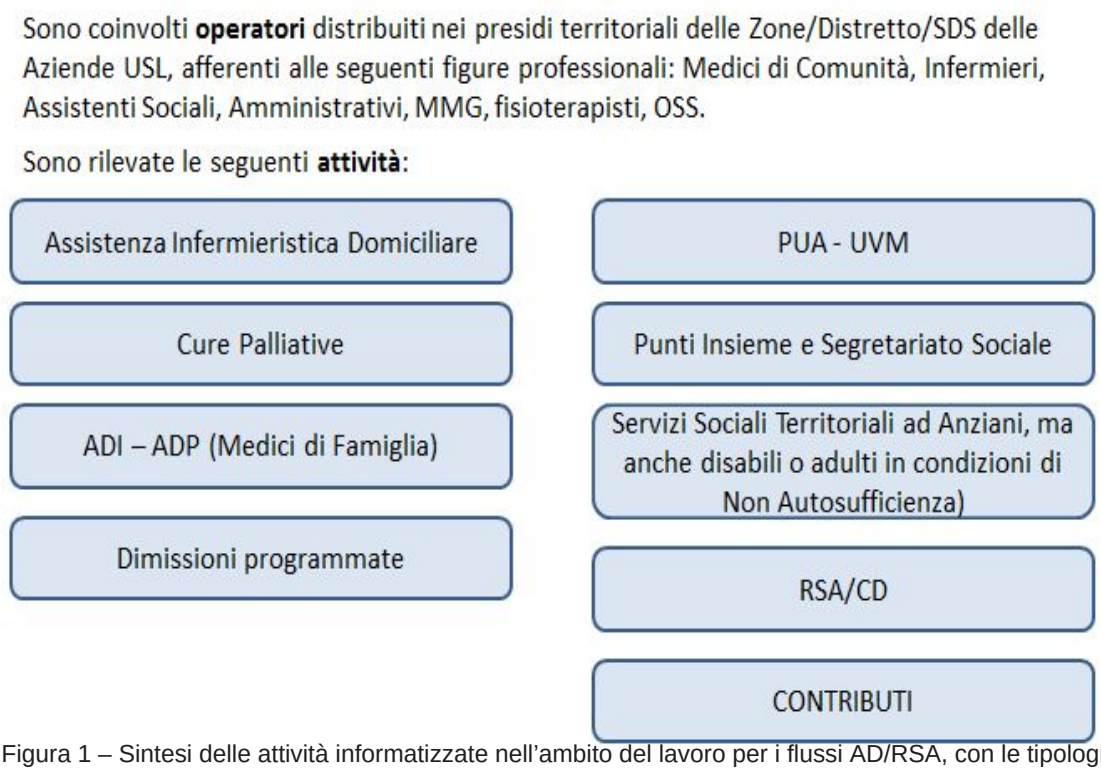


Figura 1 – Sintesi delle attività informatizzate nell'ambito del lavoro per i flussi AD/RSA, con le tipologie di professionisti coinvolti

Considerando che nel 2009 il lavoro nelle Aziende/Zone ha interessato la creazione di una banca dati di partenza con la situazione dei servizi territoriali (il cosiddetto popolamento iniziale) e un ampio programma di formazione degli operatori, la produzione dei flussi ministeriali è iniziata effettivamente nei primi mesi del 2010. Regione Toscana ha coordinato i lavori delle Aziende/Zone istituendo un Tavolo dei Sistemi informativi per indirizzare i lavori delle Aziende/Zone, individuare i problemi e proporre soluzioni.

Grazie all'introduzione dei software di rilevamento dei dati, le Aziende USL hanno costituito sistemi informativi di notevole complessità a supporto dell'organizzazione dei servizi territoriali, dando un forte impulso al miglioramento del lavoro quotidiano degli operatori e della gestione degli aspetti burocratico-amministrativi. Per esempio, basti pensare alla disponibilità di dati standardizzati, in serie storiche, per ogni tipo di servizio sanitario e sociosanitario oppure, dal punto di vista degli operatori, alla disponibilità di funzionalità e strumenti per semplificare il loro stesso lavoro (predisposizione automatizzata di atti o documenti necessari all'uso interno aziendale).

