



Ministero della Salute

Progetto Mattoni SSN

Assistenza Sanitaria Collettiva

**Documento di definizione dell'approccio per la
classificazione delle funzioni di Prevenzione e dei
meccanismi di manutenzione del sistema di classificazione**



Regione Puglia



REGIONE DEL VENETO



REGIONE
MARCHE



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

RIFERIMENTI	
Redatto da: Società:	Gruppo di Lavoro Ristretto
Verificato da: Società:	Renato Pizzuti Regione Campania
Approvato da: Data	Cabina di Regia 11.07.07

Il Progetto Mattoni: contesto istituzionale

Il nuovo testo della Costituzione (art. 117 modificato della legge Costituzionale n. 3/2001) affida alla legislazione esclusiva e primaria dello Stato numerose materie, tra cui la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. In capo allo Stato è dunque mantenuta la competenza esclusiva sulla definizione di **quanto deve essere garantito dal Servizio Sanitario Nazionale a tutti i cittadini e su tutto il territorio** indipendentemente dal reddito posseduto e dalla residenza, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione.

L'individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) assicurati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate allo stesso S.S.N., nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria.

I LEA hanno trovato la definizione, a suo tempo prescritta dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, in sede di Accordo tra il Governo e le Regioni e le Province autonome in data 22 novembre 2001 e sono stati recepiti con **decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 29 novembre 2001**. È comunque garantita la facoltà da parte delle Regioni di prevedere l'erogazione a favore degli assistiti residenti sul territorio regionale di prestazioni totalmente o parzialmente escluse dai LEA, facendosi direttamente carico degli eventuali oneri finanziari.

Il DPCM 29 novembre 2001 ha ripartito i LEA in tre grandi aree: a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; b) assistenza distrettuale tra cui l'assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali; c) assistenza ospedaliera.

A partire quindi dalla definizione di quanto “esigibile” dal cittadino nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale, per le Istituzioni stesse che ne assicurano l'erogazione si è posto il problema di dotarsi di adeguati strumenti informativi che ne permettessero il monitoraggio, utile per la programmazione e la valutazione sia nazionale, sia regionale, sia aziendale.

La già citata modifica del titolo V della Costituzione ha di fatto creato una situazione di disomogeneità tra le diverse aree del Paese, richiedendo in teoria una uguale capacità tecnica di programmazione in tutte le realtà regionali; in realtà, per quanto attiene a questi specifici aspetti, si sono evidenziate le obiettive difficoltà che le Regioni più piccole o più “fragili” sul piano informativo hanno a sviluppare adeguate elaborazioni tecniche sull'intera gamma di tematiche ricomprese nella vasta materia della tutela della salute e della organizzazione sanitaria. È nata quindi la necessità di sviluppare capacità di elaborazione tecnica interregionale quale supporto all'azione dei singoli governi regionali, nell'ambito del quadro nazionale definito nelle sue linee generali dallo Stato.

In questo quadro nazionale è nato il **progetto “Mattoni SSN”**. Esso è stato approvato in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 10 Dicembre 2003 con 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).

Le tematiche affrontate dai Mattoni SSN sono articolabili in tre aree, che confluiscono tutte nella base dati NSIS: i Mattoni relativi a **classificazioni e codifiche**, quelli riferiti alle **metodologie di analisi**, e quelli che si interessano dei **contenuti informativi**.

Il Progetto "Mattoni SSN" ha previsto 15 linee progettuali sviluppate da altrettanti gruppi di lavoro (i 15 Mattoni SSN). Le attività di ciascun Mattone sono state realizzate da un **Gruppo di lavoro Ristretto** costituito da una Regione o Istituzione *Capogruppo*, da un'Associata e da un Gruppo di lavoro. **La Capogruppo**, oltre a definire i contenuti, l'articolazione ed il budget di progetto, individua i membri del gruppo di lavoro ed ha la responsabilità dei risultati del progetto. **L'Associata** affianca la Capogruppo con il ruolo di portatrice di know-how ed esperienze operative. **I Gruppi di lavoro** sono composti da persone esperte delle tematiche affrontate e possono provenire dalle Regioni, dal Ministero della Salute o da altri enti esterni.

In ogni Mattone è stato poi costituito un **Gruppo di Lavoro Allargato**, composto dai rappresentanti regionali delle Regioni che non appartengono al Gruppo di Lavoro Ristretto, che ha l'obiettivo di contribuire a definire gli output del Mattone e approvarli. La **Governance** del Progetto è attribuita alla Cabina di Regia (istituita nel giugno 2002, che rappresenta l'organismo paritetico Stato - Regioni con funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo delle fasi di attuazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario) e al Ministero della Salute.

