

IL PUBLIC REPORTING  
IN SANITÀ:  
RIFLESSIONI E PROPOSTA  
DI UN NUOVO  
STRUMENTO OPERATIVO

**Ferruccio Pelone, Walter Ricciardi**

**Prefazione di Tim Kelsey**

Direttore nazionale per i pazienti e l'informazione del National Health Service (NHS) Inglese

**Direzione Organizzazione e Coordinamento a cura di Gualtiero Ricciardi**



QIIPH - 2013, VOLUME 2, NUMBER 10

ITALIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

# Indice

<b>PREFAZIONE. LA TRASPARENZA È LA CHIAVE PER TRASFORMARE IL SERVIZIO ALL'UTENTE NELL'NHS</b>	
<i>Tim Kelsey</i> .....	1
<b>PERCHÈ UN LIBRO DEDICATO AL PUBLIC REPORTING IN SANITÀ</b> .....	3
<b>IL PUBLIC REPORTING COME STRUMENTO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE</b>	
<i>Ferruccio Pelone, Walter Ricciardi</i> .....	6
<b>IL PUBLIC REPORTING IN SANITÀ, PROPOSTA DI UN NUOVO STRUMENTO OPERATIVO</b>	
<i>Walter Ricciardi</i> .....	25
<b>RIFLESSIONI CONCLUSIVE</b>	
<i>Walter Ricciardi</i> .....	35
<b>ALLEGATO TECNICO. PROGETTAZIONE INFORMATICA E REALIZZAZIONE GRAFICA DI DOVECOMEMICURO.IT</b>	
<i>Walter Ricciardi</i> .....	38



QIIPH - 2013, VOLUME 2, NUMBER 10

# ITALIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

## Prefazione

# La trasparenza è la chiave per trasformare il servizio all'utente nell'NHS

*Tim Kelsey*

Vai in un ospedale con tua figlia disabile. Lo fai quasi tutti i giorni perché tua figlia ha regolarmente crisi ed emergenze mediche.

Tutti i giorni devi cominciare tutto da capo perché l'ospedale non sa chi sia tua figlia e devi riempire altre scartoffie. Quindi aspetti e aspetti perché il personale deve trovare un sollevatore per spostare la tua bambina dalla sedia a rotelle sul letto. Perché non è stato possibile chiamare in anticipo per dirgli che stava arrivando? Ancora ore e ore di attesa.

Questo è l'NHS nell'esperienza di una madre che ho incontrato di recente: quotidiana perdita di dignità, trattamento disumano e sulla sua faccia chiarissimo il costo umano di tutto ciò. Questo non accade ovunque, tutti i giorni o ad ogni paziente, ma è necessaria una trasformazione nella qualità del servizio e dell'assistenza erogati agli utenti – i pazienti devono essere rispettati come persone. L'NHS appartiene a tutti noi.

Io ho due gemelli e ci è capitato di ricevere dall'ospedale lettere per appuntamenti dopo che la data di questi era già passata o che facevano confusione tra i due ragazzi e i loro problemi di salute. Inconvenienti per noi, ma un servizio che non è del tutto cosciente di ciò che riguarda i propri pazienti, assistiti o clienti e che non sa sempre con accuratezza chi sta trattando non è in grado di garantirne la sicurezza.

È la mancanza di dati, conoscenza e informazioni il nostro più grande problema e la nostra più grande opportunità. Trasparenza in sanità (ovvero sviluppo di una cultura della condivisione dei dati sicura e allo stesso tempo aperta tra medici e pazienti) sarà il contributo

più importante di questa generazione per la sostenibilità dell'NHS. Nell'ambito delle politiche pubbliche questa è la più importante innovazione del nostro tempo. La vitalità del nostro servizio sanitario, in un'epoca di ristrettezze finanziarie e di sfida demografica, dipende dall'assunzione da parte dei pazienti di un maggiore controllo sulla propria salute e assistenza – un nuovo modello operativo in cui, attraverso la condivisione di informazioni senza soluzione di continuità, l'NHS liberi la potenza delle persone che assiste.

Per trasformare il servizio all'utente è necessaria una rivoluzione nella trasparenza, e ciò è il motivo per cui questa è una delle priorità strategiche fondamentali per l'NHS Inglese.

L'estate del 2013 è piena di punti di riferimento – iniziative concrete che forniranno ai medici dati più accurati in modo da migliorare i propri risultati e dare ai pazienti nuovi strumenti e nuove libertà per decisioni più consapevoli e poter partecipare attivamente e in prima persona alla propria cura e al proprio benessere.

Queste sono le tre innovazioni storiche:

- Questo luglio i risultati clinici dei singoli specialisti verranno pubblicati da dieci Società di chirurgia, comprese quelle di chirurgia cardiaca, vascolare e ortopedica.
- Nel mese di luglio ogni ospedale in Inghilterra pubblicherà i risultati del progetto "Friends and Family data", fornendo una nuova visione sulla qualità della soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi locali.
- Nella tarda estate, i primi dati, resi anonimi, che collegano il percorso del paziente tra cure primarie e secondarie

saranno disponibili. Questo trasformerà la nostra comprensione dei risultati dell'assistenza.

Messi insieme, questi rappresentano i più grandi cambiamenti mai intrapresi da un servizio sanitario pubblico in tutto il mondo per mettere la trasparenza e la partecipazione attiva del paziente al centro del sistema sanitario.

Vi sono altri passi che dobbiamo fare con urgenza per rendere reale la rivoluzione dei dati. Avremo bisogno che tutti i providers dell'NHS Inglese usino il codice NHS come principale identificativo in modo che tutti i dati possano essere collegati e i pazienti identificati con precisione.

Mai più la madre che ho incontrato dovrà

aspettare per ore che un sollevatore arrivi al letto della figlia. Da aprile 2014 questo sarà un obbligo contrattuale per i providers.

Questo è un passo fondamentale sulla strada della piena implementazione di un sistema sicuro di archiviazione digitale dei dati nell'NHS. Dati senza interruzione, interoperabili, accessibili al paziente e al medico in tempo reale potranno finalmente garantire risultati e assistenza di alta qualità per tutti.

La trasparenza è il futuro di un Servizio Sanitario Nazionale fatto di persone e il futuro è aperto.

***Tim Kelsey è il direttore nazionale per i pazienti e l'informazione dell'NHS Inglese.***



## Perchè un libro dedicato al Public reporting in Sanità

Il *Public reporting* (PR), inteso come diffusione al pubblico di informazioni sulle performance ospedaliere di erogatori “non-anonimi”, organizzate secondo un metodo comparativo, è legato al miglioramento della qualità dell’assistenza ospedaliera attraverso le leve della selezione e del cambiamento, a loro volta determinate dalla disponibilità di informazioni comparative ad uso di fruitori “esterni” – cittadini – e “interni” – organizzazioni e professionisti (capitolo 1).

Negli ultimi decenni il settore sanitario ha assistito a grandi mutamenti, destinati inevitabilmente a modificare da un lato il modo in cui i cittadini potranno rivolgersi ai servizi sanitari dall’altro il modo in cui le strutture ospedaliere verranno chiamate a “rendersi conto, per rendere conto” delle prestazioni erogate.

In questo contesto si è diffuso il PR, una strategia per promuovere la trasparenza e la scelta informata dei consumatori e stimolare il miglioramento della qualità delle cure aumentando la responsabilità degli erogatori rispetto alla loro offerta (capitolo 2, parte prima).

In Italia strumenti di PR, rivolti al cittadino, non risultano disponibili; viceversa il PR è una pratica largamente diffusa nel panorama internazionale. Stati Uniti e Regno Unito, quasi due decenni fa, sono stati i primi a dare impulso allo sviluppo di questa strategia, con l’obiettivo prioritario di accrescere la responsabilità pubblica e di sostenere la scelta dei consumatori nel settore sanitario, al fine di migliorare la qualità dei servizi di salute. A partire dal loro esempio, i governi di molti altri Paesi hanno compiuto sforzi coscienziosi per promuovere il miglioramento della qualità attraverso lo sviluppo di sistemi di PR; la loro implementazione è stata fortemente influenzata dalle differenze nella struttura dei finanziamenti e nella natura giuridica dei fornitori, oltre che dagli assetti istituzionali e dalle direzioni

politiche dei vari governi. Nonostante i decenni di esperienza internazionale, la letteratura scientifica non offre prove inequivocabili che dimostrino la capacità del PR di migliorare la qualità finale dei servizi sanitari. Sono univoche le prove di efficacia che dimostrano l’impatto positivo del PR nel migliorare i processi di scelta dei cittadini, nel rafforzare la trasparenza e l’*accountability* delle strutture ospedaliere e nel migliorare l’efficienza dei servizi da questi offerti (capitolo 2, parte seconda).

Trasparenza ed *accountability* costituiscono i maggiori *driver* per il miglioramento della qualità dei sistemi sanitari: parte della letteratura è concorde nell’affermare che la metodica del PR offra i suoi maggiori benefici nell’incentivare gli erogatori di prestazioni sanitarie a migliorarsi mediante analisi comparative, nell’aiutare i pazienti a prendere decisioni informate e nell’incoraggiare investitori privati e programmi pubblici a premiare qualità ed efficienza.

Tale elaborato analizza l’impatto della pubblicazione di dati, riguardanti le performance delle strutture d’offerta, sulla qualità dell’assistenza sanitaria, evidenziandone minacce e opportunità ed avanza una nuova proposta operativa, doveecomemicuro.it, di concretizzazione del *Public reporting* in riferimento al contesto sociale e sanitario italiano. Sul piano teorico doveecomemicuro.it, attraverso la pubblicazione dei dati riguardanti le performance degli erogatori sanitari, realizzato seguendo un procedimento comparativo tra le strutture sanitarie, fornisce al cittadino e all’erogatore sanitario una conoscenza dei fatti tale da attivare due percorsi di miglioramento nell’assistenza sanitaria: dal lato del cittadino dà vita a un meccanismo di selezione delle strutture sanitarie basato sulla loro performance; dal lato delle strutture sanitarie attiva processi di cambiamento organizzativo basati sul *benchmarking* (capitolo 3).

RINGRAZIAMENTI

**Agnese Lazzari**

Dottore di Ricerca in Economia e Management di Sanità Pubblica

**Alessio Izzi**

Dottore in Economia e gestione delle aziende e dei servizi sanitari

**Anna Chiara De Leva**

Dottore in Economia e gestione delle aziende e dei servizi sanitari

**Antonio Giulio de Belvis**

Ricercatore, Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Clinical Governor Policlinico Universitario "A. Gemelli"

**Chiara Cadeddu**

Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva

**Chiara Salsiri**

Dottore in Economia e gestione delle aziende e dei servizi sanitari

**Danila Basso**

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

**Chiara De Waure**

Ricercatore, Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

**Francesco Di Nardo**

Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva

**Giuseppe Furia**

Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva

**Ilaria Mannarelli**

Dottore in Economia e gestione delle aziende e dei servizi sanitari

**Marco Colotto**

Specialista in Medicina Interna. Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva

**Maria Avolio**

Dottoranda in Economia e Management di Sanità Pubblica

**Maria Lucia Specchia**

Ricercatore, Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Coordinatore Polo Oncologico Policlinico Universitario "A. Gemelli"

**Maria Tanzariello**

Dottoranda in Economia e Management di Sanità Pubblica

**Marta Marino**

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

**Martina Ricciardi**

Copywriter - Esperta Marketing e Pubblicità

**Matteo Raponi**

Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva

**Paolo Campanella**

Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva

**Paolo Parente**

Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva

**Roberto Falvo**

Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva

**Tiziana Sabetta**

Coordinamento Redazionale - Organizzazione; Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

**Sabina Bucci**

Dottore in Economia e gestione delle aziende e dei servizi sanitari

**Andrea Silenzi**

Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva

**Simone Lilli**

Dottore in Economia e gestione delle aziende e dei servizi sanitari



# Il Public reporting come strumento di miglioramento della qualità assistenziale

Ferruccio Pelone, Walter Ricciardi

*“Data and facts are not like pebbles on a beach, waiting to be picked up and collected. They can only be perceived and measured through an underlying theoretical and conceptual framework, which defines relevant facts, and distinguishes them from background noise”* (Wolfson M, 1994).

In linea con il pensiero di Wolfson, molti Paesi Occidentali hanno cominciato a sviluppare quadri concettuali per il monitoraggio, la misurazione e la gestione delle performance dei propri sistemi sanitari al fine di garantire maggiore trasparenza, *accountability* e miglioramento della qualità. Tra questi rientra a pieno titolo il *Public reporting*. Tale modello, fondato sulla centralità del paziente, rimpiazza i precedenti prototipi paternalistici che ponevano al centro la figura del medico (*“doctor-centered model”*). Perseguendo l’obiettivo di creare un processo decisionale condiviso tra i vari attori del sistema, l’idea che i singoli utenti abbiano diritto di informazione costante sta guadagnando terreno. In molti Paesi, europei e non, sono sorte vere e proprie associazioni di pazienti, simili ai movimenti sociali degli anni ’70-80, che hanno partecipato e partecipano attivamente alla definizione di linee guida e indicatori di performance relativi all’assistenza sanitaria. Nei Paesi Bassi, ad esempio, organizzazioni di cittadini hanno preso parte allo sviluppo di leggi appositamente destinate al riconoscimento dei diritti dei pazienti (Van der Weijden T et Al., 2007; Delnoij DMJ, 2009), stimolato la raccolta dei dati, condotto indagini e pubblicato risultati attraverso fonti quali Internet. L’inclusione degli utenti sanitari, quali attori chiave del mercato della sanità, è radicata nei presupposti teorici aventi ad oggetto gli effetti della selezione e della scelta da parte degli stessi. Tali ipotesi riconducono alla teoria di Hirschman (1970) secondo cui

le organizzazioni sanitarie devono la loro “fortuna” alle opinioni espresse dai propri clienti. Hirschman evidenzia come individui non soddisfatti delle prestazioni ricevute da un’organizzazione tendano in seguito a rivolgersi altrove (*exiting*), o come, pur rimanendo in essa, tentino di migliorarne le prestazioni dando voce alla propria insoddisfazione (Hirschman AO, 1970).

Le evidenze scientifiche dimostrano come l’implementazione di sistemi di rendicontazione pubblica in Sanità inneschi impulsi positivi nei meccanismi di concorrenza all’interno dei “mercati” sanitari. Come risultato di detti processi, i sistemi di PR hanno il potenziale, non solo di supportare gli utenti sanitari nel compiere scelte consapevoli, ma anche di favorire le strutture sanitarie nel miglioramento delle loro prestazioni attraverso il *benchmarking* e di incoraggiare le assicurazioni, pubbliche e private, a premiare qualità ed efficienza nella selezione delle strutture d’offerta.

## 1.1 Il framework teorico sottostante al Public reporting in Sanità: il modello di Berwick

Il concetto di qualità in Sanità è un concetto dinamico, un’organizzazione sanitaria è “performante” se si dimostra capace di raggiungere gli obiettivi per cui esiste (*mission*) e che si da nel tempo (pianificazione strategica), e multi-dimensionale, gli obiettivi che un’organizzazione sanitaria deve perseguire sono molteplici ed interrelati (Vasselli S et Al, 2005). Nella letteratura scientifica e nei documenti ufficiali degli organi sanitari, il concetto di qualità è spesso sovrapposto a quello di performance: i due termini vengono utilizzati come sinonimi, e la voce performance si carica di un significato multi-dimensionale in

cui convivono diversi aspetti, quali: efficacia, appropriatezza, accessibilità, efficienza ed altri fattori che determinano il concetto stesso di qualità (Maxwell RJ, 1984, Donabedian A, 1990; WHO 2000). Secondo un'accezione più ristretta la qualità è intesa come dimensione della performance.

Nel prosieguo i termini qualità e performance verranno utilizzati come sinonimi, ad indicare la capacità di un'organizzazione sanitaria di perseguire con successo i propri fini, ovvero di erogare prestazioni utili, secondo criteri di (Hurst J, 2002; Arah OA, et Al 2003):

- *efficacia*, in grado di migliorare lo stato di salute del paziente;
- *appropriatezza*, migliori dal punto di vista scientifico e organizzativo rispetto ai singoli casi clinici;
- *sicurezza*, in grado di prevenire eventi avversi;
- *efficienza*, con il minor costo;
- *centralità del paziente*, nel rispetto dei diritti oggettivi e soggettivi dei pazienti.

I sistemi di misurazione, di monitoraggio e di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria costituiscono uno strumento essenziale per rendere governabile e gestibile la "tensione continua" dei sistemi sanitari verso le proprie finalità istituzionali. Sebbene misurare e valutare la qualità dell'assistenza sia divenuto uno strumento centrale nella gestione dei sistemi sanitari in molti Paesi Europei, sono evidenti alcuni fallimenti nell'erogare un'assistenza sanitaria efficace, sicura, equa e centrata sui diritti e sulle aspettative dei pazienti – aree dell'assistenza che la comunità soprannazionale (e.g. Commissione Europea, Organizzazione Mondiale della Sanità) ha individuato come elementi centrali per il buon funzionamento dei sistemi sanitari. In parte, tale divario è il risultato del poco trasparente monitoraggio della qualità dei servizi sanitari, della mancata rendicontazione di tali informazioni agli stessi, oltre che dello scarso coinvolgimento dei cittadini/pazienti. Diversamente dall'informazione che guida i processi di offerta legati ad esempio alla ristorazione, ai viaggi o all'istruzione, in molti Paesi Europei i cittadini hanno un accesso limitato all'informazione sulla qualità dei servizi sanitari, anche se molti studi scientifici ne sottolineano l'importanza.

Nella Figura che segue (figura1.1.1), si

può osservare il *framework* assunto come riferimento teorico del PR in Sanità, ossia il costruito teorico della rendicontazione gratuita e pubblica dei dati comparativi di performance delle strutture sanitarie ai cittadini, ideato da Donald Berwick. Secondo tale modello il PR sui dati di performance degli erogatori sanitari, eseguito in forma comparativa tra le strutture sanitarie, fornisce sia al lato della domanda (e.g. cittadini, medici di base, assicurazioni sanitarie), sia al lato dell'offerta (e.g. erogatori sanitari), una conoscenza dei fatti tale da attivare due percorsi (o leve) di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria.

