

Resoconto riunione CUIS del 6 aprile 2016
Tavolo tematico Salute, sanità e assistenza sociale

La dott.ssa Roberta Crialesi (vice coordinatore del Circolo di qualità) apre la riunione illustrando a grandi linee i contenuti informativi dell'attuale servizio *SAN – Salute, sanità e assistenza sociale* che dal 16 aprile p.v. sarà denominato *SSC - Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia*. Come si apprende dalla denominazione verranno aggiunti i settori della previdenza e della giustizia.

Questa nuova riorganizzazione, che coinvolge tutto l'istituto, ha come duplice obiettivo quello di valorizzare al meglio le fonti disponibili integrandole tra di loro e anche con eventuali altre fonti amministrative per limitare il più possibile il carico sui rispondenti.

Il Direttore Generale dott. Tommaso Antonucci illustra a grandi linee il nuovo processo di modernizzazione dell'Istat.

L'offerta di statistiche del settore inserita nel nuovo *Programma statistico nazionale 2017-2019* risponde a diverse esigenze informative provenienti dalla normativa nazionale, da atti programmatici formali dell'amministrazione pubblica e da direttive o regolamenti comunitari.

Le strategie di produzione statistica di questo settore si basano sia su fonti dati di natura amministrativa, nate per finalità di gestione e monitoraggio delle attività della Pubblica amministrazione, sia su dati rilevati con indagini statistiche sulla popolazione e le istituzioni, nonché sulla loro integrazione.

La dott.ssa Roberta Crialesi approfondisce alcuni aspetti delle seguenti indagini:

- **Indagine campionaria sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari:** nell'ultima edizione del 2013 è stato fatto un grande investimento anche da parte del Ministero della Salute per ampliare il campione a 120mila individui ottenendo così indicatori a livello di Asl e di macro aree.
- **Indagine europea sulla salute:** ha un campione più limitato rispetto all'indagine nazionale ma contiene informazioni armonizzate a livello europeo per consentire i confronti fra Paesi.
- **Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza:** per migliorarne la completezza sono state attivate sanzioni per i non rispondenti.
- **Indagine sulle cause di morte:** l'Istat in passato è stato pioniere per il lancio della codifica automatica e attualmente sta lavorando a livello internazionale al nuovo obiettivo della certificazione automatica. Tale progetto però è subordinato alla realizzazione preliminare dell'anagrafe della popolazione (ANPR) in corso di definizione.
- **Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati:** si fanno presenti alcune importanti novità (stimolate anche dalla Cuis) tra cui 1) la progettazione e realizzazione di un censimento annuale di offerta sui servizi educativi per la prima infanzia sia pubblici che privati (convenzionati e non); 2) la diffusione di dati sub-regionali redistribuendo le spese tra i vari Comuni che agiscono in modo associato (non tutte le variabili però sono disponibili a causa di vincoli dati dal Garante della privacy).
- **Studio metodologico per la stima dell'incidentalità stradale alcol e droga correlata:** è stato inserito questo studio progettuale per studiare le varie fonti e trovare una stima più vicina alla realtà.

Con riferimento alla **relazione fra ambiente e stato di salute** non sono ancora presenti progetti specifici nel PSN nonostante siano state condotte alcune analisi in merito; si cita la più recente in relazione all'eccesso di mortalità registrato nei dati preliminari del 2015. La dott.ssa Daniela D'Ippoliti (AIE) descrive la collaborazione tra Istat e AIE nell'analizzare tale evento, indubbiamente legato a fattori demografici (invecchiamento della popolazione) ma anche epidemiologici (popolazioni più fragili che hanno sofferto maggiormente l'eccesso di caldo, epidemie influenzali). Si propone di geolocalizzare l'evento di mortalità acuta legata agli sbalzi di temperature e di collegarlo a un database sulle temperature.

Per sottolineare l'importanza dell'integrazione delle fonti, si fa riferimento al lavoro presente nel PSN **Differenze di mortalità e di ospedalizzazione secondo lo stato di salute, gli stili di vita e il consumo di servizi sanitari** avente come obiettivo la misurazione delle disuguaglianze sulla salute effettuando un record linkage fra fonti diverse sui dati dei pazienti, ovviamente nel totale rispetto delle normative sulla privacy.

Un obiettivo ambizioso e già raggiunto è stato quello di calcolare la speranza di vita per età, genere e titolo di studio, obiettivo possibile solo integrando i dati dell'ultimo censimento con quelli dell'indagine sulle cause di morte.