Il Mattone n° 15 “Assistenza Sanitaria Collettiva”:

La Struttura organizzativa

Il Gruppo di Lavoro Ristretto è stato così composto: Campania (capofila), Emilia Romagna (associata), Marche, Toscana, Puglia, Lombardia, Ministero Salute - Direzione della Prevenzione.

I lavori del GdLR hanno visto il coinvolgimento attivo di altre Istituzioni e di Regioni non appartenenti inizialmente allo stesso GdLR (ASSR, Friuli Venezia Giulia, Veneto).

Il GdLR ha individuato sin dall’inizio, quale Gruppo di Lavoro Allargato a cui sottoporre tutti i documenti prodotti, il Coordinamento Regionale della Prevenzione (tavolo tecnico costituito da rappresentanti designati da ciascuna regione per la predisposizione di atti e documenti oggetto della programmazione interregionale in materia di prevenzione) al fine di avere la massima partecipazione e condivisione, facilitando in tal modo le successive proposte per il proseguimento del percorso istituzionale dei prodotti del Mattone.

Il Mattone 15 si è dato l’obiettivo di realizzare i seguenti prodotti:

- Definizione e sperimentazione di un Nomenclatore per la classificazione e la codifica delle prestazioni e funzioni dell’Assistenza Sanitaria Collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, a partire dai LEA (D.P.C.M. 29.11.2001).
- Definizione e sperimentazione di un tracciato record (“minimum data set”) per le prestazioni rivolte alla persona – programmi vaccinali e programmi di screening oncologici.
- Definizione e sperimentazione di un sistema di sorveglianza nazionale dello stato di salute e dei fattori di rischio comportamentali sul modello del BRFS.

Definizione di un Nomenclatore per la classificazione e la codifica delle prestazioni e funzioni dell’Assistenza Sanitaria Collettiva negli ambienti di vita e di lavoro.

Il DPCM n. 26 del 29 Novembre 2001 ha approvato la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza che costituiscono l’insieme di funzioni e prestazioni che il cittadino ha il diritto di esigere dal Servizio Sanitario Nazionale italiano. Tale definizione, tuttavia, rappresenta solo un punto di partenza per la costituzione di un sistema informativo specifico, che abbia l’obiettivo di rendere misurabili le attività che vengono svolte dal SSN nel campo della prevenzione.

Diverse Regioni hanno avviato sistemi di classificazione di tali attività, pertanto il GdLR ha condotto una ricognizione delle esperienze esistenti per cercare di individuare i punti critici comuni ed evidenziare le migliori esperienze in materia.

Dal lavoro di ricognizione svolto e dalla discussione sviluppata sono emerse, tra l’altro, le seguenti criticità/peculiarità:

- Il DPCM 26/01 non presenta un sufficiente grado di descrizione delle prestazioni, tale da consentire una individuazione univoca della singola linea di attività, utile a fini informativi.
- Spesso, a causa della peculiarità della materia trattata, non è possibile far rientrare le attività in una tipologia di “prestazione”; il concetto di prestazione si adatta bene al contesto assistenziale (visite, esami medici, ricoveri) meno alla sanità pubblica; l’assistenza sanitaria collettiva include infatti interventi che perseguono obiettivi di salute della collettività, attraverso la riduzione o il controllo di rischi ambientali, infettivi, occupazionali, comportamentali, e/o l’aumento delle difese della popolazione.
- Nel caso delle prestazioni al singolo individuo, come avviene nelle altre due aree LEA, la prestazione è richiesta e il beneficiario è il richiedente o chi riceve la prestazione. L’intervento di sanità pubblica è attivo e, spesso, il beneficiario non è il richiedente o il ricevente, ma la comunità. Inoltre gli interventi di sanità pubblica sono offerti in virtù di una previsione normativa o sulla base della rilevazione di bisogni di salute locali.
- La ripartizione dei LEA in tre macroaree (Assistenza sanitaria collettiva; Assistenza distrettuale; Assistenza ospedaliera) non corrisponde automaticamente a attribuzione di competenze a strutture del servizio sanitario.
- Spesso si tende a far rientrare le prestazioni e le funzioni del LEA Assistenza Sanitaria Collettiva in un’unità organizzativa coincidente con il Dipartimento di Prevenzione; ciò però non è quanto affermato dal DPCM 26/01 che non ha la finalità di affrontare i temi dell’organizzazione. Gli interventi dell’assistenza sanitaria collettiva,

soprattutto quando affrontano problemi complessi, possono richiedere un forte impegno verso l'integrazione e la collaborazione, non solo interdisciplinare (tra servizi di sanità pubblica ed altri servizi sanitari, in particolare quelli dell'area delle cure primarie) ma anche intersettoriale cioè con altri settori della comunità. Inoltre i modelli organizzativi che le singole regioni si sono dati spesso differiscono anche in maniera sostanziale. Non si può però negare che spesso le attività ricomprese influenzino gli stessi modelli organizzativi.