Dal lato della domanda, il PR attiva il percorso di selezione, un meccanismo di selezione e scelta informata. Questo percorso riguarda i diversi attori coinvolti nella domanda di prestazioni: pazienti nella selezione della struttura sanitaria a cui rivolgersi per soddisfare il proprio bisogno di salute; assicuratori pubblici o privati e regolatori pubblici nella selezione delle strutture sanitarie da ingaggiare nell'organizzazione dell'offerta dei servizi sanitari – ad esempio attraverso i meccanismi dell'accreditamento e della competizione amministrata; medici di base o generalisti, che nel loro ruolo di traduzione dei bisogni di salute dei cittadini e filtro della domanda sanitaria, gioverebbero nella conoscenza dei dati comparativi di performance delle strutture sanitarie specialistiche. Questo percorso corrisponde a quello che Hirschmann chiama "exit": i pazienti optano per le strutture sanitarie caratterizzate da standard qualitativi accettabili quando sono informati sui livelli di qualità di tutte le organizzazioni che offrono prestazioni rispondenti al proprio bisogno di salute. Erogatori altamente performanti attireranno pazienti mentre gli altri saranno guidati dal mercato; il risultato sarà un miglioramento del settore sanitario nel suo complesso (Marshall MN, et Al. 2000; Berwick DM, et Al. 2003). Gli utenti, con la propria scelta, potrebbero così stimolare il cambiamento e il miglioramento dei servizi attraverso, ad esempio, il passaggio delle informazioni ad amici e familiari oppure attraverso l'imitazione del comportamento selettivo osservato (anche se non si è venuti direttamente in possesso di informazioni).

Dal lato dell'offerta, il PR dà origine al percorso di *cambiamento organizzativo*. Il PR incentiverebbe nel medio periodo il benchmarking organizzativo e clinico tra le strutture sanitarie

esistenti in un certo sistema d'offerta. Le singole organizzazioni, divenendo consapevoli di fornire performance insoddisfacenti e ponendosi in concorrenza le une con le altre, potrebbero avviare o proseguire percorsi di miglioramento dell'assistenza (Berwick DM, et Al. 2003; Brien SE, et Al. 2009). Il cambiamento organizzativo sarebbe innescato inoltre dall'obiettivo dei provider di incrementare e mantenere la reputazione, specialmente nei contesti sanitari concorrenziali (e.g. Stati Uniti) o di competizione amministrata (e.g. Regno Unito, Italia). L'esigenza di salvaguardare "immagine pubblica" e "reputazione" darebbe origine ad una terza leva, la motivazione (Fung CH et Al. 2008). Nei paragrafi che seguono questi percorsi (o leve) verranno passate in rassegna esplicitandone i meccanismi di funzionamento e le criticità in cui ci si imbatte nella loro realizzazione.

I benefici attesi dall'implementazione di strumenti di PR in Sanità sono molteplici: miglioramento della qualità, ottimizzazione dei processi di domanda e offerta, potenziamento della trasparenza e riduzione dei difetti informativi che caratterizzano per definizione il mercato sanitario (Marshall MN, et Al. 2000;

Faber M, et Al. 2009; Ketelaar NA, et Al. 2011, Totten AM, et Al. 2012). Conseguenze indesiderate ad esso collegate sono invece: la focalizzazione sulle attività di miglioramento nelle sole aree o processi assistenziali sui quali si concentrano gli indicatori di performance, trascurando la gestione di altre aree assistenziali di cui non avrebbero pubblico riscontro, la selezione in entrata da parte delle strutture sanitarie, che ad esempio, per ridurre la probabilità di eventi avversi che possano abbassare la valutazione qualitativa, potrebbero evitare la presa in carico di pazienti "difficili" (Werner RM and Asch DA, 2005; Totten AM, et Al, 2012). Al verificarsi di queste condizioni, l'implementazione dei sistemi di PR potrebbe peggiorare l'accessibilità dei pazienti ai servizi sanitari, anziché incrementarla.

#### 1.1.1 La leva della selezione informata

La rendicontazione pubblica dei livelli di qualità raggiunti dalle strutture sanitarie intende supportare in primis i cittadini, fornendogli il mezzo per valutare le alternative assistenziali disponibili, ed essere così in grado di prendere

FIGURA 1.1.1

MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE, PUBLIC REPORTING E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE



Fonte: Berwick MD, et AL 2003

delle “decisioni consapevoli” basate sulla qualità dell’assistenza.

La pluralità degli erogatori, l’eterogeneità qualitativa dei livelli di prestazione offerti, e la rendicontazione trasparente e pubblica di tali informazioni, offrono una preziosa opportunità per il miglioramento della qualità attraverso la selezione. Tale effetto è amplificato se la distribuzione dei livelli di performance tra le strutture d’offerta è equilibrata, e questo dipende da diversi fattori quali ad esempio la portata della qualità misurata e rendicontata, e il gruppo di strutture sanitarie oggetto di comparazione. Il meccanismo di scelta da parte del cittadino/paziente, semplice ed intuitivo, è sintetizzabile in tre passaggi:

1. *individuazione delle misure di performance* rilevanti rispetto al proprio problema assistenziale
2. *confronto delle strutture sanitarie disponibili* rispetto alle misure di performance individuate sulla base dei livelli di qualità
3. *selezione della struttura sanitaria* a cui rivolgersi per rispondere al proprio problema di salute

Il secondo tra i suddetti passaggi, ovvero il confronto tra le strutture sanitarie in base alla qualità relativamente a specifiche problematiche di salute, è quello in cui emergono le maggiori criticità. Per funzionare efficacemente, il meccanismo della *selezione* implica che chi opera la scelta tra servizi sanitari alternativi assuma due condizioni: “stabilità” e “applicabilità” (Berwick DM, et Al. 2003). Per stabilità si intende l’assunto che i livelli delle performance resi pubblici siano affidabili predittori delle performance future; per affidabilità invece si intende la comparabilità delle condizioni dei pazienti passati con le proprie. Nella parte sinistra della Figura 1 si osserva la catena di eventi che dalla misurazione porta alla *selezione*.

Quello del cittadino che decide in quale struttura recarsi è solo l’esempio più diretto ed esplicativo di come funziona la *selezione*, che può agire, almeno sul piano teorico, anche in altri due modi. Si ha *selezione*, anche quando un’assicurazione che offre copertura sanitaria a un gruppo di assistiti – l’intera popolazione nel caso di un sistema sanitario di tipo “Beveridge”; una categoria professionale nell’esempio di una copertura assicurativa offerta in sistemi sanitari di tipo “Bismark”; o un gruppo di lavoratori

dependenti nel caso di un’assicurazione privata (e.g. Stati Uniti) – decida con quale/i struttura/e ed in quale misura organizzare e pianificare l’offerta dei servizi sanitari. Si ha selezione inoltre nell’attività di indirizzo verso uno specialista piuttosto che un altro da parte del medico di medicina generale, nell’individuazione delle eccellenze, nei processi di accreditamento o nell’assegnazione di benefit e premi. Nello specifico, in sistemi sanitari pubblici, i decisori politici potrebbero governare l’offerta *selezionando* a priori un ventaglio di strutture sanitarie sulla base dei livelli di qualità – e.g. autorizzazioni, accreditamento –, o a posteriori intraprendendo dei provvedimenti con effetto deterrente per gli erogatori, stimolandone il *cambiamento organizzativo*.

Ovviamente questo è il meccanismo di riferimento dalla prospettiva del cittadino/consumatore, se c’è un’ampia distribuzione dei livelli di performance; se la scelta è ben informata, si può osservare un impatto sostanziale sulla qualità.

Il fatto che alcune informazioni possano rivelarsi particolarmente utili per innescare la leva della *selezione* non significa necessariamente che chi le detiene sia disposto a condividerle. Le ragioni di tale atteggiamento non sono tanto tecniche quanto politiche ed economiche. Le organizzazioni che raccolgono questi dati per agevolare il miglioramento della qualità secondo le logiche del *benchmarking* possono in realtà temere la diffusione degli stessi dati, ritenendo che le pressioni derivanti dalla pubblicizzazione dei risultati possa costituire un deterrente ad una sana ed onesta analisi dei problemi e delle loro cause. In aggiunta a questa convinzione, si possono aggiungere comunque i costi derivanti dalla necessità di rielaborare le informazioni prima di renderle disponibili al pubblico. Si consideri, infatti, che spesso ciò che esce dall’organizzazione sono anche informazioni parziali o depurate rispetto alla totalità disponibile. Non vale, invece, il contrario e non è difficile immaginare informazioni per la selezione che non siano di alcuna utilità nel contesto organizzativo del *cambiamento* (Berwick DM, et Al. 2003).

Per poter realizzare le potenzialità di questo processo, si auspica nello sviluppo di un sistema di raccolta dati radicato fino a raggiungere ogni contatto con il consumatore, frutto di una pianificazione ben curata. In direzione di un sistema standardizzato, dinamico e in continuo

aggiornamento, per la misurazione della qualità delle prestazioni offerte, un ruolo chiave è giocato dagli stessi erogatori.

### 1.1.2 La leva del cambiamento organizzativo

Il *cambiamento organizzativo* è un percorso volto al miglioramento della qualità centrato sulle sole strutture sanitarie la cui performance è oggetto del PR. Il concetto chiave che consente di comprendere meglio il legame tra *cambiamento* e "miglioramento" è l'assunto teorico per cui "ogni sistema è perfettamente progettato per il raggiungimento dei risultati che poi effettivamente raggiunge" (Juran, 1988).

Sul lato destro del *framework* in Figura 1 è raffigurato il percorso che consente di giungere al miglioramento attraverso il *cambiamento organizzativo*. Tale processo si sviluppa a partire dai dati sui processi e sui risultati, e non sulle performance come nel caso precedente. L'insieme di informazioni usate per la selezione non perde la sua utilità quando si parla di *cambiamento*, ma non viceversa ovvero se il "Sistema Sanitario" raccoglie informazioni e misure per comprendere e migliorare i processi di cura, disporrà automaticamente di quelle di cui il processo sul lato sinistro della figura necessita.

Nel caso del *cambiamento organizzativo*, ci si riferisce soprattutto a fruitori "interni" delle informazioni, chiamati a raccogliere ed elaborare in prima istanza tali dati. Le organizzazioni sanitarie hanno due alternative d'azione: possono tentare di migliorare i propri processi e i risultati agendo in prima linea –attraverso cambiamenti organizzativi o tecnologici; oppure possono cercare di raggiungere lo stesso fine agevolando la condivisione tra il processo di misurazione dei risultati sanitari e il personale clinico che li persegue. Nel secondo caso, organizzazione ed individui cercano di raggiungere il miglioramento degli standard qualitativi guidati proprio dalla misurazione. Partendo da questa cercano di modificare i processi organizzativi e di lavoro attraverso cambiamenti che, possono essere classificati in tre tipi (secondo l'impostazione di Juran):

- "Quality Control": si tenta per lo più di sviluppare metodi per stabilizzare i processi, rendendoli altamente affidabili, monitorati e conformi agli

standard

- "Quality Improvement": migliorare i processi, cercando di migliorarne la performance o riducendone i costi
- "Quality Design": creazione di nuovi processi, prodotti o servizi

Per poter realizzare efficacemente questi cambiamenti, le strutture erogatrici necessitano di elevate capacità di gestione, controllo, e progettazione dei processi assistenziali e di strumenti per poi misurarne gli effetti. Berwick, nel suo enunciato teorico sul PR come strumento di miglioramento continuo della qualità in Sanità, individua le condizioni organizzative necessarie ai fini del *benchmarking*: (1) sistema di flussi informativi affidabili, (2) cultura e formazione rivolte al miglioramento dei processi, (3) investimenti di tempo e risorse, (4) allineamento del sistema degli incentivi con gli obiettivi clinico-aziendali, (5) leadership che ispiri e guidi il cambiamento.

### 1.1.3 Il ruolo della motivazione

Se si considera che "ogni miglioramento è comunque un cambiamento", si può immaginare che sia le organizzazioni sia gli individui non sono "naturalmente confortati" all'idea di mettersi in discussione e intraprendere questo percorso. In questo senso si può affermare che il miglioramento della qualità non è un processo di naturale aspirazione, anzi riecheggiano un tendenza a resistere al cambiamento ed un'inclinazione al mantenimento dello status quo. Soprattutto se si tratta di singoli individui, spesso le ambizioni sono sufficienti; altrimenti motivazioni "intrinseche" come l'orgoglio, il bisogno di auto-realizzazione o la curiosità possono rivelarsi delle leve forti su cui fare affidamento per sbloccare tale resistenza. Nonostante questo, non si può negare che l'impegno delle organizzazioni nel fare dei programmi di miglioramento della qualità la propria strategia primaria, è stato in molti casi insufficiente. La *motivazione* opera "attraverso il meccanismo che lega l'interesse oggettivo del Sistema Sanitario e la consapevolezza dei professionisti sanitari con il miglioramento della performance" (Berwick et al., 2003). Questo processo è largamente teorico e di difficile riscontro empirico. La sua rappresentatività è legata alla capacità delle organizzazioni e degli operatori di essere influenzati dalle

conseguenze reali e percepite dai vari attori, ma soprattutto dai consumatori, nel mercato sanitario. Al momento tale capacità è una condizione solo auspicabile. Se ciò sarà possibile nei prossimi anni dipende sia dalle *chance* che hanno la misurazione della performance e la valutazione dell'operato clinico di diventare pratiche radicate e routinarie, sia dalla capacità delle organizzazioni di migliorare la sensibilità e la reattività alle pressioni del mercato

## 2 L'IMPLEMENTAZIONE IN SANITÀ DEI SISTEMI DI PUBLIC REPORTING

Il PR delle performance assistenziali è diventato un tema di centrale importanza nei sistemi sanitari di molti Paesi occidentali, a partire dalla sua implementazione negli Stati Uniti e nel Regno Unito dalla fine degli anni '80 (Cacace M, et Al. 2011). È proprio negli USA e in Gran Bretagna, Paesi in cui i sistemi sanitari sono basati sui principi di trasparenza, accountability e rendicontazione della cosa pubblica, che i sistemi di PR sono più sviluppati: il PR diventa mezzo di patient empowerment in Gran Bretagna e leva di concorrenza negli

USA. Sebbene il PR sia una pratica ormai molto diffusa nel panorama internazionale, in Italia non sono stati attivati strumenti di PR rivolti al cittadino (Marshall MN, et Al. 2000).

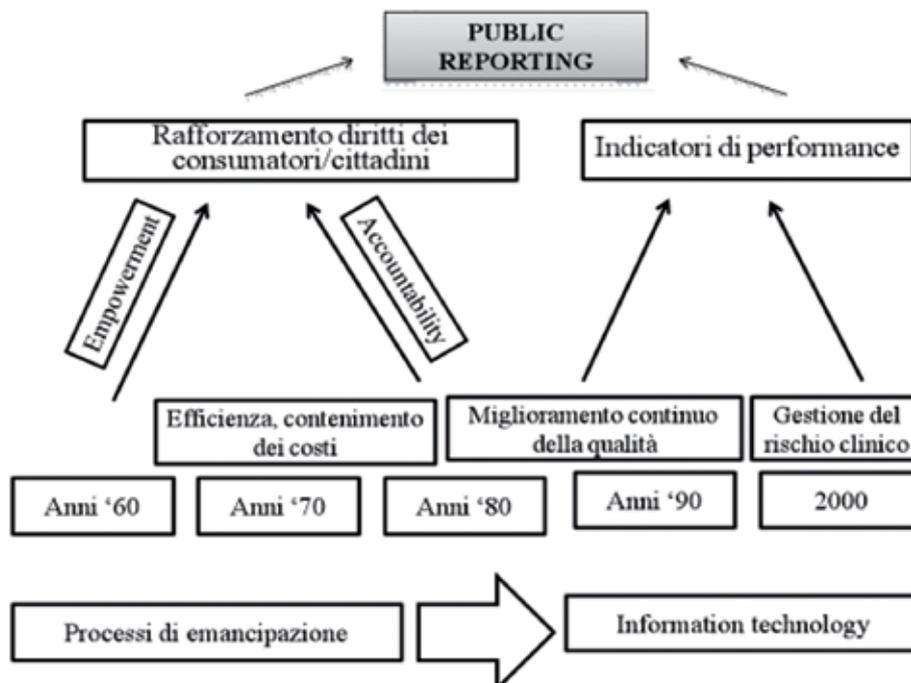
### 2.1 L'evoluzione del Public reporting in Sanità

I Paesi in cui è stato introdotto un sistema di PR nel settore sanitario, hanno mostrato elementi e tendenze comuni che hanno contribuito a spingere verso tale strategia. Tra questi un ruolo centrale è giocato dalla rivoluzione tecnologica dell'informazione e lo sviluppo di meccanismi di *accountability* pubblica. La figura 2.2.1 mostra i suddetti elementi, collocandoli nel tempo ed in relazione tra di loro. È possibile distinguere trend sociali generici, come ad esempio il processo di emancipazione dell'utente e l'ascesa delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e trend caratteristici del settore sanitario come la necessità di raggiungere una razionalizzazione dei costi e la crescente attenzione verso la qualità e la sicurezza.

Il rafforzamento del potere del paziente e le riforme nella direzione dei meccanismi

FIGURA 2.2.1

SPINTE EVOLUTIVE ALL'INTRODUZIONE DEI MECCANISMI DI PUBLIC REPORTING



Fonte: Damman OC, 2004

di mercato, alla luce della necessità di razionalizzare il sistema, hanno contribuito al consolidamento di strategie basate sulla “centralità del paziente”, di processi basati sulla scelta del consumatore e della responsabilità individuale. E’ stato questo il motore (la leva) che, più di altri, ha portato alla diffusione della sfera della *public accountability* considerando anche la crescente disponibilità di indicatori e di strumenti conseguenti al progresso nel campo delle tecnologie informatiche e la crescente dedizione a temi quali la qualità delle cure e la sicurezza del paziente. Queste dinamiche hanno anche aperto nuove promettenti prospettive sulla possibilità di ripensare i processi, migliorare la diffusione delle best practices e guidare l’organizzazione e la programmazione sanitaria elementi che costituiscono il principale stimolo alla diffusione di dati comparativi.

