

GRUPPO REPORTISTICA OBBLIGATORIA ALLA C.E.
Analisi delle esigenze di reporting sulla AST nella UE

Obblighi di reporting legati alla direttiva 2011/24 UE (art 20)

L'articolo 20 della Direttiva 24 definisce, nei primi due paragrafi, l'ambito del reporting periodico che la Commissione dovrà effettuare al Parlamento e al Consiglio Europeo

1. Entro il 25 ottobre 2015, e successivamente ogni tre anni, la Commissione redige una relazione sul funzionamento della direttiva e la presenta al Parlamento europeo e al Consiglio.
2. La relazione contiene in particolare le informazioni sui flussi dei pazienti, sulle dimensioni finanziarie della mobilità dei pazienti, sull'attuazione dell'articolo 7, paragrafo 9, e dell'articolo 8, e sul funzionamento delle reti di riferimento europee e dei punti di contatto nazionali. A tal fine, la Commissione procede a una valutazione dei sistemi e delle prassi messi in atto negli Stati membri, alla luce degli obblighi previsti dalla presente direttiva e dalla restante legislazione dell'Unione sulla mobilità dei pazienti.

Gli Stati membri forniscono alla Commissione l'assistenza e tutte le informazioni disponibili per svolgere la valutazione e preparare le relazioni.

Le informazioni da fornire sono state dettagliate in un questionario inviato dalla Commissione e da una serie di chiarimenti successivi tra il Ministero e la Commissione stessa, laddove si definisce che:

- i dati da fornire per il primo report riguardano l'attività del 2014
- dovranno essere considerate separatamente le richieste di informazioni (NCP), le autorizzazioni e i rimborsi gestiti nell'anno di riferimento, a prescindere dal momento di avvio della richiesta: volendo esemplificare, una richiesta di autorizzazione rilasciata nel 2013, per la quale venga richiesto il rimborso nel 2014, verrà considerata nel primo report solo per quanto riguarda il rimborso.
- Non dovranno essere fornite informazioni sulle reti di riferimento, in quanto nel 2014 si troveranno in fase di avvio

A valle dell'esame del questionario di reporting, si presenta di seguito di seguito una sintesi delle esigenze correlate e delle criticità che emergono, articolate per aree di rilevazione, così come presentate nel questionario stesso.

Informazioni sui National Contact Point

In questa sezione vengono richieste:

1. **informazioni anagrafiche sui NCP** istituiti nello stato membro
2. **dati numerici sulle richieste di informazioni** sulla AST pervenute ai NCP, disaggregate separatamente per:
 - a. **canale di richiesta** (Sito Web, email, Telefono, Desk, IMI, Altro da specificare)
 - b. **tipologia di informazione richiesta**; la disaggregazione richiesta ricalca da una parte le tipologie di obblighi informativi previsti dalla direttiva, ma aggiunge espressamente la rilevazione delle richieste anche in funzione della normativa di riferimento, ovvero la direttiva stessa e i regolamenti di sicurezza sociale.
 - i. Diritto di accesso all'assistenza sanitaria nella UE ai sensi della Direttiva
 - ii. Diritto di accesso all'assistenza sanitaria nella UE ai sensi dei Regolamenti di Sicurezza sociale

- iii. NCP di altri Stati membri
- iv. Procedure da seguire per l'accesso all'assistenza sanitaria nella UE
- v. Cure soggette ad autorizzazione preventiva
- vi. Procedure di rimborso
- vii. Prestatori di assistenza
- viii. Trattamenti
- ix. Standard e politiche di qualità e sicurezza delle cure in Italia
- x. Tariffe
- xi. Altro (da specificare)

Per quanto riguarda l'area di rilevazione in generale, un primo interrogativo riguarda **i punti di rilevazione**, ovvero se la rilevazione debba riguardare, rispetto alla specifica situazione italiana, solo l'unico NCP centrale o anche le richieste di informazioni pervenute alle strutture territoriali coinvolte nella AST, ovvero le ASL ed eventualmente le Regioni e le Province a statuto speciale. Il questionario parla solo di NCP, ma contempla la possibilità che esistano più Punti Nazionali di Contatto.