- Nell'assistenza sanitaria collettiva, gli interventi vengono misurati non solo, come generalmente avviene per l'assistenza distrettuale e per quella ospedaliera, in termini di quantità di attività o atti prodotti, ma anche come proporzione di popolazione coperta/non coperta dall'intervento. Questi indicatori di copertura (popolazione target raggiunta, quantità di popolazione che ha modificato un certo comportamento, ecc.), rappresentano un'approssimazione ai benefici di salute, tanto più precisa quanto più è nota la relazione esistente tra intervento ed esito di salute (come nel caso delle coperture vaccinali o di quelle dei programmi di screening oncologici).
- Gli interventi dell'assistenza sanitaria collettiva, siano essi offerti in virtù di una previsione normativa o sulla base della rilevazione di un bisogno di salute, sono abitualmente organizzati in programmi, caratterizzati da obiettivi misurabili, da procedure e metodi, spesso previsti da norme, e sistemi informativi atti a valutare l'attuazione e i risultati. L'implementazione di un programma implica, quindi, l'uso dell'epidemiologia come strumento per analizzare il contesto e selezionare i problemi/bisogni di salute prioritari, individuare gli interventi di provata efficacia, definire gli obiettivi, le corrispondenti azioni e i metodi più idonei al monitoraggio e alla valutazione dei risultati.
- La tutela della salute dei gruppi di popolazione in condizione di particolare disagio sociale, così come la ricerca dell'equità, deve essere presente in ogni programma della sanità pubblica.
- I LEA non riguardano le garanzie sulla qualità o le modalità dell'offerta di programmi e servizi.

Sono emerse inoltre alcune carenze:

- La sorveglianza di sanità pubblica non ha dignità di "prestazione" o "servizio".
- E' assente la prevenzione delle malattie croniche e dei rischi comportamentali.
- E' assente la prevenzione degli incidenti.
- E' assente la nutrizione.
- Sono presenti certificazioni, idoneità e autorizzazioni che molte regioni hanno abolito.

La stesura del Nomenclatore per la classificazione e la codifica delle prestazioni e funzioni dell'Assistenza Sanitaria Collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, nel tenere conto di tali peculiarità e criticità, ha cercato di dettagliare nel miglior modo possibile le attività comprese in questo LEA, fissando alcuni principi generali:

- Individuazione di regole per la definizione dei **contenuti** informativi dei S.I.S. Regionali e Locali sui temi della prevenzione, utili per il superamento delle disomogeneità attuali e quindi per garantire la **confrontabilità** informativa interregionale.
- Taratura di tale omogenizzazione su livelli "essenziali", vale a dire definizione del **livello informativo di minima** per descrivere le attività che le Regioni devono garantire per consentire tale confrontabilità. Ciò al fine di assicurarne la **realizzabilità** in qualunque realtà regionale.
- Valorizzazione dell'ottica di **valutazione dell'efficacia** (per quanto possibile), finalizzando la definizione dei contenuti informativi alla costruzione di **indicatori di "copertura"**.

Nel Nomenclatore è contenuta la Classificazione delle prestazioni di Assistenza Collettiva in ambiente di vita e di lavoro con il relativo sistema di codifica.

La Classificazione tiene conto delle disposizioni del DPCM n.26 del 29/11/2001, in particolare di quelle dell'Allegato 1, secondo il quale le prestazioni di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro sono indicate come Livello1 e sono distinte in 7 sottolivelli, individuati con lettere maiuscole da A a G

- Sottolivello **A** Profilassi delle malattie infettive e parassitarie.

- Sottolivello **B** Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali.
- Sottolivello **C** Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro.
- Sottolivello **D** Sanità pubblica veterinaria.
- Sottolivello **E** Tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale.
- Sottolivello **F** Attività di prevenzione rivolte alla persona vaccinazioni obbligatorie e raccomandate; programmi di diagnosi precoce; medicina dello sport
- Sottolivello **G** Attività di medicina legale.