In prospettiva un nuovo settore su cui puntare per l'integrazione delle informazioni è il Fascicolo Sanitario Elettronico che conterrà, per ogni individuo, tutti i dati sanitari di tutti i contatti avvenuti sul territorio con le strutture del SSN; su propria iniziativa gli individui potranno aggiungere informazioni sanitarie avvenute al di fuori del SSN. Attualmente solo alcune Regioni hanno avviato questa registrazione e solo col consenso dell'interessato. Si tratta ovviamente di dati amministrativi e sarà quindi necessario stabilire quali informazioni potranno essere utilizzabili a fini statistici, oltre a superare alcuni ovvi problemi di privacy.

Con riferimento all'utilizzo di archivi amministrativi a fini statistici si cita lo **Studio di fattibilità per la predisposizione di una lista anagrafica nazionale delle persone con disabilità** all'interno del quale è già stata effettuata una sperimentazione sulle certificazioni rilasciate dalle commissioni medico legali delle Asl.

Tra i sistemi informativi vengono menzionati i seguenti:

- **Sistema Informativo Statistico sulle dipendenze**, ancora in fase progettuale ma ha già prodotto indicatori per la relazione annuale al Parlamento sulla tossicodipendenza.
- **Sistema informativo sulla disabilità**
- **Sistema informativo su sanità e salute Health for All-Italia**, uno strumento utile e consolidato ma che andrebbe ristrutturato con tecnologia più moderna.

Questi sistemi affiancano e completano il sistema informativo generale di diffusione dell'Istat **I.stat** nel quale trovano spazio, in maniera integrata, i dati sulla salute, sui servizi socio-sanitari e sulle condizioni di vita, accanto a tutti gli altri dati che documentano le condizioni sociali ed economiche del nostro Paese.

Vengono evidenziati tre gap informativi sui quali si sta comunque lavorando:

- **Salute e assistenza sanitaria della popolazione immigrata**: accesso ai servizi, alla mediazione transculturale, alla prevenzione, all'introduzione di misure antidiscriminazione per l'accesso ai servizi. È in atto una convenzione tra l'Istat e l'INMP (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà) che darà luogo ad un prossimo convegno tematico.
- **Statistiche sui minori**: informazione sulla dispersione scolastica dei giovani con disabilità. Anche se esiste già un'indagine che si rivolge alle scuole elementari e medie, c'è in progetto una sua estensione anche alle scuole superiori, oltre al raggiungimento delle famiglie tramite le stesse scuole.
- **Salute materno-infantile**: percorso della maternità (esiti del concepimento, medicalizzazione della gravidanza e del parto, buone pratiche per il sostegno all'allattamento e alla sua durata); salute perinatale. Alcune tematiche sono state approfondite con l'Indagine sulle condizioni di salute e ricorso servizi sanitari già citata. È in programmazione l'uscita di un ebook sulla salute riproduttiva. Con il nuovo studio progettuale **Studio di fattibilità per il miglioramento delle statistiche sulla natimortalità** si ha l'obiettivo di armonizzare la definizione di natimortalità (e il relativo flusso di dati) al contesto europeo.

Dopo questa dettagliata premessa la dott.ssa Roberta Cialesi invita i partecipanti a intervenire.

La Cogis richiede chiarificazioni su quali azioni sono state intraprese nelle attività elencate nella slide. La dott.ssa Roberta Cialesi replica come segue:

- **Coordinamento nazionale dei progetti regionali di integrazione dati di salute e socio-demografici:** si lavora sull'integrazione tra fonti dirette e amministrative agendo nel rispetto totale della normativa sulla privacy; il fatto che siano lavori presenti nel PSN ne è un'ulteriore garanzia.
- **Spesa sanitaria secondo System of Health Accounts:** vi è un ritardo storico dell'Italia insieme a pochi altri Paesi però l'Istat sta lavorando col Ministero della Salute e con la Ragioneria Generale dello Stato per adattare, per quanto possibile, le definizioni dei flussi amministrativi alle richieste internazionali.