Senza l’avvento dell’*Information Technology* tutto ciò non sarebbe mai stato possibile. L’emergere di Internet, in particolare alla fine degli anni ‘90, ha accelerato tale processo offrendo un flusso costante di informazioni interattive e facilmente accessibili grazie alla loro pubblicazione ed al loro regolare aggiornamento (Hardey M, 2001). Gli sforzi fatti per ampliare la disponibilità di informazioni trasparenti supportano la prospettiva mirata ad aumentare l’*accountability*, migliorare e premiare la qualità, incrementare l’efficienza. Sebbene tali dati dovrebbero essere facilmente accessibili a tutti, non si può negare la presenza di sostanziali barriere politiche e tecniche che dovranno essere superate. I sistemi elettronici di registrazione routinaria delle informazioni sanitarie potrebbero aiutare ad oltrepassare tali ostacoli, ma saranno necessari ancora diversi anni perché questi vengano compiutamente implementati. I dati su prezzi e costi, nel frattempo, sono spesso oscurati dalla natura “bizantina” dei vari sistemi di finanziamento e, anche quando questi elementi vengono raccolti, resta da affrontare il problema di rendere le informazioni comparabili e comprensibili al pubblico. Barriere addizionali vengono poste da parte di chi offre i servizi sanitari, che guarda con sospetto alla disseminazione di informazioni senza che vi sia un adeguato adjustment per gravità o *case-mix*.

I limiti e gli ostacoli individuali potrebbero essere molti altri ancora ma una cosa è certa: nonostante queste sfide il movimento nella direzione della trasparenza è inesorabile.

Anche se gran parte del lavoro è stato fatto esclusivamente nel privato (basti pensare al sistema americano), i governi, a tutti i livelli, possono giocare un ruolo importante sostenendo l’infrastruttura informativa (attraverso la ricerca, la valutazione, l’interoperabilità degli standards), guidando il processo (attraverso la divulgazione di dati circa i programmi governativi sanitari) e lavorando in collaborazione con gli attori del settore privato.

In questo capitolo verranno esaminati tali fattori, riconosciuti come determinanti per lo sviluppo del PR, cercando di comprendere il contributo fornito alla sua evoluzione.

#### A) “*Patient empowerment*”.

Il concetto di “*Patient Empowerment*”, ampiamente dibattuto in letteratura, è definito come la partecipazione attiva del paziente nel processo decisionale circa il trattamento di ciò che egli percepisce come bisogno. Esso presuppone che il paziente abbia effettiva accessibilità non solo alle cure ma anche alle informazioni. La crescente domanda di informazione sanitaria è uno degli elementi della spinta individualistica che ha contrassegnato la recente evoluzione sociale (CENSIS, 2012). Uno studio condotto da Williamson nel 2008 sui principi guida dei movimenti per i diritti del paziente non ha individuato limiti teorici all’ammontare di informazioni che dovrebbero essere messe a disposizione dei cittadini. La disponibilità di queste informazioni, e la loro comparabilità, è ormai saldamente interpretata come uno degli strumenti attraverso i quali gli utenti possono rafforzare la propria posizione; usando questi dati si possono infatti prendere decisioni consapevoli ed informate e discutere in maniera più partecipata con i professionisti cui ci si rivolge.

La diffusione di questa nuova consapevolezza ha portato alla nascita di diverse organizzazioni di rappresentanza dei pazienti a partire dagli anni ‘70 e ‘80 (Trappenburg JCA et Al., 2008; Williamson C, 2008)). In molti Paesi, queste organizzazioni hanno partecipato attivamente alla produzione di linee-guida ed alla costruzione di indicatori di performance con lo scopo di informare cittadini e professionisti. In altri casi, invece, hanno fornito un contributo decisivo nel favorire la disseminazione delle informazioni, per esempio stimolando e facendo pressioni per la raccolta dei dati o raccogliendoli loro stesse, provvedendo alla diffusione degli stessi

su internet o su altri mezzi di comunicazione, oppure usando le informazioni per rafforzare le attività di tutela dei propri interessi.

La ragione per cui i temi del “rafforzamento dei poteri del paziente” e della “centralità del paziente” sono stati approfonditi sta nel fatto che senza di essi, anche alla luce di altre evoluzioni nelle policy sanitarie (la diffusione della responsabilità individuale e dell’accountability che affronteremo più avanti), non potremmo parlare di “scelta del consumatore”. Per fornire un contributo allo sviluppo di un mercato funzionale sulla base della scelta dei consumatori, non è sufficiente che gli utenti compiano delle scelte e prendano dei provvedimenti ma è necessario che tali azioni siano fondate su una spinta strategica ottimale e razionale. E’ noto, però, che gli individui non sempre compiono la scelta ottimale pur assumendo che un certo grado di razionalità sia alla base delle loro scelte. Questo “utente razionale” si presuppone che miri alla migliore combinazione di determinate caratteristiche qualitative dell’assistenza ed a costi contenuti. L’ultima, ma non meno importante, assunzione di questo quadro è che il mercato funzioni correttamente e che sia, quindi, in grado di premiare gli erogatori che offrono assistenza di maggior qualità. Senza questo chiarimento non avrebbe senso parlare di selezione e cambiamento come dinamiche che inducono al miglioramento della qualità.

Questa trasformazione nel segno della “consapevolezza” si inserisce nel più ampio percorso di responsabilizzazione individuale, accelerandone gli effetti: è in questa prospettiva che il rapporto tra medico e paziente è chiamato ad un ripensamento profondo che, lungi dal ribaltare i ruoli e le asimmetrie informative su cui si basa, dovrà necessariamente prevedere forme di coinvolgimento attivo del paziente (CENSIS, 2012).

#### B) *Riforme in direzione del meccanismo di mercato*

A partire dai primi anni ’80, i sistemi sanitari di tutti i Paesi Sviluppati hanno affrontato gravi problemi strutturali e finanziari, che possono essere ricondotti essenzialmente alla dilatazione della spesa ed al tendenziale disallineamento dell’offerta rispetto alle caratteristiche emergenti della domanda. Le riforme che hanno caratterizzato l’ultimo decennio si sono intensificate sotto la spinta di vari fattori quali il clima di crescente incertezza circa la disponibilità delle risorse,

la complessità e la variabilità caratterizzanti il contesto di produzione, di erogazione e di consumo dei servizi sanitari, l’evoluzione e la trasformazione dello scenario epidemiologico e sociale di riferimento. A tutto ciò va aggiunto che le politiche sanitarie sono condizionate dalla necessità di conciliare due categorie di interessi che spesso appaiono contrapposti: quelli sanitari, strettamente collegati al benessere della popolazione, e quelli economici, condizionati dalla necessità di sostenere i costi attraverso bilanci e risorse determinati. Nello scenario nazionale ed internazionale, inoltre, occorre tenere presente che l’emergere dei problemi relativi alla ristrutturazione dei sistemi sanitari va inquadrato nell’ambito del più ampio contesto di crisi degli istituti di welfare. Nella maggioranza dei casi, le riforme sanitarie non si sono presentate come fenomeni isolati, ma come parte di un più vasto dibattito che ha coinvolto tutti i principali settori del sociale in cui l’intervento statale è rilevante. Alla base di tali cambiamenti si collocano, da un lato, l’esigenza di continuare ad erogare prestazioni efficaci ed appropriate, in modo efficiente, conservando o migliorando la loro qualità, dall’altro, la necessità di fornire adeguate evidenze che dimostrino il grado di raggiungimento delle finalità cui i sistemi sanitari devono rispondere. Da questo punto di vista la comparazione internazionale e la disponibilità di informazioni sul miglioramento delle performance dei sistemi sanitari, basate su evidenze empiriche, è di fondamentale rilevanza.

Nella crescita dell’interesse verso il PR, le riforme in atto in molti paesi occidentali, finalizzate a ridurre i costi della Sanità attraverso l’introduzione di nuove forze di mercato nel sistema sanitario, hanno giocato un ruolo fondamentale. La trasformazione degli utenti in veri e propri attori del mercato sanitario i cui comportamenti e scelte sono realmente in grado di produrre degli effetti, ha indotto molte organizzazioni ed istituzioni ad incrementare le risorse dedicate al rapporto con i consumatori e la loro domanda di servizi. L’aumento delle energie dedicate a questi aspetti si è concretizzato in una significativa responsabilizzazione circa il monitoraggio dello stato di salute e la gestione delle cure e dei ricoveri.

L’introduzione di nuove forze di mercato ha implicato il passaggio, o il consolidamento ove già presenti, a dinamiche di quasi-mercato o di competizione regolata in misura diversa nei vari Paesi in funzione di modelli, obiettivi ed altre

caratteristiche socio-economiche del contesto. Questa trasformazione, da un lato sottopone le organizzazioni e l'operato dei professionisti, attraverso diversi meccanismi, al giudizio dell'utenza, dall'altro le sottrae alle pressioni ed al controllo, almeno diretto, dei vari livelli di governo. Nonostante questo, l'intervento statale non viene quasi in nessun caso totalmente eliminato sia per le peculiarità del bene salute, che determinerebbero "fallimenti del mercato" sanitario, sia perché, in molti ordinamenti, la tutela della salute è un impegno che lo stato assume nei confronti dei propri cittadini.

Dall'analisi di questo trend si osserva che la pubblicazione dei dati comparativi sulla qualità è strumentale al rafforzamento della consapevolezza e della posizione dei cittadini come nuova forza di mercato. Il consolidamento di questa posizione mira anche a traslare sugli utenti parte della responsabilizzazione richiesta per razionalizzare i costi del sistema sanitario. La cultura della consapevolezza, e quindi della responsabilizzazione individuale, sembra permeare ormai tutti i segmenti del corpo sociale. La responsabilizzazione cui ci si riferisce, si fonda sull'assunzione teorica circa gli effetti della selezione e della scelta. Senza il passaggio verso logiche di mercato o quasi-mercato, il processo di emancipazione dei consumatori non avrebbe potuto determinare la realizzazione di sistemi basati sulla "scelta del consumatore", e non avrebbe senso enfatizzare l'importanza delle informazioni ed il ruolo della trasparenza come vettore per raggiungere il miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso "selezione" e "cambiamento".

#### C) *Information technology e presentazione dell'informazione*

Il recente "cambiamento" dell'utente/paziente beneficiario dell'assistenza sanitaria che sempre più si presenta come forza ben informata del mercato sanitario, insieme all'adozione di strategie orientate alla trasparenza ed al PR, non sarebbero state possibili senza le odierne tecnologie della comunicazione e dell'informazione. Le possibilità per i cittadini di reperire ed utilizzare informazioni sono decisamente incrementate con la diffusione dei computer, che già a partire dagli anni '70 ed '80 sono stati impiegati nella promozione della salute e nell'educazione verso i corretti stili di vita. Il processo di diffusione della tecnologia ha subito, però, una rapida accelerazione solo verso la fine degli anni '90 con l'avvento

di Internet, che ha posto le condizioni per la creazione di un flusso di informazioni accessibili, interattive, utilizzabili da diverse categorie di attori e per diverse finalità (Hardey M, 2001). Con il diffondersi, sempre più capillare, dell'uso di tale tecnologia i cittadini hanno guadagnato l'accesso ad un mole enorme di informazioni, tra le quali ancor oggi non tutti sanno orientarsi, ma che consentono di fatto a chiunque di ottenere un alto grado di approfondimento delle proprie conoscenze, sanitarie (CENSIS, 2012) e non. Internet, inoltre, facilita la regolare pubblicazione e l'aggiornamento delle informazioni che vengono fornite in un'ottica orientata alla massa e quindi alla portata di qualsiasi consumatore, ma allo stesso tempo non relega, chi vi ricorre, ad un ruolo puramente passivo consentendo un'interazione attiva con la rete. Anche per queste ragioni tale strumento ha avuto una rapida diffusione ed il numero di utenti che vi ricorrono continua a crescere negli anni.

Il termine "informazioni sanitarie comparative" utilizzato in questo lavoro vuole intendere una categoria relativamente nuova di informazioni anche all'interno del più ampio contesto delle "informazioni sanitarie". Ci sono delle evidenti differenze tra le informazioni genericamente riferite alle malattie, alla prevenzione delle patologie ed agli stili di vita, con quelle che invece mettono l'utente in condizione di influenzare i decisori e la qualità del sistema (Hardey M, 2001; Anderson et al. 2003). La rete è tuttavia un'arma a doppio taglio: da un lato offre l'opportunità di scegliere i temi da approfondire, dall'altro la diffusione di informazioni specialistiche alla portata di chi specialista non è, può condurre ad errori di valutazione potenzialmente pericolosi (CENSIS, 2012).

Trattando gli effetti dell'avvento delle tecnologie nei processi decisionali, viene spesso menzionato il rischio di sovraccarico dell'utente derivante dall'eccessiva, ed a volte incontrollata, disponibilità di informazioni, cui è stato dato il nome di "paradosso del consumatore riflessivo" ossia il bisogno di informazioni per prendere decisioni legato all'incertezza nella scelta tra le alternative. Inoltre, è stato ipotizzato che lo sviluppo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione possano portare all'effetto "*inverse information law*": l'accesso alle informazioni appropriate può diventare particolarmente difficoltoso per chi ne ha

più bisogno (Eysenbach G, Köhler C 2002). Diversi sono gli studi condotti a proposito di questi paradossi e sulla complessità di tale argomento. È stata osservata, per esempio, la compresenza di utenti informati e razionali, con esigenze altamente specifiche così come le loro competenze e tecniche di acquisizione delle informazioni, e di utenti incompetenti e non qualificati per gestire correttamente le informazioni. Coerentemente con questa apparente assenza di abilità e competenza per la gestione delle informazioni riscontrata in una parte dell'utenza, nel settore tecnologico, negli ultimi anni, molte energie sono state indirizzate verso la ricerca dei format migliori, per facilitarne l'utilizzo e per rendere più semplice il linguaggio (Taylor, 2009). Sfruttando il potenziale di Internet, gli utenti dell'assistenza sanitaria ben informati possono partecipare attivamente ai processi decisionali e fare pressioni affinché strutture erogatrici e compagnie assicuratrici competano tra loro nell'interesse dell'utenza stessa. La pubblicazione di valide ed affidabili informazioni comparative sulle performance assistenziali è una condizione necessaria affinché questo possa accadere.

Oltre all'implicita assunzione che l'utente disponga delle capacità e della volontà di prendere decisioni consapevoli, in letteratura sono state individuate anche altre due condizioni importanti (Brien SE, et Al. 2009):

- una presentazione delle informazioni efficace, che faciliti il processo decisionale
- oltre alla disponibilità di informazioni accurate, che riflettano la reale qualità dell'assistenza

Per quanto riguarda il primo aspetto, è universalmente riconosciuta l'importanza del modo in cui l'informazione viene presentata (Bettman JR, et Al 2009) Per quanto concerne la reale rappresentatività della qualità, sono state citate l'affidabilità, la validità e l'appropriatezza dei metodi statistici come condizioni necessarie per il successo del PR e per sfruttare gli effetti benefici del confronto (Rothberg MB, et Al. 2009). A tal proposito, a lungo si è dibattuto sul "*case-mix adjustment*". Questo metodo statistico consente di aggiustare le valutazioni date alle performance per le differenze tra i vari gruppi di utenti che effettuano la valutazione. Questo viene fatto affinché i dati che vengono diffusi riflettano la qualità dell'attività assistenziale

prestata dai vari erogatori e non la distribuzione dei diversi gruppi tra le diverse strutture.

#### D) "Accountability" e sicurezza del Paziente

Le trasformazioni in atto nella società a partire dagli anni '70 ad oggi, tra le quali l'allungamento delle prospettive di vita, l'invecchiamento della popolazione, lo sviluppo tecnologico, la diffusione delle cosiddette "malattie del benessere", hanno evidenziato l'oggettiva insostenibilità del sistema e la necessità di razionalizzare l'uso delle risorse e ridurre i costi della sanità. L'effetto concreto dell'acquisto di questa consapevolezza è stato da una parte l'espansione delle tecnostutture finalizzate a sostenere, con una sempre più ricca quantità di informazioni (indicatori quantitativi), le varie dimensioni dell'*accountability* interna ai sistemi sanitari ed alle loro organizzazioni dall'altra nella sempre più diffusa tendenza a fare dell'*aaccountability* pubblica la sfera in cui un novero crescente delle stesse informazioni viene diffuso ai cittadini (Marshall MN et al., 2000).

Con il termine *accountability* si fa riferimento ad una relazione in cui qualcuno si trova (o si sente) nella condizione di dover spiegare, giustificare, motivare la propria condotta nei confronti di qualcun altro. In altre parole potremmo dire che l'*accountability* è l'inevitabile implicazione dell'attribuzione di una responsabilità individuale (Grilli R, 2010). Da questa definizione appare evidente la sua applicabilità, sia pure con forme e modalità concrete distinte, ad una varietà di soggetti ai diversi livelli (decisori politici, amministratori, manager, professionisti, etc.) nell'ambito delle Aziende Sanitarie e nel contesto in cui queste ultime si trovano ad operare. Questo sistema di relazione impone che l'operato delle organizzazioni sia trasparente e quindi esaminabile, assumendo che il soggetto al quale si mettono a disposizione le informazioni sia nella condizione di prendere delle decisioni. Nella particolarità del nostro campo di studi, l'*accountability* diventa piuttosto un concetto che veicola altri significati ed altre finalità (indirizzare le scelte dei cittadini, introdurre elementi di competitività tra i servizi, orientare i comportamenti dei professionisti) e si trova totalmente assimilata alla "trasparenza"; quest'ultima anziché essere presupposto e

condizione necessaria della prima, finisce per esaurirne di fatto l'intero significato (Grilli R, 2010).

Sebbene la sua espansione non sia stata priva di aspetti problematici, la *public accountability* ha conosciuto negli ultimi decenni un progressivo rafforzamento nei meccanismi e nelle procedure mediante le quali le organizzazioni sanitarie sono chiamate a rendicontare pubblicamente del proprio operato. È, infatti, universalmente riconosciuto che le responsabilità di governo ed amministrazione dei sistemi sanitari possano trovare in questo processo un utile strumento per interloquire con i cittadini, rendere efficiente l'uso delle risorse e sfruttare la tensione esistente tra il principio di trasparenza assunta a valore assoluto e la possibilità di far sviluppare, all'interno delle organizzazioni sanitarie, efficaci sistemi per il miglioramento della qualità.

Un trend considerato rilevante ai fini di questo lavoro, è stato il crescente interesse verso la qualità delle cure e di alcune sue dimensioni, in particolare a partire dalla fine degli anni '80.