Nella Classificazione sono stati distinti altri due sottolivelli

- Sottolivello **O** che raggruppa le attività di epidemiologia, di formazione e informazione, implicite nei LEA ma non specificamente richiamate
- Sottolivello **H** che comprende le prestazioni integrate fra più servizi del Dipartimento.

Ad ogni prestazione della Classificazione è stato attribuito un codice.

Il codice delle prestazioni è alfanumerico, strutturato in due parti separate da un trattino sottoslivellato, in modo da poter riconoscere:

- il livello di assistenza 1, Assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro;
- Il sottolivello, individuato con la lettera A; B;C;D,E; F; G; O; H;
- la linea di attività finalizzata a perseguire gli specifici obiettivi del sottolivello, identificata nella cifra che segue la lettera e precede il trattino sottoslivellato;
- l'output rappresentato con la categoria numerica che segue il trattino sottoslivellato.

I codici delle prestazioni elencati del Nomenclatore sono coerenti con quelli presentati nelle Schede per la rilevazione dati, in cui i dati e le variabili da rilevare sono indicati dalla sottocategoria, ossia dalla cifra decimale che dettaglia ogni categoria di output.

La struttura del Nomenclatore ha previsto la disposizione dei contenuti in quattro colonne:

1. codice LEA, in cui è riportata la codifica della prestazione/funzione specifica.
2. descrizione, in cui si descrivono le singole attività in cui la prestazione/funzione si realizza.
3. dati e variabili da misurare, dove sono riportati, per ogni linea di attività, le variabili da considerare per la implementazione del sistema informativo.
4. indicatori: tale colonna rappresenta una prima proposta di indicatori utili alla misurazione e valutazione delle attività ricomprese nel LEA, cercando, quando possibile, di costruire misure di "copertura"; molti di essi presuppongono la disponibilità di archivi anagrafici non uniformemente presenti in tutte le realtà regionali, la cui futura realizzazione e omogeneizzazione dovrà essere un obiettivo della programmazione dei sistemi informativi.

Risultati sperimentazione in alcune realtà regionali.

Nel periodo ottobre 2006-marzo 2007 è stata realizzata la fase di sperimentazione del Nomenclatore per la classificazione e la codifica delle prestazioni di assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro prodotto nell'ambito del tavolo di lavoro Mattoni, per la revisione del sistema informativo per la rilevazione delle prestazioni riconducibili alle voci LEA del DPCM 29.11.2001.

La sperimentazione ha riguardato le Regioni Campania, Emilia-Romagna, Marche, Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Puglia.

L'obiettivo della sperimentazione era di verificare la compatibilità delle singole voci riportate nel "Nomenclatore" rispetto alle informazioni delle schede che costituiscono gli attuali sistemi di raccolta dati delle diverse Regioni: in alcune realtà si è arrivati fino al dettaglio numerico, in altre si è privilegiato un più generale discorso di fattibilità.

L'esito della sperimentazione è stato complessivamente buono, e ha permesso di dimostrare che l'eventuale introduzione del sistema di raccolta dati previsto dal documento in oggetto come sistema informativo routinario delle attività di prevenzione è gestibile con interventi limitati sulle attuali modalità di raccolta dati.

Si è quindi potuta verificare la praticabilità concreta dell'utilizzo del nomenclatore prodotto nell'ambito del Progetto "Mattoni", con la proposta di diversi operatori di integrare l'intero lavoro con un glossario, e definizioni più dettagliate di alcune attività trasversali a diversi livelli di intervento.

Manutenzione

A parte la necessità di produrre eventualmente le integrazioni sopra prospettate ai fini della concreta utilizzazione del nomenclatore proposto, si segnala che la manutenzione del documento dovrà riguardare, in modo specifico, l'adeguamento ad una possibile futura riformulazione dei LEA della Prevenzione collettiva: questo processo infatti è già in corso, e, allo stato attuale, si è conclusa la fase di discussione tecnica con il tavolo di monitoraggio dei LEA, che ha coinvolto il ministero della Salute, il Gruppo di lavoro Mattoni, le Regioni e Province Autonome (attraverso il Coordinamento interregionale della Prevenzione), Società scientifiche ed esperti dei vari settori.

In questo caso, infatti, si renderebbe necessario un aggiornamento del nomenclatore, in quanto l'articolazione dei nuovi LEA della Prevenzione collettiva differisce dalla precedente e prende in considerazione, secondo una impostazione generale già utilizzata dal progetto Mattoni, attività in precedenza trascurate e oggi ritenute fondamentali per promuovere interventi e programmi di sanità pubblica coerenti con le moderne acquisizioni scientifiche e culturali.