La dott.ssa Margherita Brunetti (dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza) manifesta l'interesse sulle informazioni relative ai minori e chiede se sia possibile, all'interno della rilevazione sulla spesa sociale dei Comuni, avere un maggior dettaglio in termini di utenza e di spesa. La dott.ssa Giulia Milan (Istat) replica che all'interno di tale rilevazione ci sono diverse indagini autonome tra cui quella sui servizi socio educativi per la prima infanzia che per alcuni tipi di servizio già identifica come utenza i soli minori (es. servizi ricreativi). Per altri tipi di servizio il Comune non fa distinzioni e diventerebbe oneroso dettagliare ulteriormente il questionario. Nonostante ciò è un'esigenza che l'Istat accoglie, proponendo di lavorare sul nomenclatore per scorporare alcuni servizi e aggiungere informazioni senza gravare troppo sui rispondenti.

La dott.ssa Monica Attias (Istat) invita tutti i presenti a inviare richieste circostanziate che devono essere prese in carico non solo dall'Istat ma da tutto il sistema Sistan.

Il dott. Renato Marinaro (Caritas), nel citare l'esperienza passata del Censimento delle attività socio assistenziali delle diocesi, presenta le difficoltà di utilizzo del sistema di classificazione ATECO dell'Istat. La dott.ssa Roberta Cialesi richiama l'esperienza fatta con le Regioni per la costruzione di un nuovo nomenclatore che superi le rigidità dell'ATECO.

Alla richiesta di maggiori informazioni sulla ristrutturazione organizzativa dell'Istat interviene il Direttore Generale dott. Tommaso Antonucci che illustra i due principali obiettivi: rafforzare l'integrazione tra le diverse fonti (amministrative, di indagine, big data) e ridurre il carico sui rispondenti. Cambia quindi il modello di produzione (cfr. ai documenti presenti sul sito dell'Istat): non ci sono più settori che si occupano di tutte le fasi, ma il processo produttivo viene suddiviso in raccolta dati e produzione (il cui punto di forza è rappresentato proprio dall'integrazione dei temi). Il dott. Tommaso Antonucci rassicura inoltre che le indagini sociali non subiranno alcuna 'dequalifica' come emerso in recenti polemiche presenti sui mass media.

La dott.ssa Rossella Celmi (Organizzazione Internazionale delle Migrazioni - OIM) fa presente che la propria organizzazione rileva i dati sanitari dei migranti che sbarcano in Italia e li invia alle Aziende sanitarie. Esprime la necessità di gestire questi dati ai fini di prevenzione e sorveglianza, e di ottimizzare lo scambio (tra enti nazionali e internazionali) dei dati sanitari comunque soggetti a evidenti problemi di privacy. Si richiede maggior chiarezza sugli ostacoli posti dal Garante e un lavoro comune per superarli nell'interesse della salute pubblica. La dott.ssa Roberta Cialesi propone un approfondimento sul tema e quindi un'eventuale collaborazione dell'Istat sugli aspetti tecnici e sull'utilizzo dei dati per l'interesse del Paese.

La dott.ssa Francesca Alfano (Coldiretti) esprime l'esigenza avere nuove chiavi di lettura del settore agro-alimentare, oltre a quanto già rilevato dal Censimento dell'agricoltura. Come argomento pertinente a questo tavolo un approfondimento dell'agricoltura sociale che rientra nelle varie forme di welfare: le aziende si stanno evolvendo in questa direzione, si esprime quindi l'esigenza di conoscere tali realtà non solo dal punto di vista politico-sindacale ma anche statistico.

Inoltre sarebbe interessante avere indicatori che misurino l'evoluzione e le tendenze del mercato e le ripercussioni sulla salute.

La dott.ssa Roberta Cialesi ricorda che l'Istat diffonde indicatori sull'obesità e sul consumo di alimenti e bevande, mentre informazioni sull'agricoltura sociale dovrebbero già essere rilevate dall'indagine sulla spesa sociale dei Comuni, seppur difficilmente scorponabili per com'è strutturata attualmente l'indagine. Si

invita a esprimere nel dettaglio le esigenze per valutare la fattibilità di inserimento di voci più specifiche, oltre a presentare tali argomenti presso altri tavoli, trattandosi di una tematica trasversale. L'aspetto più pertinente a questo tavolo è senza dubbio l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità.

Interviene il dott. Pierpaolo Prandi (Alleanza delle cooperative Italiane) che sottolinea il ruolo della cooperazione sociale, molto presente anche nel settore agro alimentare. L'integrazione tra fonti prevista dalla nuova organizzazione dell'Istat è certamente un aspetto positivo in quanto può fornire informazioni aggiuntive e più dettagliate rispetto a quelle già presenti rilevate anche dal censimento (ad esempio con riferimento al mondo no profit). Seguirà una richiesta più dettagliata (cfr. allegato 1).