Il tema della qualità è stato introdotto a grandi linee all'inizio dell'elaborato e non può trovare esaustiva esposizione in questa sede, tuttavia uno dei suoi elementi determinanti, la *sicurezza del paziente*, ha acquisito nell'ultimo decennio un livello tale di importanza da diventare uno degli obiettivi prioritari dei diversi sistemi sanitari. La definizione di sicurezza è strettamente connessa a quella di "errore", inteso come "mancata attuazione di un piano secondo le tappe previste" (errore di esecuzione) o "messa in atto di un piano sbagliato per raggiungere un obiettivo" (errore di pianificazione) (Institute of Medicine 2000). Il fenomeno dell'errore medico determina imponenti costi sanitari e sociali, tra l'altro non tutti direttamente misurabili, e una perdita di credibilità e di fiducia per il sistema sanitario.

## 2.2 Diffusione dei meccanismi di Public reporting in Sanità

La comunicazione al pubblico delle informazioni sanitarie comparative è diventata una pratica sempre più importante in diversi Paesi. L'informazione "comparativa" è quella attraverso la quale i consumatori possono effettuare paragoni espliciti tra le prestazioni

dei fornitori di servizi sanitari o tra programmi sanitari. Negli Stati Uniti e nel Regno Unito, gli sforzi per rendere pubblicamente disponibili queste informazioni sono stati avviati circa quindici anni fa. Gli obiettivi prioritari sono: l'accrescimento della responsabilità pubblica, il sostegno alla scelta dei consumatori nel settore sanitario, ed, indirettamente, il miglioramento della qualità dei servizi di salute.

Il crescente impegno teso a rendere pubblici gli esiti delle prestazioni erogate, potrebbe trasformare la qualità e la sicurezza delle cure, favorendo la concorrenza nel settore sanitario e, consentendo, quale *outcome* finale, la scelta informata dei consumatori. La promessa della comunicazione al pubblico e, quindi, della realizzazione dei sistemi di *Public reporting*, resta solo parzialmente soddisfatta.

Questo paragrafo intende presentare una panoramica dei principali risultati riguardanti i sistemi di Public reporting in Inghilterra, Stati Uniti, Germania, Paesi Bassi e Italia. L'obiettivo è quello di analizzare l'ampiezza degli interventi realizzati in tal senso, di sottolineare le fondamentali differenze tra i Paesi esaminati e di identificare cosa è stato fatto finora e cosa si potrebbe ancora fare. I Paesi considerati differiscono tra loro per regimi di assistenza, mix di fornitori pubblici e privati presenti e modalità di *governance*. In alcune delle Nazioni studiate, l'assistenza è in gran parte, ma non esclusivamente, finanziata attraverso meccanismi pubblici quali la tassazione nazionale o regionale (Inghilterra e Italia) e/o l'assicurazione sanitaria sociale (Germania). Nei Paesi Bassi, i finanziamenti sono pubblici, mentre il sistema vigente negli Stati Uniti si basa su un complicato apparato di assicurazioni sanitarie private e programmi pubblici, quali *Medicaid* e *Medicare*. Il mix di fornitori pubblici e privati (profit e no-profit) è altrettanto diversificato: in Inghilterra le cure sono fornite principalmente da prestatori pubblici, mentre Germania, Paesi Bassi e USA sono caratterizzati da una maggiore proporzione di previdenza privata. In tutti i Paesi, però, il Governo centrale o il Parlamento ricoprono un ruolo chiave nella supervisione del Sistema Sanitario. Tali differenze hanno inciso sullo sviluppo dei sistemi di *Public reporting*: Mentre negli USA, la concorrenza e la scelta dei providers rappresentano elementi core del sistema sanitario, in Inghilterra il problema della misurazione delle prestazioni e dell'*accountability* sono stati inseriti a pieno titolo nella più ampia

riforma del settore pubblico negli anni '80, in Italia sono stati i cittadini a promuovere simili iniziative creando, ad esempio, il Tribunale per i diritti del malato. Ad oggi, le amministrazioni centrali e regionali (si guardi alla Toscana) stanno sviluppando progetti volti a valutare e ottimizzare i risultati delle strutture sanitarie. A ciò, si aggiunge la divulgazione di un'enorme mole di dati pubblicati negli scorsi anni su numerosi siti web (si veda in seguito). Il numero di siti web contenenti rapporti sanitari comparati sta rapidamente crescendo in tutto il mondo. Secondo le stime questo numero continuerà ad aumentare, data l'attuale tendenza di molti sistemi sanitari a diventare maggiormente responsabili e a utilizzare approcci propri del mercato. Inoltre, i siti web esistenti, probabilmente, offriranno svariate tipologie di informazioni, riguardanti diversi comparti della sanità.

Osservando lo sviluppo di tali siti web, emergono approcci non "standardizzati" in merito alla presentazione delle informazioni. Carlisle (2007) dopo aver esaminato 10 siti americani, ha concluso che "*each is unique in presentation of grades and how the grades are tabulated*" (Carlisle RT 2007). Alcuni studi sul comportamento umano e sulle fasi del processo decisionale, dimostrano che i formati utilizzati per la presentazione delle informazioni possono influenzare le risposte di coloro che le consultano (Payne JW et Al. 1993). Inoltre, la letteratura evidenzia come una presentazione poco accattivante delle informazioni possa essere una delle motivazioni per cui tali dati siano scarsamente utilizzati dai consumatori (Marshall MN, et Al. 2000; Faber M, et Al. 2009; Ketelaar NA, et Al. 2011, Totten AM, et Al. 2012). È necessario riflettere e apprendere dagli approcci alla presentazione dei dati utilizzati nei differenti Paesi, in cui il PR è fenomeno in rapida espansione. Nonostante i diversi anni di esperienza internazionale, ci sono poche prove che dimostrano la capacità dei report di supportare il processo decisionale del consumatore Marshall MN, et Al. 2000). Molti ricercatori suggeriscono che, in alcuni casi, l'informazione è troppo complessa per gli utilizzatori e non è adatta al processo di elaborazione cognitiva degli stessi. In una recente revisione, Fung e i suoi colleghi (2008) hanno concluso che nonostante sia importante l'apparato teorico, è necessario affrontare numerose sfide per rendere il fenomeno di successo, ed in particolare è fondamentale

prestare attenzione alla progettazione ed alla realizzazione di un sistema di consultazione idoneo allo scopo. Una delle difficoltà che i consumatori possono incontrare è data dall'enorme quantità di informazioni presenti sulle pagine Web (Peters E, et al., 2007).

Nelle pagine che seguono sono riportate le caratteristiche principali degli strumenti di comunicazione delle informazioni utilizzati dalle Nazioni considerate. È doveroso sottolineare che sono state riscontrate una serie di caratteristiche comuni a tutti i siti, come ad esempio l'obiettivo che questi perseguono. Lo scopo che essi cercano di raggiungere è prevalentemente quello di informare i consumatori e di sostenerne le scelte in ambito sanitario. Alcuni siti sono stati progettati espressamente per i pazienti, anche se i conseguenti effetti positivi si sono riversati su tutto il sistema. La maggior parte dei portali contengono, in un modo o nell'altro, sia informazioni dettagliate sia sommarie. Ancora molto potrebbe essere aggiunto a questo proposito, ma non è questo l'obiettivo ultimo del presente elaborato.

### 2.1.1 Il Sistema Sanitario Statunitense

Il Sistema Sanitario Americano è composto da molteplici sottosistemi e comprende un mix di elementi pubblici e privati sovrapponibili. La politica sanitaria e l'amministrazione sono di competenza del Dipartimento per la Salute e i Servizi Umani (DHHS) con i "*Centers Medicare & Medicaid Services*", responsabili della gestione dei programmi pubblici di assicurazione sanitaria. Nel 2008, circa il 67% della popolazione americana era dotata di un'assicurazione privata, connessa alla tipologia di impiego lavorativo. I destinatari dei programmi Medicare, Medicaid e Children's Health Insurance Program erano e sono, principalmente, persone dai 65 anni e oltre, anziani e disabili, adulti e bambini, sotto una determinata soglia di reddito. Nello stesso anno circa il 15 % dei cittadini statunitensi non erano coperti da assicurazione: quelli senza copertura assicurativa, e non in grado di pagare, potevano, però, ricevere trattamenti di emergenza in ospedali senza che i costi venissero loro addebitati. Circa la metà dei finanziamenti deriva da fondi pubblici. Per il resto, la fornitura rimane privata con ospedali, che operano

come privati, e medici che svolgono l'attività professionale come lavoratori autonomi. Negli ultimi anni, gli Stati Uniti hanno assistito ad una crescita della domanda di informazioni circa le performance degli erogatori, soprattutto perché la trasparenza viene vista come driver per la competizione. Senza dubbio, i sistemi di *Public reporting* trovano la loro culla proprio nella realtà statunitense e, per questo motivo, qui rinveniamo il massimo livello di sviluppo degli stessi. Ciò, però, non implica che non vi siano margini di miglioramento.

Durante il nostro lavoro di ricerca, sono stati trovati numerosi articoli dedicati all'argomento. Tali articoli hanno evidenziato come, negli anni, siano state condotte indagini, somministrati questionari, raccolte informazioni sui trend dei tassi di mortalità come indicatori di processo, implementati svariati interventi di *customer satisfaction*. Dal punto di vista istituzionale, la creazione del "*National Forum for Health Care Quality Measurement and Reporting*" e del "*National Advisory Council for Healthcare Research and Quality*" sono stati passi importanti verso lo sviluppo di un compiuto framework nazionale. Le varie istituzioni presenti lavorano assieme alla redazione di un set di misure e metodi per la raccolta dei dati qualitativi destinati alla pubblicazione e per l'impostazione di programmi di ricerca e sviluppo della nazione. Data l'importanza della scelta dell'assicurazione privata (*health plan*) negli USA, sono state redatte delle guide che forniscono informazioni affinché la selezione della stessa sia appropriata e consapevole. Apporto importante viene offerto dal "*National Committee on Quality Assurance*" (NCQA), organizzazione privata no profit, attraverso il suo HEDIS (Healthcare Effectiveness Data and Information Set), centrato sulla valutazione della qualità dei piani offerti dai vari assicuratori. Accanto a questo, altri sistemi sono stati disegnati a supporto degli utenti quali il *Consumer Assessment of Health Plans Study (CAHPS)*, la cui efficacia viene periodicamente sottoposta a studi sperimentali e osservazionali da parte degli esperti del settore. Il CAHPS è stato reso pubblico nella primavera del 2008 e i suoi dati sono stati utilizzati per una serie di studi secondari (ad esempio, provvedimenti per migliorare la preparazione del personale infermieristico). Tuttavia, è ancora presto per giudicare l'impatto che ha e avrà il rilascio dei dati sulla performance ospedaliera e non

Di seguito è riportato una tabella (tabella 2.1.1) contenente i principali siti Web che si occupano, negli USA, di fornire informazioni comparative sanitarie al pubblico, ognuno dei quali affiancato da una breve descrizione.

In conclusione, nonostante l'elevato grado di sviluppo dei sistemi di comunicazione al pubblico, le misure di performance pubblicate non hanno mosso significativamente il mercato e i consumatori non hanno risposto al meglio alle sollecitazioni.

Al contrario, nonostante l'inerzia di cittadini, committenti e medici, questi meccanismi sembrano aver stimolato alcuni miglioramenti in ambito organizzativo e manageriale, forse mettendone in luce i punti di debolezza e incoraggiando l'intervento sui livelli sub ottimali di performance e la programmazione di strategie interne di riqualificazione del servizio. Alcuni studi dimostrano che le azioni dei manager hanno migliorato elementi importanti dell'assistenza clinica. Sembrerebbe, infatti, che questi, attenti alla propria *public reputation*, cerchino di preservarsi da eventuali ripercussioni e si preoccupino di far registrare miglioramenti di molto superiori a quanto l'utenza richiederebbe (Marshall, MN et Al. 2000a-2000b).

### 2.1.2 Il Sistema Sanitario Inglese

L'assistenza sanitaria in Inghilterra è organizzata e fornita, in gran parte, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale (NHS). I servizi offerti sono finanziati attraverso la fiscalità generale, con un piccolo contributo dell'assicurazione nazionale (NI). Il *National Health Service* copre tutti i residenti e i servizi sono gratuiti (con poche eccezioni come le cure odontoiatriche e la prescrizione di farmaci). Il NHS è sotto il serrato controllo del Dipartimento della Salute che è responsabile dello sviluppo di un unitario quadro politico generale. Attualmente, le autorità sanitarie strategiche (SHA, create nel 2002) si occupano dell'organizzazione dei servizi sanitari, a livello locale, destinati a popolazioni geograficamente definite e della messa a disposizione di cure di assistenza primaria, secondaria e territoriali. La presente struttura dovrebbe cambiare in questi anni con l'abolizione a tempo debito di SHA e PCT (Primary Care Trusts). Durante il decennio appena passato, sono stati creati organi che

TABELLA 2.1.1

DESCRIZIONE DEI PRINCIPALI SITI WEB DI PUBLIC REPORTING NEGLI STATI UNITI	
SITI WEB	DESCRIZIONE
HOSPITAL COMPARE	Iniziativa dell' US Department of Health and Human Services (HHS). Hospital Compare nasce dalla collaborazione tra: Centri per i Servizi Medicare e Medicaid (CMS), il Dipartimento dei Servizi Sanitari e Umani e i membri dell'Hospital Quality Alliance (HQA). Lo scopo è di supportare i pazienti nelle scelte. Le informazioni arrivano direttamente dai fornitori sanitari.
	<a href="http://www.medicare.gov/hospitalcompare/search.html">http://www.medicare.gov/hospitalcompare/search.html</a>
NURSING HOME COMPARE	Iniziativa di Medicare. Le finalità sono di informare il pubblico sul servizio offerto dalle case di riposo e supportare i pazienti nelle loro scelte. L'informazione è generata da attori esterni o dalle stesse case di riposo.
	<a href="http://www.medicare.gov/nursinghomecompare/">http://www.medicare.gov/nursinghomecompare/</a>
HOME HEALTH CARE COMPARE	Iniziativa di Medicare. Le finalità sono di informare il pubblico sul servizio offerto dalle case di riposo e supportare i pazienti nelle loro scelte. L'informazione è generata da attori esterni o dalle stesse case di riposo.
	<a href="http://www.medicare.gov/HomeHealthCompare/search.aspx">http://www.medicare.gov/HomeHealthCompare/search.aspx</a>
DIALYSIS FACILITY COMPARE	Iniziativa di Medicare. Gli obiettivi sono di informare il pubblico sulle malattie croniche renali e la dialisi, e di supportare così i pazienti nelle loro scelte. Le informazioni provengono da attori esterni o dalle stesse strutture erogatrici di tali servizi.
	<a href="http://www.medicare.gov/dialysisfacilitycompare/">http://www.medicare.gov/dialysisfacilitycompare/</a>
HOSPITAL SAFETY SCORE BY LEAPFROG GROUP	Iniziativa del Leapfrog Group (un'associazione di datori di lavoro). Lo scopo è quello di stimolare la trasparenza e l'accesso alle informazioni al fine di supportare le scelte di acquirenti e pazienti. In aggiunta a ciò, si mira a stimolare il miglioramento della qualità dei programmi. Le informazioni vengono fornite da provider sanitari.
	<a href="http://www.hospitalsafetyscore.org/">http://www.hospitalsafetyscore.org/</a>
PATIENT ADVOCATE	Iniziativa dell' Office of the Patient Advocate (OPA), in collaborazione con il Dipartimento di gestione dell'Assistenza sanitaria. Lo scopo è informare i pazienti sui loro diritti e sulle opzioni a loro disposizione (patient empowerment). Inoltre, si vuole stimolare la trasparenza e supportare fornitori e pazienti a prendere scelte informate. Le informazioni sono generate da una serie di fonti esterne.
	<a href="http://www.patientadvocate.org/">http://www.patientadvocate.org/</a>
U COMPARE HEALTHCARE	Iniziativa di About, Inc (parte dell'azienda New York Times). Lo scopo è di sostenere e aiutare i pazienti nelle scelte riguardanti l'assistenza sanitaria. Le informazioni provengono da un ampio set di fonti federali.
	<a href="http://www.ucomparehealthcare.com/">http://www.ucomparehealthcare.com/</a>
NCQA	Iniziativa del National Committee for Quality Assurance (NCQA). Lo scopo è di stimolare la trasparenza e il miglioramento della qualità delle prestazioni, oltre che supportare le scelte dei pazienti. Le informazioni (basate su un set di misure standardizzate) vengono fornite dallo stesso NCQA.
	<a href="http://www.ncqa.org/HomePage.aspx">http://www.ncqa.org/HomePage.aspx</a>
AHD.COM	Iniziativa dell' American Hospital Directory, Inc. (una società private). Lo scopo è di informare i partecipanti circa le performance degli ospedali. Le informazioni vengono messe a disposizione dalla società e estratte da una serie di fonti esterne.
	<a href="http://www.ahd.com/">http://www.ahd.com/</a>
QUALITY CHECK	Iniziativa della Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHQ), che è un'organizzazione no-profit. Lo scopo come sempre è supportare le scelte dei pazienti. Le informazioni sono fornite dagli erogatori sanitari alla Commissione.

rappresentano in qualche modo i bracci operativi del Dipartimento come l'Istituto nazionale per la Salute e l'Eccellenza Clinica (NICE), il Monitor (un organo regolatore indipendente, responsabile della supervisione del NHS Foundation Trusts) e la Commissione Qualità della Cura (organo regolatore di tutti i servizi sociali e sanitari offerti dal NHS). Tutti questi organismi hanno assunto ruoli chiave di garanzia normativa e di assicurazione della qualità, definendo standard nazionali, monitorando e valutando i risultati finali. In contrasto con quanto avviene negli Stati Uniti, in Inghilterra ci sono relativamente pochi esempi di sistemi di comunicazione e rilascio di informazioni al pubblico sulla qualità dell'assistenza sanitaria.

Proprio la misurazione delle performance è stata oggetto di un'importante riforma nel 1980, che ha attivato proposte di monitoraggio e reporting come mezzi per determinare processi e esiti di una vasta gamma di servizi pubblici e rafforzare la responsabilità pubblica del Governo. Questa tendenza ha trovato ulteriore supporto in varie riforme volte a rafforzare la concorrenza nel settore attraverso meccanismi di rimborso degli ospedali (*payment by results*), attraverso la diversificazione delle organizzazioni erogatrici e l'introduzione della libera scelta del paziente.