Per quanto riguarda la rilevazione dei dati numerici sulle richieste di informazione per tipologia di informazione richiesta, è confermata l'esigenza di una **classificazione multipla delle richieste di informazioni**, per le quali è naturale attendersi la presenza di più argomenti in un singolo contatto; tale esigenza (classificazione multipla) è ulteriormente confermata dalla indicazione della necessità di classificazione in anche funzione della normativa di riferimento (Direttiva/Regolamenti). Si prospetta quindi una "squadatura" tra i totali ottenibili dalle due tipologie di disaggregazione. Il totale delle richieste dovrà essere calcolato separatamente, a prescindere dai dati parziali disaggregati, calcolando quindi un totale solo sul numero delle richieste, a prescindere della loro classificazione.

Per quanto riguarda l'aspetto qualitativo della rilevazione, ovvero "cosa" rilevare, dal questionario e dalle verifiche con la Commissione emerge sicuramente che **la rilevazione è estesa alle problematiche legate ai regolamenti** incluse **le richieste di informazione al di fuori del campo di azione della direttiva** (ad esempio su problematiche che ricadono nel raggio di azione della TEAM- che rientra nell'ambito dei regolamenti); non vanno invece considerate, almeno ai fini del reporting verso la Commissione, le richieste che non riguardano la normativa di derivazione comunitaria.

Da definire ancorail **momento di riferimento della rilevazione**, ovvero se debba avvenire rispetto alla domanda o rispetto alla risposta; se da una parte è pacifico che per il canale di richiesta si tratti della domanda, non lo è altrettanto per quanto riguarda la tipologia di informazione, soprattutto per la rilevazione della normativa di riferimento.

Limitazioni relative ai pazienti in ingresso

La rilevazione è molto limitata, e riguarda:

- 3. **la descrizione dei criteri** di implementazione dei meccanismi relativi a qualsiasi limitazione all'ingresso ai sensi dell'art. 4.3
- 4. **il numero** (eventualmente stimato) **di pazienti in ingresso** per i quali è stato limitato l'accesso alle cure in Italia

Per quanto riguarda quest'area di rilevazione:

- non abbiamo notizia ad oggi di una previsione normativa nazionale sulla limitazione in ingresso; è necessario valutare se esistano o possano essere adottate **limitazioni a livello territoriale** (regioni o ASL) e come rilevarle
- emergerebbe una consistente criticità per la misura del numero di pazienti qualora la limitazione venisse opposta direttamente dai prestatori di assistenza, senza obbligo di comunicazione alla ASL o alla Regione

Pazienti in uscita – cure non soggette ad autorizzazione preventiva

Per quest'area le esigenze di rilevazione sono piuttosto semplici e si concentrano sulle

5. richieste di rimborso:

- a. totale,
- b. accolte/rimborsate,
- c. lavorate entro il tempo limite
- d. valore totale dei rimborsi;

l'unica **disaggregazione** richiesta, **per stato membro di cura**, riguarda le **richieste accolte/rimborsate**. In relazione alla disaggregazione, il questionario specifica espressamente che si tratta di richieste di rimborso ai sensi della direttiva

Pazienti in uscita – cure soggette ad autorizzazione preventiva

È l'area di rilevazione più articolata, e che investe:

6. le richieste di autorizzazione preventiva:

- a. totale,
- b. autorizzate,
- c. lavorate entro il tempo limite;

7. viene richiesto inoltre il **tempo limite** (o una sua media, se questo non è unico) comunicato ai pazienti per le richieste rifiutate a fronte della possibilità di fornire la prestazione entro un tempo ragionevole (ai sensi dell'art. 8.6.d).