A conclusione della riunione la dott.ssa Roberta Crialesi invita i partecipanti a fornire una breve sintesi degli interventi come integrazione al verbale della riunione, ma anche una proposta più strutturata da presentare alla prossima XII Conferenza Nazionale di Statistica che si terrà nei giorni 22-24 giugno 2016.

ALLEGATO 1

Comunicazione inviata successivamente dal dott. Pierpaolo Prandi (Alleanza delle cooperative Italiane)

LA FILIERA COOPERATIVA NEL NUOVO WELFARE

Le cooperative della filiera sociale e sanitaria operano nel settore dell'assistenza sociale e dei servizi alla persona, in particolare nei servizi socio sanitari (anche ad alta specializzazione sanitaria), assistenziali, educativi e di inserimento lavorativo di persone svantaggiate. Vi sono poi, le cooperative tra medici, legate prevalentemente alla diffusione delle diverse forme di medicina associata, e le cooperative farmaceutiche, attive nella distribuzione intermedia dei prodotti farmaceutici e parafarmaceutici e, in taluni casi, attive anche nella gestione diretta delle farmacie (in quest'ultimo settore sono altresì presenti le cooperative di consumo e quelle tra dettaglianti). In questo modello di nuovo Welfare multiprofessionale, cooperativo e integrato, che coniuga la gestione dei processi assistenziali in logica di continuità, trovano spazio anche le mutue che contano oltre 450mila soci.

LE PROPOSTE PER LA PRODUZIONE STATISTICA

Nell'ambito dell'evoluzione delle ricerche Istat nel welfare si propongono come aree d'indagine:

1. L'assistenza e i servizi ai migranti;
2. L'assistenza e i servizi ai minori;
3. L'assistenza e i servizi all'infanzia;
4. L'assistenza e i servizi agli anziani;
5. L'area delle cosiddette Long Term Care.

LA PROPOSTA PER UNA INDAGINE SUL LONG TERM CARE

Si propone, tra le aree d'indagine, il settore sociosanitario ed in particolare l'area delle cosiddette Long Term Care: assistenza domiciliare integrata e assistenza residenziale in strutture sociosanitarie.

L'area delle LTC infatti è afflitta da una cronica carenza di dati, sia di output (prodotti) che di outcome (risultati). Le poche elaborazioni disponibili sono frammentarie, poco aggiornate e qualitativamente poco approfondite.

Tale valutazione, tra l'altro, è condivisa dal Ministero della Salute.

Le criticità:

Aggiornamento: i dati di attività ADI e quelli relativi ai posti letto residenziali e semiresidenziali messi a disposizione dal Ministero della Salute e dall'ISTAT, risalgono al 2011-2012.

Frammentazione e qualità dei dati: i dati ADI, messi a disposizione dal SSN, non computano le prestazioni erogate dai Comuni, non sono distinti per erogatore (pubblico/privato), non sono classificati per tipo di assistenza erogata (è indicata però la percentuale di anziani e malati terminali trattati). Manca qualsiasi indicatore di risultato.

Pur a fronte di dati più dettagliati, un discorso analogo vale per l'assistenza semiresidenziale e per quella residenziale.

Gli obiettivi di una possibile linea di indagine:

Proponiamo un'indagine che dia un quadro generale e aggiornato dell'offerta di LTC nel contesto italiano (obiettivo 1) ma al contempo, magari con un'indagine campionaria, fornisca un approfondimento qualitativo (2 e 3) sul fenomeno indagato e sulle sue criticità (4 e 5).

Gli obiettivi potrebbero quindi essere:

1. fornire dati di output aggiornati e recenti;
2. realizzare un focus sui soggetti erogatori (Comuni, ASL, privato accreditato), sulla natura del privato coinvolto (profit o non profit), sulla modalità di selezione (accreditamento, appalto, ecc.) e sulle professionalità che erogano il servizio (medico, terapeuta, infermiere, OSS, psicologo, assistente sociale, ecc.);
3. realizzare un focus gli utenti di questa tipologia di servizi (es. per tipologia di assistenza ecc...);
4. individuare indicatori che misurino la disomogeneità territoriale nell'offerta di LTC (es. differenziale liste di attesa fra Comuni limitrofi);

5. individuare indicatori che misurino lo scarto tra richiesta di servizi ed accesso agli stessi (es. richieste di presa in carico inevase).