Come appena accennato, i primi meccanismi di comunicazione al pubblico, in Inghilterra e Galles, sono stati sviluppati a partire dai primi anni '80. Ma i dati che, dal 1992, presentavano principalmente i tassi di mortalità relativi ai vari ospedali, avevano per lo più finalità gestionali e scarso era il loro impatto sul pubblico degli utenti, quindi non rispondevano allo scopo di cui si sta trattando. La prima iniziativa di comunicazione e informazione volutamente indirizzata al pubblico (*Public reporting*), nota con il nome di *Patient's Charter*, si focalizzava su dati riguardanti i tempi di attesa piuttosto che sulla qualità delle prestazioni cliniche (tabella 2.1.2). Una serie di dati sui risultati conseguiti dalle strutture ospedaliere sono stati pubblicati a partire dai primi anni '90 in Scozia, ma ancora il rilascio di informazioni avveniva con cautela, per scoraggiare reazioni ostili da parte di medici e media. Iniziative significative sono state introdotte solo nel 1998, un decennio più tardi rispetto agli Stati Uniti. A partire da questa data però, il Regno Unito ha adottato un approccio al PR coordinato e strategico rispetto a quello che finora si è

visto negli Usa. Nel 2001 il Dipartimento della sanità ha pubblicato un nuovo sistema per la valutazione delle performance di tutti gli ospedali non specialistici convenzionati con il NHS, presenti sul territorio inglese. Ognuno deve essere classificato annualmente in una di quattro categorie, sulla base di stelle (da 3 a 0) assegnate in relazione alle loro prestazioni, a loro volta valutate tramite una serie di indicatori e di risultati dalla Commissione per il Miglioramento della Salute (CHI). Tre stelle vengono assegnate ad ospedali che presentano i più elevati indici di performance e che hanno ricevuto parere positivo dalla Commissione. L'intento è quello di premiare le organizzazioni cui vengono assegnate tre stelle con incentivi finanziari e con un aumento della loro autonomia strategica. Gli ospedali con zero stelle vengono, invece, posti sotto controllo ed, eventualmente, si procede con la sostituzione del management. Oltre alle proposte di comunicazione messe in campo in particolare dal Ministero della Salute, alla fine del 2000, sono stati avviati una serie di programmi indipendenti su iniziativa di soggetti privati. *Dr Foster*, ad esempio, fondato da due giornalisti del *Sunday Times*, rende disponibili sul web i dati di performance degli ospedali, in particolare di tutti quelli per acuti, fornendo informazioni su specifici tassi di mortalità, personale sanitario, tempi di attesa, numero di reclami e denunce. Il NHS ha inoltre avviato una serie di indagini volte a monitorare le prestazioni dal punto di vista diretto del paziente, offrendo delle comparazioni tra le diverse esperienze e testimonianze raccolte e tra diverse parti del Paese. A tal proposito, è stata condotta un'indagine su pazienti affetti da malattie cardiache, coinvolgendo 194 ospedali e più di 84000 pazienti. Ad oggi, grazie a ciò, una scheda dettagliata delle prestazioni di ciascun ospedale è disponibile su Internet.

Dopo una serie di studi pilota lanciati nel 2002, dal 2006 a tutti i pazienti inglesi che devono essere sottoposti a chirurgia elettiva e si rivolgono ai propri medici di medicina generale, è stata offerta la possibilità di scegliere quattro o cinque erogatori di assistenza secondaria al momento della consultazione. La "libera scelta" tra qualsiasi fornitore è diventato nel 2009 un diritto riconosciuto ai pazienti. I medici di medicina generale sono tenuti a informare i pazienti sulle opzioni di trattamento, sulla posizione e i tempi di attesa rispetto a ciascun fornitore.

Tra quelli presenti in Inghilterra, il

*NHS Choices* ([www.nhs.uk](http://www.nhs.uk)) è sicuramente uno degli strumenti di informazione più importanti, gestito dal Dipartimento della Salute. È principalmente destinato a fornire notizie facilmente comprensibili e accessibili a qualsiasi tipologia di pazienti. Nel 2008, è stato integrato il NHS Direct (un servizio telefonico), riunendo, così, online tutti i servizi proposti dal NHS. Il sito si rivolge a pazienti, assistenti e pubblico in generale. Gli strumenti forniti sono i più vari: vasta gamma di opzioni e servizi riguardanti la salute e l'assistenza sociale, consulenze mediche, guide "self-help", elenco di fornitori di cure primarie e secondarie, di dentisti, specialisti e medici di comunità, confronti tra gli ospedali sulla base di specifici indicatori. È presente, inoltre, un link che consente la prenotazione online dell'albergo durante i giorni in cui bisogna recarsi all'ospedale per le visite. Lo scopo è di garantire che tali attività siano rispondenti alle aspettative e ai bisogni del pubblico.

Sia negli Stati Uniti sia nel Regno Unito

il tema del *Public reporting* è percepito come centrale per migliorare la responsabilità degli operatori sanitari, come leva per il miglioramento della qualità e come importante principio da inseguire. Entrambi i Paesi stanno affrontando grandi sfide nel tentativo di coinvolgere i principali soggetti interessati. Politici e media stanno abbracciando con entusiasmo l'idea ma, allo stesso tempo, le evidenze suggeriscono che molti consumatori, acquirenti e operatori sanitari assumono un atteggiamento ambivalente, da una parte apatico, dall'altra antagonistico a tali sistemi. Forse bisognerebbe porre l'attenzione non solo sull'efficienza tecnica dello strumento, ma anche sulla sua effettiva rispondenza ai bisogni di tutti gli attori.

Per concludere, ci sono ancora tante cose che non si conoscono sul *Public reporting* e la strada da percorrere è lunga anche in Inghilterra ma, probabilmente, determinante potrebbe essere l'attivazione di forme di collaborazione tra i due Stati.

TABELLA 2.2.2

DESCRIZIONE DEI PRINCIPALI SITI WEB DI PUBLIC REPORTING NEGLI REGNO UNITO	
SITI WEB	DESCRIZIONE
NHS CHOICES	Iniziativa del NHS, in collaborazione con il National Library for Health, l'Information Centre for Health and Social Care, l'Healthcare Commission e altre parti. Lo scopo è di supportare i consumatori nelle loro decisioni relative alla salute e all'assistenza.
	<a href="http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx">http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx</a>
DR. FOSTER	Iniziativa privata in collaborazione con l'Information Centre for Health and Social Care, organizzazioni sanitarie e autorità locali. Gli scopi sono: informare i consumatori e professionisti sanitari sulle alternative nell'assistenza sanitaria, supportare i consumatori nelle loro scelte. In aggiunta, l'obiettivo ultimo è quello di stimolare le iniziative di miglioramento della qualità. L'informazione è generata da una serie di risorse esterne.
	<a href="http://www.drfoosterhealth.co.uk/">http://www.drfoosterhealth.co.uk/</a>
HFEA CLINICS GUIDE	Iniziativa dello Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA). Lo scopo è quello di informare i consumatori e supportarli nelle scelte di assistenza sanitaria. L'informazione è generata dallo HFEA ed erogata dai clinici.
	<a href="http://guide.hfea.gov.uk/guide/">http://guide.hfea.gov.uk/guide/</a>
BAAPS	Iniziativa della British Association of Aesthetic Plastic Surgeons. Lo scopo è quello di informare il pubblico circa la pratica e la qualità della chirurgia plastica e supportare i consumatori nelle scelte a ciò relative.
	<a href="http://www.baaps.org.uk/">http://www.baaps.org.uk/</a>
PRIVATE HEALTHCARE UK	Iniziativa di Intuition Communication LTD (organizzazione commerciale). Gli obiettivi sono di informare i consumatori circa l'assistenza sanitaria privata e supportarli nelle scelte.
	<a href="http://www.bupainternational.com/facilities-finder/">http://www.bupainternational.com/facilities-finder/</a>

### 2.1.3 In Europa: I Sistemi Sanitari Tedesco ed Olandese

Nel Sistema Federale Tedesco, la regolamentazione del sistema sanitario è condivisa tra il governo federale e i 16 governi statali (*Länder*). Circa il 90% della popolazione è coperta da un'assicurazione di malattia sociale obbligatoria, mentre la restante da una sostitutiva assicurazione volontaria (sistema Bismarck). Dal 2009, tutti i residenti in Germania sono tenuti ad avere un'assicurazione sanitaria. Il Comitato Federale Comune (*Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA*) è il più alto organo decisionale ed è composto dall'associazione federale dei fondi di assicurazione, dalle associazioni federali dei professionisti sanitari (inclusi dentisti, terapisti) e da una rappresentanza dei pazienti, con funzione di consulenza. I servizi sono forniti da un mix di erogatori pubblici e privati. Le cure ambulatoriali vengono prestate dai medici di base o specialisti al di fuori dell'ospedale; i pazienti hanno libera scelta nel settore dell'assistenza ambulatoriale e parziale libertà in quello ospedaliero. Gli ospedali sono pubblici, privati for profit o no-profit. Grazie all'assicurazione sanitaria sociale, i pazienti hanno diritto di accedere ad una serie di servizi definiti dalla legge. Per le assicurazioni private, il set dei servizi è stabilito con l'accordo contrattuale tra assicuratore e assicurato. A partire dal 1989, con la legge di riforma sanitaria, sono state definite misure di garanzia della qualità come elementi obbligatori da rispettare nei contratti tra ospedali e fondi di assicurazione sociale. Il quadro giuridico è radicalmente cambiato. È stata prevista l'introduzione del pagamento *activity-based* delle strutture ospedaliere, mediante l'uso dei Diagnosis-Related Groups (DRGs). Dal 2003, gli ospedali sono tenuti per legge a produrre e pubblicare relazioni biennali sulla qualità. Nel 2004, il governo ha introdotto un volume minimo obbligatorio di servizi da erogare che deve essere rispettato dagli ospedali se vogliono qualificarsi per il rimborso. Le valutazioni nella maggior parte dei casi si focalizzano sulla facilità d'uso e sulla comprensibilità, da parte degli utenti, delle informazioni fornite. Nel 2006, dopo il primo anno di reporting obbligatorio, solo il 19% degli intervistati (campione rappresentativo della popolazione) partecipanti ad un sondaggio era a conoscenza del fatto che report sulla

qualità fossero disponibili su Internet. Coloro che risultavano informati, tendevano ad essere assicurati privatamente e solitamente godevano di alti livelli d'istruzione. Dai dati dell'indagine è emerso il desiderio di avere ulteriori informazioni sui fornitori, ma anche la partecipazione attiva delle organizzazioni di consumatori nello sviluppo del sistema informativo. Qualificazione dei medici, pulizia degli ospedali, qualificazione degli infermieri si attestano ai primi posti tra le priorità per i pazienti, ma al momento questi dati non sono presenti nelle relazioni sulla qualità, evidenziando così l'attuale disequilibrio tra resoconti forniti e bisogni da soddisfare.

In Olanda, la *governance* del sistema sanitario è affidata al Governo, ma il suo ruolo è limitato alla sorveglianza e alla definizione delle regole fondamentali necessarie per rafforzare i meccanismi di mercato introdotti nel sistema con la riforma del 2006. Il sistema si considera, in un certo senso, "autogestito", tuttavia, lo stesso Governo si riserva il diritto di intervenire, qualora i sistemi esistenti offrano prestazioni scarse e inadeguate. Gli ospedali sono tutte organizzazioni private no profit. Dal 2006, tutti i residenti sono tenuti a stipulare un'assicurazione sanitaria privata. Le assicurazioni, anch'esse organizzazioni private no profit, non possono rifiutare alcuna domanda di adesione e devono fornire una copertura a prescindere dal rischio individuale (un pacchetto completo di servizi). Gli assicuratori acquistano servizi dagli erogatori e sono liberi di contrattare con qualsiasi ospedale, tuttavia, le negoziazioni sono regolate per quanto riguarda il prezzo e la qualità (anche se la regolamentazione dei prezzi riguarda solo particolari servizi). L'utilizzo di indicatori qualitativi è previsto, ma ancora non completamente sviluppato. Istituita nel 2006, l'autorità amministrativa che va sotto il nome di *Nederlandse Zorgautoriteit* (NZA) è responsabile della supervisione del mercato sanitario nonché del monitoraggio della competizione tra assicuratori e fornitori ed impone regole e prezzi da applicare se i meccanismi spontanei di mercato si mostrano inappropriati a raggiungere l'efficienza. Nel 1996, per la prima volta, vengono redatte disposizioni puntuali di funzionamento del sistema di qualità per tutte le istituzioni di assistenza sanitaria, sulla base di standard stabiliti da rappresentanze delle associazioni professionali del settore. Vengono incluse,

inoltre, iniziative per lo sviluppo interno del sistema tra cui: stesura di una dettagliata documentazione della qualità esterna, controllo e pubblicazione di relazioni sulla qualità delle cure (sistemi di PR).

Due importanti proposte nazionali sono state lanciate per fornire ai pazienti maggiori informazioni ed entrambe hanno comportato lo sviluppo di indicatori e la partecipazione a questi programmi da parte delle strutture d'offerta è obbligatoria. Il primo progetto, che va sotto il nome di *Zichtbare Zorg* ("cura trasparente"), è stato istituito nel 2007 ed è un programma nazionale volto a standardizzare, monitorare e mantenere gli indicatori di processo del settore. Investe l'area ospedaliera, varie porzioni dell'assistenza primaria come la medicina generale, l'assistenza alla maternità, la fisioterapia, la cura delle malattie croniche, nonché l'assistenza farmaceutica, infermieristica e quant'altro. Il programma è destinato a diventare parte integrante di un'istituzione nazionale a ciò dedicata, che non è ancora stata realizzata. La seconda iniziativa, *KiesBeter* ("scegli il migliore"), consiste in un portale sanitario pubblico gestito dall'Istituto Nazionale per la Salute Pubblica e l'ambiente, progettato per aiutare gli utenti a scegliere tra fornitori differenti. Il portale offre informazioni generali sulle strutture ospedaliere, tempi di attesa, disponibilità delle varie specialità e un range di indicatori di appropriatezza, efficacia ed efficienza. Tali indicatori riguardano tutte le dimensioni dell'ospedale; sono sia misure di processo (e.g. percentuale di operazioni annullate, la percentuale di pazienti sottoposti a screening per malnutrizione) sia misure di outcome (e.g. l'incidenza delle piaghe da decubito o i tassi di infezioni nosocomiali). Ad ogni indicatore viene assegnato un punteggio espresso in stelle (*stars rating*), con un massimo di 3 stelle qualora i risultati coincidano con le migliori prestazioni. La gamma degli indicatori varia in base alle specifiche condizioni cliniche. Grazie a questo sistema i pazienti possono cercare un ospedale in base al nome e confrontare direttamente i suoi indicatori con i risultati di altre strutture. I cittadini sono in possesso di una notevole quantità di informazioni messe a disposizione tramite siti web, carta stampata o altri media.

In conclusione, negli ultimi anni, importanti riforme sanitarie sono state attuate in Germania e nei Paesi Bassi, partendo dalla

considerazione che la libera scelta da parte dell'utente dell'assistenza sanitaria potrebbe contribuire ad alimentare un sistema "demand-driven" basato sulla competizione regolata. Nonostante l'accento sui temi della trasparenza e della responsabilità sia legato strettamente all'empowerment del paziente e al diritto di informazione del pubblico, il PR è stato promosso anche quale meccanismo per il controllo dei costi e la creazione di un mercato sanitario più efficiente (Delnoij DMJ, 2009). A causa della mancanza, in questi due Paesi, di studi scientifici che dimostrassero l'impatto delle informazioni sulla qualità del sistema sanitario di erogazione, sono stati presi a riferimento protocolli americani, quali il CAHPS, strumenti sviluppati nel Regno Unito e indagini condotte in Danimarca. Su questa scia, recentemente, in Olanda è stato delineato, se così si può definire, uno standard nazionale per la valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria: il CQI, *Consumer Quality Index* che si basa principalmente su sondaggi e interviste in merito alle esperienze personali degli utenti sanitari. Germania e Olanda, nel confronto internazionale in tema di sistemi di PR, si presentano sicuramente quali Paesi all'avanguardia, ma senza dubbio sono presenti ampi margini di miglioramento.

#### 2.1.4 In Italia: Diffusione dei meccanismi di Public reporting nel Servizio Sanitario Nazionale

Esperienze di altri Paesi hanno dimostrato che la comunicazione può essere considerata come una risorsa, e non una spesa, per contribuire a migliorare la salute. Nei servizi sanitari la comunicazione assume, infatti, un ruolo strategico nel favorire l'accesso e l'utilizzo appropriato dei servizi, nonché l'adozione di comportamenti volti alla tutela ed al miglioramento della salute individuale e collettiva. In questo processo, la comunicazione pubblica deve prestare particolare attenzione alle fasce di popolazione più vulnerabili ed agli effetti sulla salute generati dalle disuguaglianze socioeconomiche. Progettare e realizzare campagne istituzionali su temi di salute (ad esempio per la lotta al fumo e all'obesità rivolte a tutti i potenziali destinatari) senza tener conto del criterio della segmentazione oppure senza effettuare le dovute verifiche e valutazioni dei risultati, può contribuire ad

aumentare le diseguaglianza socioeconomiche tra chi ha accesso a corrette informazioni e servizi appropriati e chi, invece, continua a rimanerne escluso.

Attraverso un'attenta definizione dei destinatari, un adeguato posizionamento e l'utilizzo di strategie integrate, è possibile professionalizzare e trasformare queste attività in un reale servizio ai cittadini, sfruttando a pieno tutte le potenzialità della comunicazione.