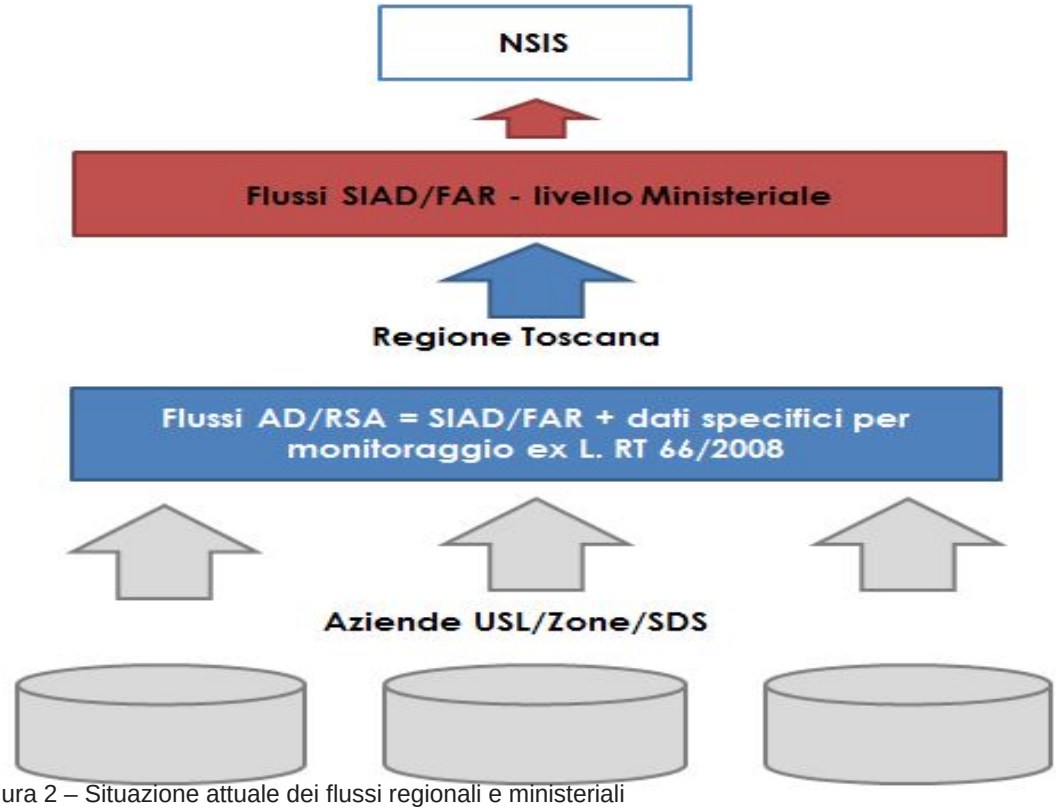


Figura 2 – Situazione attuale dei flussi regionali e ministeriali

Nel corso del 2015, con le modifiche normative della Legge regionale 40/2005 del sistema sanitario regionale – LR 84/2015, Regione Toscana ha deciso di ridurre il numero della Aziende Sanitarie Territoriali con un processo di fusione tra di esse portandole da n. 11 preesistenti a n. 3 (USL Nordovest, USL Centro, USL Sudest). È stato perciò necessario "traghettare" il sistema di produzione dei flussi AD-RSA nella nuova situazione.

Questa fase di passaggio ha comportato la necessità di rivedere alcuni processi di alimentazione dei flussi informativi in quanto il nuovo assetto ha reso evidenti criticità che prima non avevano impatto significativo sugli indicatori.

Conclusioni

Come si è visto nel breve excursus sulla storia del Progetto Mattoni SSN e sull'introduzione dei nuovi flussi informativi SIAD/FAR, è stato realizzato **un grande salto di qualità** da parte di tutto il Sistema Pubblico, a tutti i livelli (dal Nazionale al Regionale e territoriale), in termini di **standardizzazione delle informazioni e di sviluppo e diffusione di software** per la rilevazione sistematica delle attività; questi strumenti in particolare hanno permesso alle Aziende /Zone distretto di raggiungere contemporaneamente due obiettivi:

1. Rendere possibile l'invio dei dati ad eventi per il debito informativo verso la Regione ed il Ministero – flussi AD/RSA e SIAD/FAR.
2. Realizzare sistemi informativi complessi da mettere a disposizione degli operatori impegnati quotidianamente nell'erogazione di servizi sanitari e/o sociosanitari, con funzioni di supporto per la gestione (ad esempio nel caso del ricovero in struttura RSA l'operatore può registrare i dati relativi ad assenze, rette, fatture, compartecipazioni).

Il problema di non autosufficienza nei territori tende ad aumentare sempre più (Network Non Autosufficienza, 2015; ISTAT, 2017) e crescerà di conseguenza la necessità di governare e controllare attentamente i servizi dedicati a questa

problematica, visto l'ingente consumo di risorse che richiedono (specie per il Residenziale).

In questa dinamica i Fondi a livello Ministeriale e Regionale sono sempre più vincolati al livello di servizi che un territorio dimostra di mettere in atto attraverso i dati dei flussi AD/RSA – SIAD/FAR ed i conseguenti indicatori LEA. Diviene quindi primario poter **rendicontare** con questi flussi **tutto quello che viene fatto sui territori**, per poter avere un ritorno in termini di risorse a sostegno dei livelli dei servizi già in essere.

Image by Prawny from Pixabay

BIBLIOGRAFIA

Istat, *Il futuro demografico del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065,* Statistiche Report, 2017.

Network Non Autosufficienza (a cura di) (2015), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 5° Rapporto. Un futuro da ricostruire*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.

Decreto 17/12/2008 – Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD).

Decreto 17/12/2008 – Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali (FAR).

Legge Regione Toscana n° 66 del 18 dicembre 2008 – Istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

Legge Regione Toscana n° 84, del 28 dicembre 2015 – Riordino dell'assetto Istituzionale ed organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla L. 40/2005