

Integrazione delle banche dati sanitarie e socio sanitarie, per una programmazione condivisa.

S. Casazza

CARD Lombardia

Introduzione

In termini moderni, l'integrazione dei percorsi di cura evidenzia la necessità di un governo dell'offerta, mentre la necessità di dare continuità all'assistenza chiama in causa il governo della domanda e la conoscenza dei bisogni degli assistiti.

Si tratta di due facce della stessa medaglia, che devono avvalersi, per la loro piena attuazione, della "lettura" di informazioni disponibili in diverse banche dati, prevedendo il dialogo tra banche dati riguardanti tutti i servizi impattanti sulla persona: quelli sanitari, quelli sociosanitari, quelli assistenziali, quelli sociali.

La **ricomposizione delle banche dati** permette analisi a diversi livelli, in grado, da un lato, di ricostruire il percorso effettivo di cura dell'assistito e di valutarne l'appropriatezza e la completezza, dall'altro, di individuare il luogo ove avviene il soddisfacimento del bisogno, a livello del territorio di residenza dell'assistito o distante da esso, fornendo indicazioni sull'adeguatezza dell'offerta.

In seconda istanza, una banca dati "ricomposta" costituisce la base per individuare strumenti innovativi per la **classificazione della popolazione** finalizzata alla definizione dei potenziali bisogni integrati in termini di allocazione di risorse sanitarie, sociosanitarie e sociali e per la pianificazione e il monitoraggio dei costi.

Un approccio integrato di questo tipo risulta molto utile nell'ambito di alcune tipologie di assistiti caratterizzate dalla presenza sia di bisogni sanitari e sociosanitari che di natura sociale, come ad esempio le persone con disabilità gravissima.

Attualmente, a livello lombardo, i modelli di analisi finalizzati al monitoraggio epidemiologico ed economico della cronicità sono sostanzialmente riconducibili alla Banca Dati Assistito (BDA) e al modello classificatorio che sottende l'impianto organizzativo della Presa in carico (PIC) delle persone con patologie croniche, attraverso il quale è stata determinata una specifica metodologia che consente la definizione di classi omogenee di pazienti in termini di bisogno sanitario, di servizi e costi correlati; entrambi i modelli prevedono l'utilizzo integrato di fonti informative routinarie di tipo sanitario.

Un nuovo approccio deve passare attraverso l'utilizzo dell'intero set di flussi informativi attualmente disponibili presso le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) della Lombardia, integrando oltre ai dati sanitari anche dati di tipo sociosanitario e sociale. Inoltre, questo approccio offrirebbe la possibilità di una stratificazione tridimensionale, affiancando all'asse salute / patologia presente in BDA, anche l'asse della fragilità e l'asse della disabilità.

Metodologia

Una ATS lombarda ha ricostruito, a titolo sperimentale, i consumi di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, le risorse utilizzate e i **percorsi assistenziali intrapresi**, relativamente ad una coorte ben individuata quale quella delle persone con disabilità gravissima, beneficiarie del contributo mensile previsto nell'ambito del Fondo per la non autosufficienza (FNA),

Attraverso queste analisi è stato perseguito l'obiettivo di valutare la percorribilità, per queste persone, di **modelli di presa in carico** in grado di assicurare continuità e appropriatezza dell'assistenza.

Infine, gli approfondimenti effettuati hanno anche "esplorato" l'ipotesi della **costituzione di un budget di cura** per queste persone, così da rispondere in modo sempre più adeguato ai loro bisogni.

Risultati e conclusioni

Il lavoro di analisi dei dati dell'ATS sui consumi sanitari, sociosanitari e sociali delle persone beneficiarie della misura B1 del FNA ha innanzitutto permesso di identificare 4 raggruppamenti, che si caratterizzano per una omogeneità nell'accesso a prestazioni, servizi e misure:

- Autismo e ritardo mentale
- Deficit mobilità
- Demenza
- Dipendenza vitale, coma, stato vegetativo

L'analisi dei consumi per questi raggruppamenti ha permesso di identificare le tipologie di prestazioni e servizi maggiormente fruiti da ciascuna tipologia di disabilità, andando così a caratterizzare gli elementi base del PAI, che sarà chiaramente diversificato in base alla dominanza della dimensione sanitaria / sociale dei bisogni, dal bilancio delle risorse del nucleo di riferimento e dall'età dell'utente. La quantificazione economica del consumo di prestazioni fornisce anche gli elementi per stimare le risorse da destinare al Fondo Unico per la Disabilità.