L'assistenza sanitaria, in Italia, è fornita tramite il Servizio Sanitario Nazionale, declinato a livello regionale e articolato a livello locale nelle ASL. Lo Stato è responsabile della definizione dei principi fondamentali in materia, delle linee guida e dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il sistema si finanzia mediante una complessa combinazione tra fiscalità nazionale e regionale. I 20 governi regionali rivestono un ruolo fondamentale nel finanziamento e nella regolazione dell'assistenza e sono tenuti a garantire che la popolazione abbia accesso ai LEA, cioè all'insieme delle attività, dei servizi e delle prestazioni che il Servizio sanitario nazionale eroga a tutti i cittadini gratuitamente o con il pagamento di un ticket, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza. Le Aziende Sanitarie Locali si occupano dell'assistenza primaria, secondaria e terziaria, gestendo i rapporti con ospedali pubblici e privati e supervisionando l'operato dei medici di medicina generale. In Italia, i pazienti possono scegliere qualsiasi medico qualificato all'interno del SSN. Un sondaggio telefonico condotto nel 2002 in otto Paesi europei ha dimostrato che i cittadini italiani percepiscono la loro libertà di scelta abbastanza alta, paragonabile alle maggiori Nazioni europee. Le ASL sono tenute per legge

a pubblicare le informazioni sugli operatori che lavorano nel settore, tra cui curricula vitae personali e professionali e dettagli su tutto il personale sanitario. È innegabile che in Italia la promozione dei diritti dei pazienti è perseguita, quasi interamente, da azioni dei cittadini stessi, secondo uno schema bottom-up.

Un importante iniziativa di *Public reporting* a portata nazionale è lo "Sportello Cancro", iniziativa nata dalla collaborazione tra il Corriere della Sera e la Fondazione Umberto Veronesi. Si tratta di un archivio di ospedali che comprende tutte le strutture italiane, da quelle super-specializzate (per esempio IRCCS, Enti di Ricerca) a quelle più piccole (per esempio Case di cura private accreditate). Per ogni ospedale vengono fornite (attraverso un sito WEB) numerose informazioni sullo staff medico-chirurgico che si occupa dei tumori, sulle principali attrezzature, e sul numero dei ricoveri e degli interventi chirurgici (quindi sull'esperienza globale della struttura). Un'apposita commissione di esperti ha selezionato, indicandoli con una stella, una serie di reparti che offrono assistenza e terapie di particolare qualità. Sono, inoltre, consultabili le sperimentazioni in corso con farmaci anti-tumorali. Il Tribunale per i diritti del malato (TDM), iniziativa di Cittadinanzattiva, promuove la pubblicazione di un report, "Rapporto Annuale Progetto Integrato di Tutela (PIT)", a cadenza annuale. Tale report costituisce un servizio di informazione, consulenza e assistenza ai cittadini sui servizi sanitari e socio-assistenziali, ed è attivo livello nazionale, regionale e locale. Tale strumento rendiconta pubblicamente i casi di "malasanità" in cui il TDM assiste i pazienti nella difesa dei loro diritti.



# Il Public reporting in Sanità, proposta di un nuovo strumento operativo

Walter Ricciardi

## 3.1 LO SCENARIO ITALIANO E LA NECESSITÀ DI CAMBIAMENTO

L'informazione in sanità è cruciale per la fornitura di prestazioni efficaci, eque ed efficienti, nonché per finalità gestionali, tra cui quella di garantire e incrementare la responsabilità dei principali attori nell'offerta dei servizi, quali professionisti sanitari e manager.

Lo strumento operativo qui proposto, risponde alle esigenze del contesto sociale e sanitario, italiano ed europeo, in cui si colloca. Lo scenario globale evidenzia una "aggressiva" competitività, determinazione e concretezza dei Paesi emergenti che sta minando il vantaggio competitivo di Nazioni, come l'Italia, vecchie e ancorate a prassi consolidate e modelli del passato. In particolar modo, come già avvenuto a livello eco-globale con le recenti riforme tuttora in atto, anche il settore sanitario italiano risentirà di forti trasformazioni dettate principalmente da pressioni interne ed esterne al Paese. L'analisi di scenario prospetta, pertanto, la creazione di alcuni "vincoli" che rappresenteranno i principali driver del cambiamento in Sanità:

- I vincoli economici saranno sempre più stringenti con tagli del finanziamento per il 2013/2014 pari a circa 5 miliardi (che corrispondono ad una riduzione totale del 6%). La *spending review*, nel 2012, ha determinato un taglio di oltre 1.5 miliardi di euro. I drastici ridimensionamenti economici porteranno ad una "ribellione" da parte delle Regioni più virtuose, ad oggi capaci di gestire abbastanza adeguatamente le risorse loro attribuite, che vedranno ridursi sempre più i budget di spesa disponibili - VINCOLO INTERNO
- Farmaci, servizi essenziali d'assistenza, accessibilità e copertura universale

verranno meno e/o saranno ridimensionate rispetto allo stato attuale per ragioni prettamente "economy - based" piuttosto che "value-based", dando vita a fenomeni di tendenza migratoria verso Paesi stranieri capaci di fornire gli stessi ad un livello superiore rispetto all'Italia (c.d. turismo sanitario - che sarà favorito dalla Direttiva 24/2011 che apre alla libera circolazione dei cittadini in Europa anche in ambito sanitario) - VINCOLO ESTERNO

In questo contesto evolutivo, nasce l'iniziativa *doveecomemicro.it*, il cui fine strategico è "realizzare un supporto informativo volto ai cittadini, al fine di rafforzare il principio di responsabilità sociale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale", principio secondo cui i decisori e le organizzazioni sanitarie devono assumersi la responsabilità delle proprie azioni verso i cittadini, in termini di trasparenza comportamentale, amministrativa, gestionale, strategica ed economica.

Partendo dalla consapevolezza della necessità di cambiamento in Sanità, e dalla considerazione che soltanto una pressione esterna sui decisori e sui cittadini può fare della "Crisi" un'opportunità di cambiamento reale, *doveecomemicro.it* si pone l'obiettivo di creare una "struttura comunicativa" capace di raggiungere i cittadini ed i decisori al fine di rafforzare il loro coinvolgimento ed informare le decisioni sulla base di evidenze scientifiche.

## 3.2 IL MODELLO CONCETTUALE: MIGLIORARE LA QUALITÀ IN SANITÀ ATTRAVERSO LA TRASPARENZA

Dal punto di vista teorico, il *Public reporting* sui dati di performance degli erogatori sanitari -fatto in forma comparativa, fornisce

agli utenti (cittadini) e agli erogatori (strutture sanitarie) una conoscenza dei fatti tale da attivare due percorsi di miglioramento della qualità dell'assistenza:

- *selezione*: i cittadini sono liberi di scegliere a quale struttura sanitaria rivolgersi per soddisfare i propri bisogni sanitari. Le organizzazioni con elevati standard qualitativi soddisfano la maggior parte dei bisogni sanitari, mentre quelle con bassi standard qualitativi usciranno nel lungo periodo dal mercato sanitario; ciò comporterà un miglioramento complessivo della qualità del sistema sanitario.
- *cambiamento*: quando le organizzazioni sanitarie sono informate sui loro standard qualitativi, cominciano ad intraprendere iniziative volte al miglioramento come reazione ai meccanismi di *Public reporting*. In questo caso la pubblicazione di informazioni comparative sulla performance influenza la qualità complessiva del sistema sanitario attraverso il meccanismo della reputazione pubblica.

Partendo da queste basi teoriche, le origini di *doveecomemicro.it*, risiedono in due indagini condotte per valutare la presenza di strategie ispirate al principio di *accountability* nelle Aziende Sanitarie Locali (ASL), e negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), nelle Aziende Ospedaliere (AO) e nei Policlinici Universitari (PU). Evidenti sono state le differenze riscontrate tra le strutture sanitarie nello sviluppo di strategie di promozione della centralità del paziente, probabilmente da ricondursi alle politiche di autonomia e responsabilizzazione delle regioni in materia sanitaria. Da qui la volontà di realizzare uno strumento in grado di permettere al cittadino l'accesso alle informazioni sulla qualità delle strutture sanitarie, rafforzando il suo "potere" all'interno del SSN.

Attributi fondamentali del *framework* sottostante a *doveecomemicro.it*, sono:

- *la facilità di comprensione per i cittadini*. Qualunque utente, indipendentemente dal suo livello di istruzione ed alfabetizzazione, deve essere in grado di accedere alle informazioni rispondenti al suo fabbisogno conoscitivo. Le

informazioni divulgate pubblicamente sono parte di una strategia comunicativa volta a massimizzarne la facilità di comprensione e la rapidità nell'interpretazione

- *l'oggettività e l'affidabilità scientifica delle informazioni*. Qualsiasi messaggio comunicativo, divulgato pubblicamente, poggerà su solide fondamenta "*evidence-based*". Gli indicatori inclusi nel cruscotto – [doveecomemicro.it](http://doveecomemicro.it), oltre ad essere robusti dal punto di vista scientifico, efficaci dal punto di vista informativo e realizzabili da un punto di vista pratico, devono aiutare i cittadini – potenziali utenti sanitari – nella valutazione delle alternative assistenziali disponibili
- *la trasparenza metodologica*. La piena trasparenza dei metodi, intesa come "accessibilità totale" delle procedure attraverso cui le informazioni sulla performance delle organizzazioni sanitarie vengono identificate, raccolte, elaborate e rese accessibili ai cittadini costituisce uno dei punti centrali del framework metodologico.

### 3.3 L'IDEA: DOVEECOMEMICURO.IT

Internet ha cambiato le nostre abitudini di viaggio (TripAdvisor.com), acquisto (eBay.com) o lettura (Amazon.com) permettendoci di effettuare scelte in maniera consapevole grazie alla condivisione di informazioni, dati e feedback in tempo reale. Cercare e prenotare un hotel, un volo o organizzare un'intera vacanza, sulla base della qualità dei servizi offerti e delle tue necessità, è ormai semplicissimo. E per l'assistenza sanitaria?

Con l'intenzione di rispondere a questo quesito, e quindi permettere a tutti i cittadini, con la stessa rapidità ed affidabilità, di scegliere la struttura di assistenza del Servizio Sanitario Nazionale di cui ha bisogno, in base a parametri di qualità universalmente condivisi, nasce la proposta di *Public reporting* oggetto del presente libro. La filosofia non è creare classifiche fini a se stesse, ma una guida ragionata per aiutare il cittadino/paziente, a scegliere l'ospedale o il servizio migliore per le tue necessità e quelle dei tuoi cari.

*Doveecomemicro.it* è una proposta

metodologica ideata per la valutazione e la comparazione della qualità assistenziale delle strutture sanitarie ospedaliere afferenti al SSN, partendo dalla ricerca di dati esistenti ed accreditati scientificamente sulla qualità clinica delle strutture sanitarie.

Nello specifico, la valutazione della qualità delle strutture sanitarie è resa operativa attraverso un sistema di indicatori di qualità. Tali misure di qualità sono raggruppate in problemi di salute o malattie, a loro volta raggruppati in parti anatomiche del corpo umano (figura 3.3.1).

Nello specifico la metodologia qui proposta è articolata nei seguenti passaggi, elencati in ordine logico:

1. valutazione della qualità delle strutture sanitarie, basata sull'esame di molteplici indicatori di qualità relativi a vari aspetti dell'assistenza offerta dalle strutture sanitarie ai cittadini;
2. suddivisione di tali misure di qualità in gruppi assistenziali o in problemi di salute riguardanti la domanda d'assistenza dei cittadini;
3. raggruppamento di detti problemi di salute in parti anatomiche o in parti del corpo umano, al fine di favorire la comprensione e la facilità di consultazione delle informazioni;
4. sviluppo di sistemi di comparazione della qualità assistenziale delle strutture sanitarie a cui i cittadini possono accedere per soddisfare i propri bisogni clinici, di immediata comprensione e

basati su rigore scientifico e parametri oggettivi;

5. associazione di rappresentazioni grafiche ai risultati dei soprammenzionati sistemi di comparazione della qualità assistenziale delle strutture sanitarie;
6. geo-referenziazione delle strutture sanitarie.

*Doveecomemicro.it* è stato creato pensando alle necessità delle persona che, di fronte ad un bisogno di salute, devono individuare la struttura assistenziale a cui rivolgersi. Attraverso una ricerca per parole chiave, il cittadino può conoscere il livello di efficacia, appropriatezza e sicurezza di una struttura sanitaria italiana nel trattare una specifica patologia, attribuito sulla base delle performance già registrate da ciascuna struttura con riferimento a standard condivisi a livello nazionale ed internazionale.

### 3.3.1 Quali informazioni per misurare la qualità?

Il processo di valutazione e di selezione degli indicatori è un percorso dinamico: il set di indicatori selezionato per alimentare *doveecomemicro.it* deve costituire un punto di partenza rispetto a cui, tenendo conto delle finalità informative e delle esigenze di comparazione sia spaziale che temporale, dovrà essere posto in essere in modo costante nel tempo un ciclo di revisione e di perfezionamento. L'identificazione dei 50 indicatori di qualità che attualmente alimentano *doveecomemicro.it* è iniziata con la fase di

FIGURA 3.3.1

LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLE STRUTTURE SANITARIE: IL SISTEMA DI INDICATORI DI QUALITÀ E LORO AGGREGAZIONE IN PROBLEMI DI SALUTE E PARTI DEL CORPO



ricerca, ovvero con la revisione sistematica delle fonti pubbliche di dati disponibili sulla qualità assistenziale delle strutture sanitarie italiane (i.e. Ministero della salute, Istat, Sportello Cancro, Age.Na.S. - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Atlante Sanitario ERA WEB). La fase di ricerca, che ha consentito l'individuazione di tutte le misure della qualità assistenziale disponibili sulle strutture ospedaliere, ha rappresentato l'input per la fase di selezione degli indicatori. I criteri che hanno guidato la selezione degli indicatori da includere nella proposta operativa di *Public reporting -doveecomemicro.it*. sono stati la validità scientifica, l'espressività dei fenomeni e la fattibilità operativa:

- validità scientifica, sono stati inclusi nel cruscotto gli indicatori se robusti da un punto vista concettuale, di documentata capacità nel descrivere e riassumere le caratteristiche del fenomeno di interesse;
- espressività dei fenomeni, gli indicatori sono stati selezionati in funzione della loro capacità di misurare con esattezza e rilevanza gli aspetti della performance a cui sono finalizzati;
- fattibilità operativa, ogni indicatore deve essere effettivamente rilevabile attraverso i flussi informativi (amministrativi, correnti o ad HOC) attualmente disponibili a livello aziendale, e nel caso non lo fosse, deve essere praticabile nel breve-medio periodo (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 1997).

Oltre a permettere le attività di *benchmarking* tra i livelli di performance perseguiti nella diverse realtà aziendali, gli indicatori selezionati devono bilanciarsi numericamente e concettualmente rispetto alle aree della qualità in cui è articolata l'assistenza sanitaria, oltre a misurare fenomeni e aspetti dell'assistenza rilevanti per il cittadino al momento della scelta sanitaria.

I 50 indicatori sono riferiti a 4 dimensioni della qualità assistenziale (tabella 3.3.1), rispettivamente efficacia, appropriatezza, sicurezza e competenza, definite come segue:

- Efficacia, è il grado con cui le attività clinico-assistenziali erogate da una organizzazione sanitaria conducono ai risultati attesi in termini di salute

(Hurst J, Jee-Hughes M 2001)

- Sicurezza, corrisponde al grado con cui i processi assistenziali evitano, prevenano o migliorino i risultati avversi che seguono ai processi assistenziali stessi (Hurst J, Jee-Hughes M 2001)
- Appropriatazza, corrisponde al grado in cui l'assistenza sanitaria erogata è adeguata ai bisogni clinici, rispetto alle attuali conoscenze scientifiche (Hurst J, Jee-Hughes M 2001)
- Competenza, riguarda il grado col quale le organizzazioni sanitarie dispongono della formazione, delle abilità e dell'esperienza per valutare, curare e rispondere a determinati bisogni clinici (Kelley E, Hurst J. 2006).

Per facilitare l'accessibilità degli utenti alle informazioni oggetto della presente iniziativa, i 50 indicatori selezionati per comparare la qualità assistenziale delle strutture ospedaliere afferenti al SSN, sono stati raggruppati in 28 problemi di salute, a loro volta raggruppati in 15 parti e/o apparati del corpo umano (tabella 3.3.2).

Allo scopo di supportare gli utenti nell'interpretazione delle informazioni divulgate, ogni indicatore è inserito in una scheda all'interno della quale si ritrovano una serie di indicazioni, che vanno dalla descrizione della patologia di riferimento alla dimensione della qualità l'indicatore intende esprimere, fino alle motivazioni che rendono necessaria la consultazione dell'indicatore. Inoltre – sempre allo scopo di supportare l'utente nella consultazione del sito WEB, sono state realizzate schede esplicative simili, per i 28 problemi di salute, e le 15 parti del corpo umano a cui si riferiscono gli indicatori di qualità.

Tali schede elaborate partendo da fonti scientifiche ed istituzionali accreditate (tabella 3.3.3), sono state compilate da un team multidisciplinare, composto da medici specialisti nella varie discipline ed esperti in comunicazione. Alle schede esplicative dei problemi di salute e delle relative parti del corpo, sono state associate delle immagini funzionali all'accesso rapido ed appropriato dell'utente alle informazioni.