8. Viene richiesta inoltre una **disaggregazione delle richieste autorizzate** separatamente per:

a. stato membro di cura

b. **tipologia di cura**, laddove la classificazione richiesta corrisponde alle motivazioni per cui uno stato può assoggettare le richieste ad autorizzazione preventiva, ovvero:

- i. ricovero ≥ 1 notte;
- ii. infrastrutture/macchinari altamente specializzati/costosi;
- iii. rischio per paziente;
- iv. rischio per popolazione;
- v. prestatore "preoccupante"

9. le relative richieste di rimborso:

- a. totale,
- b. accolte/rimborsate,
- c. lavorate entro il tempo limite) e
- d. il valore totale dei rimborsi

10. le **richieste di autorizzazione respinte** laddove viene richiesta una **disaggregazione per motivo di rifiuto**, da indicare tra i seguenti (non esaustivi):

- i. rischio per paziente
- ii. rischio per popolazione

- iii. prestatore “preoccupante”
- iv. possibilità di fornire le cure sul territorio nazionale entro un termine giustificabile

È necessario prevedere **classificazioni multiple** per le rilevazioni relative a:

- Richieste autorizzate per tipologia di cure
- Richieste respinte per motivazione di rifiuto

Calcolo della **media dei giorni limite**

Al di là della singolarità della richiesta, bisognerà definire se la media debba essere una media semplice, ovvero calcolata rispetto ad un numero di giornate standard associate alla singole tipologie di cura (ammesso che questi standard siano definiti), oppure se si debba effettuare un calcolo ponderato rispetto alle singole situazioni (solo rifiuto) in cui i giorni limite siano stati comunicati all'utente in sede di richiesta di autorizzazione.

Come classificare le richieste di cure soggette ad autorizzazione preventiva per le quali l'**autorizzazione** non sia stata richiesta, ma per le quali viene richiesto il rimborso (la Commissione non ha chiarito)

Definire se debbano essere rilevate nell'ambito del punto 5 (sembra la scelta più opportuna) o del punto 6 + seguenti

Problematiche generali della rilevazione

Si riprendono sotto questo punto le problematiche di rilevazione comuni a più aree, per consentirne un inquadramento generale.

Livello territoriale di rilevazione

Se da una parte esiste il dubbio sullo spingere fino al livello territoriale la rilevazione delle richieste di informazioni al NCP, per quanto riguarda richieste di autorizzazione e/o rimborso inerenti le cure (dal punto 5 in poi) emerge sicuramente la necessità di effettuare la rilevazione a livello di ASL, visto che saranno le ASL stesse a gestire autorizzazioni e rimborsi. Si segnala infine il rischio di dover spingere la rilevazione a livello di singole strutture (prestatori di cure) qualora fossero queste ad opporre limitazioni all'ingresso di pazienti stranieri, senza comunicazione alla ASL o alla Regione.

Proposte operative

Verificare immediatamente la capacità delle Regioni e delle PP. AA. di conferire i dati richiesti, limitandosi strettamente a quanto richiesto dalla Commissione. Il Ministero definirà le modalità di conferimento dei dati, fornendo al momento della verifica un file Excel di esempio per il conferimento dei dati; sarà opportuno effettuare una “prova generale” sui dati 2013.

Successivamente alla verifica, le Regioni, le PP. AA. e il Ministero valuteranno l'opportunità di realizzare una applicazione centralizzata per l'imputazione diretta da parte delle ASL dei dati richiesti, piuttosto che per il conferimento dei file contenenti i dati stessi. In particolare, per quanto riguarda le eventuali autorizzazioni preventive, verrà valutata l'opportunità di modificare l'applicazione TECAS per consentire anche la gestione delle autorizzazioni rilasciate ai sensi della Direttiva.

Per quanto riguarda la fase di esercizio, anche in base a quanto derivabile implicitamente dal questionario, si è convenuto sull'opportunità di far confluire le informazioni richieste sul Punto di Contatto Nazionale, che provvederà alla compilazione del questionario ed al suo invio.