Di seguito è riportato un esempio esplicativo dell'indicatore "Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a trenta giorni dal ricovero", della relativa problematica di salute "Insufficienza cardiaca" e parte del corpo

TABELLA 3.3.1

IL CRUSCOTTO DI INDICATORI SELEZIONATI PER IL PUBLIC REPORTING, PER DIMENSIONI DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE

DIMENSIONI DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE	INDICATORI
EFFICACIA	Ictus: mortalità a trenta giorni dal ricovero
	Frattura del collo del femore: mortalità a trenta giorni dal ricovero
	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a trenta giorni
	Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a trenta giorni dal ricovero
	Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 48 ore: mortalità a trenta giorni dal ricovero
	Scompenso cardiaco congestizionale: mortalità a trenta giorni dal ricovero
	Intervento chirurgico per tumori dell'apparato cardiocircolatorio
	Tumore maligno del polmone: mortalità a trenta giorni dall'intervento
SICUREZZA	BPCO riacutizzata: mortalità a trenta giorni dal ricovero
	Intervento in pazienti con Tumore gastrico maligno: mortalità a trenta giorni
	Intervento in pazienti con Tumore del colon: mortalità a trenta giorni
	Intervento in pazienti con Tumore del retto: mortalità a trenta giorni
	Colecistectomia laparoscopica: complicanze a trenta giorni
	Volume di parti
	Ictus: riammissioni ospedaliere a trenta giorni
	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore
APPROPRIATEZZA	Intervento di artroscopia di ginocchio: reintervento entro 6 mesi
	Angioplastica coronarica (Volume di PTCA)
	BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a trenta giorni
	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche
COMPETENZA	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro a 3 giorni
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
	Frattura del collo del femore: tempi di attesa per intervento chirurgico
	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore
	Intervento chirurgico per tumore maligno stomaco
	Intervento chirurgico per tumore maligno colon
	Intervento chirurgico per tumore maligno retto
	Intervento chirurgico per tumore maligno fegato
	Intervento chirurgico per tumore maligno esofago
	Intervento chirurgico per tumore maligno pancreas
	Intervento chirurgico per tumore maligno colecisti
	Intervento chirurgico per tumori pediatrici
	Intervento chirurgico per tumori del sangue, dei tessuti emopoietici e dei linfonodi
	Intervento chirurgico per tumori del sistema endocrino
	Intervento chirurgico per tumori dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo
	Intervento chirurgico per tumori del sistema nervoso
	Intervento chirurgico per tumore maligno mammella
	Intervento chirurgico per tumori dell'apparato riproduttivo femminile
	Intervento chirurgico per tumore maligno prostata
	Intervento chirurgico per tumori dell'apparato riproduttivo maschile
	Intervento chirurgico per tumori dell'occhio
	Intervento chirurgico per tumori dell'orecchio del naso e della gola
	Intervento chirurgico per tumori della pelle e del sottocutaneo
Intervento chirurgico per tumore maligno polmone	
Intervento chirurgico per tumore maligno rene	
Intervento chirurgico per tumore maligno vescica	
Artroplastica del ginocchio	
Bypass aortocoronarico	
Rivascolarizzazione carotidea: stenting e angioplastica	
Rivascolarizzazione carotidea: endarterectomia	

TABELLA 3.3.2

IL CRUSCOTTO DI INDICATORI SELEZIONATI PER IL PUBLIC REPORTING, PER PROBLEMI DI SALUTE AD AREE DEL CORPO

PARTI E/O APPARATI DEL CORPO UMANO	PROBLEMI DI SALUTE	INDICATORI DI QUALITA'
APPARATO DIGERENTE	Tumori dello stomaco	Intervento chirurgico per tumore maligno stomaco
		Intervento in pazienti con Tumore gastrico maligno: mortalità a trenta giorni
	Tumori del colon e del retto	Intervento chirurgico per tumore maligno colon
		Intervento in pazienti con Tumore del colon: mortalità a trenta giorni
		Intervento chirurgico per tumore maligno retto
		Intervento in pazienti con Tumore del retto: mortalità a trenta giorni
	Tumore dell'esofago	Intervento chirurgico per tumore maligno fegato
	Tumore del fegato	Intervento chirurgico per tumore maligno esofago
	Tumore del pancreas	Intervento chirurgico per tumore maligno pancreas
	Patologie della colecisti	Proporzione di colecistomie laparoscopiche
Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro a 3 giorni		
Colecistomia laparoscopica: complicanze a trenta giorni		
Intervento chirurgico per tumore maligno colecisti		
APPARATO RIPRODUTTIVO	Tumori dell'apparato riproduttivo femminile	Intervento chirurgico per tumori dell'apparato riproduttivo femminile
	Tumori dell'apparato riproduttivo maschile	Intervento chirurgico per tumore maligno prostata Intervento chirurgico per tumori dell'apparato riproduttivo maschile
OSSA E ARTICOLAZIONI	Frattura del femore	Frattura del collo del femore: mortalità a trenta giorni dal ricovero
		Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore
		Frattura del collo del femore: tempi di attesa per intervento chirurgico
	Intervento chirurgico del ginocchio	Artroplastica del ginocchio Intervento di artroscopia di ginocchio: reintervento entro 6 mesi
CUORE	Infarto	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a trenta giorni
		Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a trenta giorni dal ricovero
		Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 48 ore: mortalità a trenta giorni dal ricovero
		Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore
		Angioplastica coronarica (Volume di PTCA)
	Bypass aortocoronarico	
	Insufficienza cardiaca	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a trenta giorni dal ricovero
	Tumori dell'apparato cardiocircolatorio	Intervento chirurgico per tumori dell'apparato cardiocircolatorio
Patologie dei grandi vasi del collo	Rivascolarizzazione carotidea: stenting e angioplastica	
	Rivascolarizzazione carotidea: endoarterectomia	
OCCHIO	Tumori dell'occhio	Intervento chirurgico per tumori dell'occhio
ORECCHIO, NASO E GOLA	Tumori dell'orecchio del naso e della gola	Intervento chirurgico per tumori dell'orecchio del naso e della gola
PELLE E SOTTOCUTANEO	Tumori della pelle e del sottocutaneo	Intervento chirurgico per tumori della pelle e del sottocutaneo

TABELLA 3.3.2 (CONTINUO)

IL CRUSCOTTO DI INDICATORI SELEZIONATI PER IL PUBLIC REPORTING, PER PROBLEMI DI SALUTE AD AREE DEL CORPO		
PARTI E/O APPARATI DEL CORPO UMANO	PROBLEMI DI SALUTE	INDICATORI DI QUALITA'
POLMONE	Tumore del polmone	Tumore maligno del polmone: mortalità a trenta giorni dall'intervento
	Tumori dell'apparato respiratorio	Intervento chirurgico per tumore maligno polmone
	Bronchite cronica	BPCO riacutizzata: mortalità a trenta giorni dal ricovero BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a trenta giorni
RENE E VIE URINARIE	Tumori del rene e delle vie Urinarie	Intervento chirurgico per tumore maligno rene
		Intervento chirurgico per tumore maligno vescica
SALUTE DELLA MAMMA E DEL BAMBINO	Parto	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
		Volume di parti
	Tumori pediatrici	Intervento chirurgico per tumori pediatrici
SANGUE E LINFONODI	Tumori del sangue, dei tessuti emopoietici e dei linfonodi	Intervento chirurgico per tumori del sangue, dei tessuti emopoietici e dei linfonodi
SISTEMA ENDOCRINO	Tumori del sistema endocrino	Intervento chirurgico per tumori del sistema endocrino
SISTEMA MUSCOLARE E CONNETTIVO	Tumori dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo	Intervento chirurgico per tumori dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo
SISTEMA NERVOSO	Ictus	Ictus: mortalità a trenta giorni dal ricovero
		Ictus: riammissioni ospedaliere a trenta giorni
	Tumori del sistema nervoso	Intervento chirurgico per tumori del sistema nervoso
MAMMELLA	Tumore della mammella	Intervento chirurgico per tumore maligno mammella

umano "Cuore" (figura 3.3.2). L'utente partendo dall'icona che rappresenta l'area del corpo di cui è interessato –nell'esempio il "cuore e apparato circolatorio" (click 1), ha accesso ad una breve spiegazione, semplice nel linguaggio ma solida scientificamente attraverso cui può capire se il suo problema di salute è correlato o no a tale area del sito; nel caso in l'utente capisca che la sua malattia è considerata in quella parte del sito WEB, nella fattispecie l'utente sa di soffrire un'insufficienza cardiaca allora cliccherà sul collegamento "insufficienza cardiaca" (click 2). A questo punto la persona potrà accedere ad informazioni più specifiche sulla sua condizione clinica, e se è nella posizione di pianificare il suo ricovero valutare in quale struttura sanitaria farsi curare sulla base dei livelli di qualità delle varie alternative disponibili, ma anche in ragione della convenienza geografica (click 3). L'utente che voglia conoscere il significato della misura di qualità attraverso cui sono comparate

le strutture ospedaliere, può farlo analizzando la scheda di indicatore a cui può accedere con un semplice tocco del mouse sul collegamento "Scompenso Cardiaco Congestizio: mortalità a 30 giorni dal ricovero" (4).

### 3.3.2 In che modo confrontare le strutture sanitarie?

La comparazione della qualità delle strutture sanitarie è basata su due approcci: confronto nazionale o rispetto a standard nazionali; e confronto extranazionale o rispetto a valori scientifici. Col metodo di confronto interno, ad ogni struttura sanitaria è associato un giudizio di valore espresso da un colore del semaforo, a seconda della collocazione del suo livello di qualità rispetto alla distribuzione della frequenza nazionale. Rispetto invece alla modalità di confronto extranazionale, il livello

FIGURA 3.3.2

ESEMPIO DI UNA CONSULTAZIONE DEL SITO: IL RUOLO DELLE IMMAGINI, DELLE SCHEDE ESPLICATIVE DEGLI INDICATORI, DEI PROBLEMI DI SALUTE E DEGLI ORGANI DEL CORPO

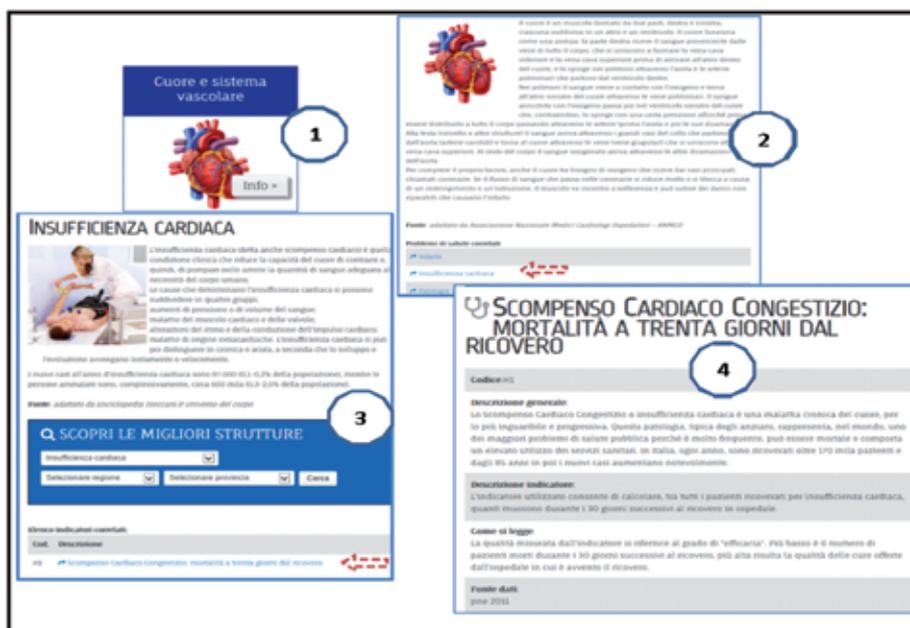


TABELLA 3.3.3

ELENCO DELLE FONTI SCIENTIFICHE ED ISTITUZIONALI CONSULTATE PER L'ELABORAZIONE DELLE SCHEDE ESPLICATIVE

FONTE	SITO WEB
Ministero della Salute	<a href="http://www.salute.gov.it/">http://www.salute.gov.it/</a>
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali SNLG/ ISS – Sistema Nazionale Linee Guida - Istituto Superiore di Sanità	<a href="http://www.agenas.it/">http://www.agenas.it/</a> <a href="http://www.snlg-iss.it/">http://www.snlg-iss.it/</a>
AIRC - Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro	<a href="http://www.airc.it/">http://www.airc.it/</a>
Agency for Healthcare Research and Quality	<a href="http://www.ahrq.gov/">http://www.ahrq.gov/</a>
OECD	<a href="http://www.oecd.org/health/">http://www.oecd.org/health/</a>
ECHI - European Community Health Indicators	<a href="http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/">http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/</a>
CIHI - Canadian Institute for Health Information	<a href="http://www.cihi.ca/">http://www.cihi.ca/</a>
NHS Information Centre	<a href="https://mqi.ic.nhs.uk/">https://mqi.ic.nhs.uk/</a>
NICE - National Institute for Health and Care Excellence	<a href="http://www.nice.org.uk/">http://www.nice.org.uk/</a>
Pubmed health	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/</a>

di qualità ottenuto da ogni organizzazione sanitaria sarà relazionato a degli standard di qualità assistenziale internazionali conosciuti (dei valori soglia) rappresentato graficamente attraverso dei simboli di valutazione a quattro tacche. Secondo questo ultimo approccio, ad ogni struttura sanitaria è associato un giudizio di valore espresso da una forma del simbolo di valutazione, a seconda del livello di qualità della struttura sanitaria rispetto agli standard internazionali empirici e/o scientifici, conosciuti.

**Confronto rispetto a standard nazionali**

Dopo aver selezionato la patologia, la regione e la provincia all'interno delle quali ricercare le strutture assistenziali, si accede ad un'area in cui sono elencate tutte le strutture presenti sul territorio. Ad ogni struttura viene associato un livello di qualità (buono, discreto o insufficiente) espresso da un colore (rispettivamente verde, giallo o rosso) richiamando graficamente l'idea di un

FIGURA 3.3.2

LE ICONE GRAFICHE PER IL CONFRONTO DELLA QUALITÀ DELLE STRUTTURE RISPETTO AGLI STANDARD NAZIONALI

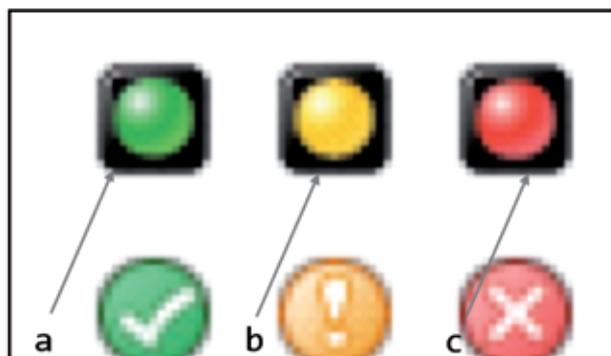
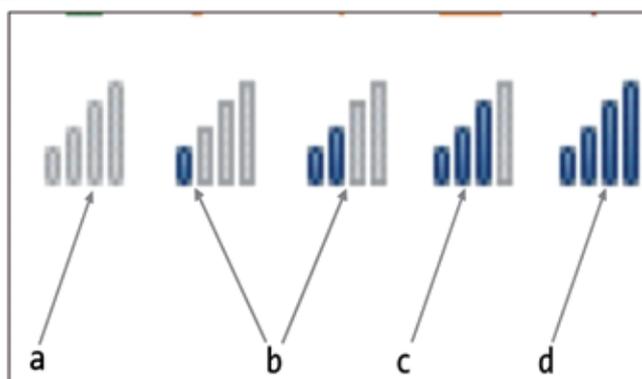


FIGURA 3.3.3

LE ICONE GRAFICHE PER IL CONFRONTO DELLA QUALITÀ DELLE STRUTTURE RISPETTO AGLI STANDARD SCIENTIFICI



semaforo. Il colore viene attribuito a seconda che il livello di efficacia, appropriatezza, sicurezza, o competenza/esperienza dell'attività assistenziale sia alto, medio o basso rispetto agli standard nazionali e, quindi, relativamente alle altre strutture del SSN. Il confronto viene fatto, appunto, in termini *relativi*.

Sulla base del livello di performance –valore dell'indicatore, utilizzando opportuni metodi matematico-statistici (tra i quali l'approccio dei percentili), ad ogni struttura ospedaliera viene attribuita uno specifico icona semaforica; nel dettaglio:

- Verde, strutture sanitarie con i valori dell'indicatore di qualità migliori rispetto alla mediana nazionale (figura 3.3.3 a);
- Giallo, strutture sanitarie che hanno dei valori dell'indicatore di qualità moderatamente adeguati rispetto alla mediana nazionale (figura 3.3.3 b);
- Rosso, strutture sanitarie che hanno dei valori dell'indicatore qualità peggiori rispetto alla mediana nazionale (figura 3.3.3 c).

#### Confronto rispetto a valori scientifici

Oltre al confronto con gli standard nazionali, i risultati delle prestazioni delle strutture sanitarie vengono confrontati anche con standard empirici e scientifici. L'informazione presentata agli utenti riguarda la collocazione, in termini di qualità, di ogni struttura ospedaliera rispetto a parametri oggettivi. Il confronto viene effettuato in termini *normativi*. Per ogni indicatore, attraverso una ricerca sistematica della letteratura guidata da un check-list di fonti istituzionali e scientifiche, vengono individuati valori soglia di riferimento. Anche in questo caso, ad ogni struttura viene attribuito un livello di qualità (eccellente, buono, discreto o insufficiente) espresso da un simbolo di valutazione a quattro tacche, come i segnali di ricezione presenti su un qualsiasi cellulare. Il riempimento del simbolo di valutazione (quindi, il numero delle tacche) è funzionale alla collocazione della struttura rispetto al valore soglia individuato; nel dettaglio:

- 4 tacche piene su 4 tacche, strutture sanitarie con valori dell'indicatore di qualità migliori e/o in linea con lo standard di qualità internazionale (figura 3.3.4 a);
- 3 tacche piene su 4 tacche, strutture sanitarie che hanno dei valori dell'indicatore di qualità sufficientemente adeguati rispetto allo standard di qualità internazionale (figura 3.3.4 b);
- 1 e/o 2 tacche piene su 4 tacche, strutture sanitarie con valori dell'indicatore di qualità peggiori rispetto al standard di qualità internazionale (figura 3.3.4 c);
- 0 tacche piene su 4 tacche, strutture sanitarie con valori dell'indicatore di qualità significativamente peggiori rispetto allo standard di qualità internazionale (figura 3.3.4 d).

### 3.3.3 Come comunicare al pubblico?

Al fine di progettare ed implementare campagne comunicative rispondenti alle peculiarità del contesto sociale, demografico e sanitario italiano, è stata posta in essere una struttura multidisciplinare partecipata da esperti di qualità in Sanità, medici, esperti di comunicazione e di marketing sociale. Questa tecno-struttura si occupa primariamente di identificare, realizzare e valutare le strategie comunicative attraverso cui raggiungere/informare i cittadini. Dunque, il suo ruolo è quello di definire:

- il target della comunicazione (e.g. tutta la popolazione, categorie specifiche di popolazione quali donne, anziani, bambini, ecc.)
- struttura e contenuti del messaggio (come descritta nei paragrafi precedenti)
- canali comunicativi (i.e. Tv, Giornali, Periodici, WEB, Social Network o altri Media)
- monitoraggio dell'efficacia della campagna mediatica.

### Il target della comunicazione

La campagna di comunicazione è mirata a tutti i Cittadini. Il target della presente proposta di *Public reporting* è il cittadino/paziente, nell'aiutarlo a scegliere l'ospedale o il servizio migliore per le sue necessità e quelle dei suoi cari.

### Il canale di comunicazione

I messaggi del *Public reporting* raggiungeranno la popolazione target della comunicazione attraverso principalmente attraverso internet (con il sito WEB [doveecomemicro.it](http://doveecomemicro.it)) e straordinariamente attraverso altri mass media (mezzi di stampa generica, comunicati stampa, etc.).

### L'elaborazione e lo sviluppo grafico di [doveecomemicro.it](http://doveecomemicro.it)

Idealmente [doveecomemicro.it](http://doveecomemicro.it) dovrebbe essere un sito formato da pagine web dinamiche (pagine WEB che forniscono contenuti che possono variare in base a più fattori- i criteri di ricerca adottati dai diversi utenti). La particolarità del sito è che le "pagine" che costituiscono il sito stesso vengono generate all'atto della chiamata da parte dell'utente. [Doveecomemicro.it](http://Doveecomemicro.it) è la combinazione di un sito informativo e un sito di comunità: i contenuti del sito saranno tesi ad informare gli utenti, ma esso costituisce un "luogo" in cui gli utenti possano comunicare fra loro, tramite chat o forum, per esprimere ad esempio giudizi sulla qualità soggettiva sperimentata durante il pernottamento e la cura nelle strutture sanitarie.

L'allegato tecnico del presente libro contiene la realizzazione grafica di [doveecomemicro.it](http://doveecomemicro.it), è stato scritto per fornire una guida passo-passo alla consultazione del sito WEB, e contiene delle indicazioni descritte attraverso rappresentazioni grafiche (allegato 1).



# Riflessioni Conclusive

Walter Ricciardi

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.” Questo sancisce l’articolo 32 della Costituzione della Repubblica italiana. Tale diritto fondamentale può essere pienamente riconosciuto solo perseguendo l’uguaglianza dei cittadini dettata dall’art. 3 della Carta Costituzionale. La ragion d’essere delle Aziende Sanitarie operanti in Italia consiste proprio nel perseguire tali obiettivi. Ad essi si ricollegano strettamente i diritti all’informazione (informare, informarsi ed essere informati) per definire il decisivo ruolo della comunicazione pubblica nei confronti del cittadino.

Saper comunicare è una componente imprescindibile per una sanità che, come sta avvenendo in tempi recenti, pone al centro dei propri interessi il paziente. La comunicazione è intesa nei propri significati fondamentali come trasmissione di informazione (Sintattica), come trasmissione di significato (Semiotica) e come comportamento (Pragmatica).

L’informazione in sanità è cruciale per la fornitura di prestazioni efficaci, eque ed efficienti, nonché per finalità gestionali, tra cui quella di garantire e incrementare la responsabilità dei principali attori, quali professionisti sanitari e manager. Tra gli approcci attraverso cui si rende possibile stimolare le strutture d’offerta a muoversi in un’ottica di miglioramento

continuo della qualità, oltre ai sistemi di regolamentazione pubblica delle strutture sanitarie e ai meccanismi di valutazione della performance delle realtà aziendali sanitarie, assume un ruolo fondamentale la diffusione ai cittadini/pazienti di informazioni comparative riguardanti la qualità assistenziale degli erogatori sanitari.

Per la fornitura di servizi sanitari efficaci, equi ed efficienti è cruciale una corretta informazione, improntata al principio della responsabilità sociale, oltre che della trasparenza. La “rendicontazione pubblica” (*Public reporting*) di informazioni comparative della performance registrata dell’offerta sanitaria, è sempre visto come strumento di miglioramento della stessa qualità assistenziale. Il *Public reporting* è strumento dal rilievo sempre maggiore in ambito internazionale, finalizzato a promuovere l’empowerment di cittadini e pazienti (che potranno avvalersi dell’offerta ottimale) e a migliorare la qualità dell’assistenza sanitaria, in particolare, nel contesto ospedaliero

È, quindi, scopo del presente libro, descrivere gli attributi concettuali e metodologici di [doveecomemicuro.it](http://doveecomemicuro.it), strumento operativo nato per realizzare un supporto informativo volto ai cittadini, al fine di rafforzare il principio di responsabilità sociale all’interno del Servizio Sanitario Nazionale.

## Bibliografia

- [1] Wolfson M. (1994), “Social proprioception: measurement, data and information from a population health perspective”, In Evans RG, Barer ML, Marmor T, eds, *Why are Some People Healthy and Others Not?* New York, NY: Aldine de Gruyter, 1994: p. 309.
- [2] Van der Weijden T, Van Veenendaal H, Drenthen T, Versluijs M, Stalmeier P, Koelewijn-Van Loon M, Stiggelbout A, Timmermans D (2011), “Shared decision making in the Netherlands, is the time ripe for nationwide, structural implementation?”, *ZEFQ*; 747, pp. 1-6
- [3] Delnoij, DMJ. (2009), “Measuring patient experiences

- in Europe: What can we learn from the experiences in the USA and England?", *European Journal of Public Health*; 19(4), pp. 354-356
- [4] Hirschman AO, (1970). *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- [5] Vasselli S, Filippetti G, Spizzichino L, (2005), *Misurare la performance di un sistema sanitario*. Roma: Il pensiero scientifico
- [6] Maxwell RJ (1984), *Quality assessment in health*. *BMJ*; 288: 1470-1472.
- [7] Donabedian A (1990), *The seven pillars of quality*. *Arch Pathos Lab Med*; 114:1115-18.
- [8] WHO (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.
- [9] Hurst J (2002). *Performance measurement and improvement in OECD health systems: overview of issues and challenges*. In Smith P (ed.), *Measuring Up. Improving Health Systems Performance in OECD Countries*. Ottawa: OECD, 2002: pp. 35-54.
- [10] Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DMJ (2003) *Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement*. *International Journal for Quality in Health Care*; 15(5): 377-398.
- [11] Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, et al. (2000a), "The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence", *JAMA*; 283, pp. 1866-1874
- [12] Berwick DM, James B, Coye MJ (2003), "Connections between Quality Measurement and Improvement", *Medical Care*; 41(1), pp.30-38
- [13] Brien SE, Dixon E, Ghali WA (2009), "Measuring and Reporting on Quality in Health Care: A Framework and Road Map for Improving Care", *J. Surg. Oncol*; 99, pp. 462-466
- [14] Damman OC (2010), "Public reporting about healthcare users' experiences: the Consumer Quality Index", editore: Ponsen & Looijen, Ede, the Netherlands, pp. 69-105
- [15] Fung CH, Lim YW, Mattke S, Danberg C, Shekelle PG (2008), "Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care", *Ann. Intern Med.*; 148 (2):111-23
- [16] Faber M, Bosch M, Wollersheim H, Leatherman S, Grol R (2009). *Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information? A systematic review*. *Med Care*, Jan;47(1):1-8.
- [17] Ketelaar NA, Faber MJ, Flottorp S, Rygh LH, Deane KH, Eccles MP (2011). *Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations*. *Cochrane Database Syst Rev*. Nov 9;(11):CD004538.
- [18] Totten AM, Wagner J, Tiwari A, O'Haire C, Griffin J, Walker M (2012). *Public reporting as a quality improvement strategy. Closing the quality gap: revisiting the state of the science*. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report/Technology Assessment; 208. Available from: <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/gapsump.htm>
- [19] Werner RM, Asch, DA (2005), "The unintended consequences of publicly reporting quality information", *JAMA*, 293 (10); pp. 1239-1244
- [20] Juran JM (1988), "Juran's Quality Control Handbook,". New York: McGraw-Hill, 6th edition
- [21] Cacace M, Ettelt S, Brereton L, Pedersen J, Nolte E (2011), "How health systems make available information on service providers. Experience in seven countries", *Rand Corporation*
- [22] Marshall MN, Shekelle PG, Davies HTO and Smith PC (2003), "Public reporting On Quality In The United States And The United Kingdom", *Health Affairs*, 22, no.3; pp. 134-148
- [23] Hardey M (2001) *E-health: The internet and the transformation of patients into consumers and producers of health knowledge*. *Information, Communication and Society*; 4: 388-405.
- [24] Trappenburg JCA, Niesink A, De Weert-Van Oene GH, Van Der Zeijden H, et al. (2008), "Effects of telemonitoring in patients with chronic obstructive pulmonary disease", *Telemedicine and e-Health*; 14(2), pp. 138-146.
- [25] Williamson C. (2008), "The patient movement as an emancipation movement". *Health Expectations*; 11: 102-112
- [26] Censis (2012). *46° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese*. Roma; disponibile sul sito: <http://www.censis.it/9>
- [27] Anderson JG, Rainey MR, Eysenbach G (2003), "The impact of cyberhealthcare on the physician-patient relationship". *Journal of Medical Systems*; 27: 67-84.
- [28] Eysenbach G, Köhler C (2002). *How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews*. *BMJ*; 324:573-577.
- [29] Taylor K (2009) *Paternalism, participation and partnership- the evolution of patient centeredness in the consultation*. *Patient Education and Counseling*; 74: 150-155.
- [30] Bettman JR, Kakkar P (1977), "Effects of information presentation format on consumer information acquisition strategies", *J Consum Res.*, 3(4), pp. 233-240.
- [31] Rothberg MB, Benjamin EM, Lindenauer PK (2009). *Public reporting of hospital quality: recommendations to benefit patients and hospitals*. *J Hosp Med*; 4(9):541-5

- [32] Grilli R (2010). "Accountability e organizzazioni sanitarie". In Biocca M. (a cura di). Bilancio di missione. Aziende sanitarie responsabili si raccontano. Roma, Pensiero Scientifico Editore.
- [33] Institute of Medicine (2000.). "To Err is Human. Building a Safer Health System". Washington, DC: National Academy Press.
- [34] Carlisle RT (2007), "Internet report cards on quality: what exists and the evidence on impact", *W V Med J.*; 103(4), pp. 17–21.
- [35] Payne JW, Bettman JR, Johnson EJ (1993), "The Adaptive Decision Maker", New York, NY: Cambridge University Press
- [36] Peters E, Dieckmann N, Dixon A, Hibbard JH, Mertz CK (2007), "Less is more in presenting quality information to consumers", *Med Care Res Rev.*; 64(2), pp. 169–90
- [37] Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH (2000b). Public disclosure of performance data: learning from the US experience. *Qual Health Care.*;9(1):53-7
- [38] Dixon R (2011), "What is a Public Report? What is a competent person", CRIRSCO Seminar, London Oct 31
- [39] Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: National Library of Healthcare indicators.™ Health Plan and Network Edition. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1997
- [40] Hurst J, Jee-Hughes M (2001). Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy - Occasional Papers No. 47, DEELSA/ELSA/WD(2000)8. Paris: OECD, 2001
- [41] Kelley E, Hurst J (2006). Health care quality indicators project conceptual framework paper. OECD Health Working Paper No. 23 DELSA/HEA/WD/HWP(06)3. Paris: OECD.





# Allegato tecnico. Progettazione informatica e realizzazione grafica di doveecomemicro.it

*Walter Ricciardi*

	INTRODUZIONE .....	39
1	LA PAGINA INIZIALE .....	40
2	MENU ISTITUZIONALE .....	41
3	MENU DI NAVIGAZIONE .....	43
4	MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DEI RISULTATI DELLA RICERCA .....	47

## Introduzione

Il **livello** di una pagina indica la sua distanza dalla *Home page*, ovvero il numero di click necessari per raggiungerla. E' ovvio che occorre evitare distanze eccessive: maggiore è il numero di click necessari per raggiungere una pagina, minori sono le possibilità che essa venga effettivamente visitata. Studi realizzati sull'interazione uomo-macchina e sugli ipertesti hanno indicato in 4 click la distanza massima accettabile. *Dovecomemicuro.it* è pensato non andare oltre il livello 4 (5 livelli contando il livello 0, ovvero alla *home page*).

La presente nota tecnica non ha lo scopo di indicare tutti i collegamenti (**link**) presenti nel sito ma solo quelli verticali che corrispondono al **percorso in profondità**. Ogni livello di informazione (ogni pagina) potrebbe intersecarsi con gli altri livelli di informazione (altre pagine), in modo che l'utente possa raggiungere i diversi contenuti

del sito attraverso percorsi diversi, ed a livello di dettaglio diversi.

A partire dalla *Home page*, idealmente il sito WEB si snoda in 4 livelli gerarchici di fruizione delle informazioni:

- <1 LIVELLO>: informazioni più importanti, che dovrebbero essere accessibili attraverso dei menu (CON UN CLICK) in ogni pagina del sito
- <2 LIVELLO>: dettaglio delle informazioni a cui si accede dalle voci del *LIVELLO 1*
- <3 LIVELLO>: ulteriore dettaglio alle informazioni di *LIVELLO 2*
- <4 LIVELLO>: ulteriore dettaglio alle informazioni di *LIVELLO 3*

Ogni livello di informazione dovrebbe intersecarsi con gli altri livelli di informazione, in modo che l'utente possa raggiungere i diversi contenuti (i.e. pagine) del sito attraverso percorsi diversi, ed a livello di dettaglio diversi.



# 1. La pagina iniziale

L'aspetto iniziale di *doveecomemicro.it* è configurato dall'*home page* (figura 1.1), che rappresenta la pagina iniziale del sito web.

Dalla *home page* attraverso un primo click del mouse è possibile consultare il primo livello di informazioni. La *home page* incorpora due menu fissi, per rendere accessibili all'utente con un click le informazioni più importanti:

- **Menu istituzionale:** un primo menu sempre presente può essere quello istituzionale (molti siti lo hanno in fondo alla pagina): **chi siamo, come funziona, dite la vostra**(1);

- **Menu di navigazione:** un secondo menu presente è quello di navigazione. Tale parte della pagina iniziale comprende i link:
  - a. alla ricerca delle strutture –**Parti del corpo e tematiche assistenziali** (2.a), **scopri le migliori strutture** (2.b);
  - b. a **banner mobili e dinamici** che raffigurano dei problemi assistenziali e danno direttamente accesso alle informazioni relative sul sito (3).

FIGURA 1.1

LA PAGINA INIZIALE DI DOVEECOMEMICURO.IT



## 2. Menu istituzionale

### 2.1 LA FUNZIONE “CHI SIAMO”

Partendo dalla *home page*, per trovare le informazioni riguardo la natura del sito WEB, sul perché è stato posto in essere, oltre che sui suoi obiettivi specifici occorre effettuare un click sul pulsante “chi siamo” (figura 2.1)

- Come faccio a controllare i livelli di qualità delle strutture sanitarie?
- Come sono stati raccolti i dati? A che anno si riferiscono? Da quali fonti sono stati estrapolati i valori di qualità?

### 2.2 LA FUNZIONE “COME FUNZIONA”

Il modo per accedere alle informazioni relativamente all'impianto metodologico ed alle modalità di ricerca sottostanti all'iniziativa di *public reporting doveecomemicro.it*, consiste nel fare click sul pulsante “come funziona” – figura 2.2.

Nello specifico l'utente che accederà a questa pagina del sito troverà informazioni utili a rispondere alle seguenti domande:

- Che significano gli indicatori di qualità?

### 2.3 LA FUNZIONE “DITE LA VOSTRA”

Dopo aver consultato il sito *doveecomemicro.it* un utente, da qualsiasi pagina della consultazione in cui si trova o direttamente dalla *home page*, può accedere ad un menu dinamico dalla funzione “dite la vostra” – figura 2.3. L'utente che compila questa scheda potrà contattare direttamente la segreteria tecnica del sito, rilasciando anche dei commenti sulla valutazione del sito WEB, o riguardo la valutazione dell'esperienza fatta in una struttura.

FIGURA 2.1

LA FUNZIONE “CHI SIAMO”

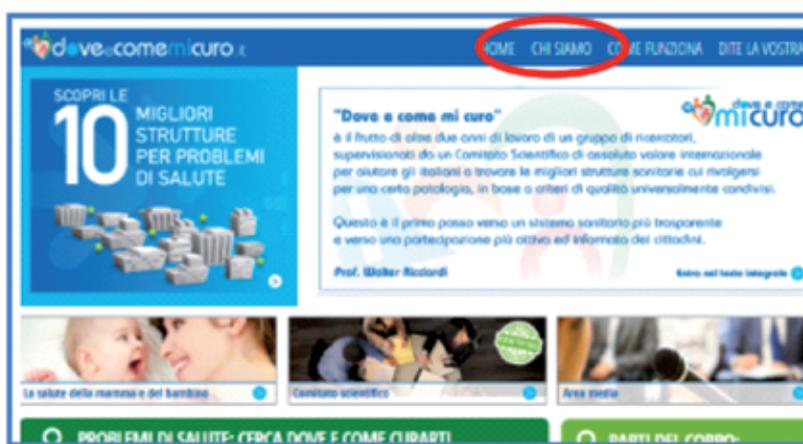


FIGURA 2.2

LA FUNZIONE "COME FUNZIONA"



FIGURA 2.3

LA FUNZIONE "DITE LA VOSTRA"



### 3. Menu di navigazione

I comandi ed i parametri attraverso cui consultare il sito per comparare i livelli di qualità delle strutture sanitarie, in base a specifici problemi di salute (oltre che in relazione alle coordinate geografiche) sono disponibili da diversi menu della *home page* – figura 3, nei paragrafi seguenti verranno esemplificati graficamente. Nel perseguire lo scopo di questo allegato tecnico, si farà riferimento all'esempio degli indicatori “Proporzione di parti con taglio cesareo primario; Volume di parti”, della relativa problematica assistenziale “Parto” e tematica “Salute della donna e del bambino”. Assumiamo

che una donna residente a nel Lazio –a Roma, sia all’inizio di una gravidanza e debba scegliere in quale struttura eseguire il parto; il suo medico di famiglia o pediatra di libera scelta debbano consigliargliene una sulla base della qualità attesa (efficacia e sicurezza) e prossimità geografica. In tutti questi casi l’utente (la donna, un suo caro oppure il suo medico di base) potrà fare affidamento sulla trasparenza metodologica e l’oggettività dei dati di *dovecomemicuro.it* –oltre alla sua facilità di interpretazione, per scoprire il punto nascita più efficace e sicuro (comparto aglio altri) più vicino geograficamente.

FIGURA 3.1.1

LA FUNZIONE “PARTI DEL CORPO E TEMATICHE DI SALUTE”



### 3.1 LA FUNZIONE “PARTI DEL CORPO E TEMATICHE DI SALUTE”

1° CLICK: Attraverso questa funzione, l'utente può accedere dalla *home page* (1) ad un elenco di 15 parti del corpo e tematiche assistenziali (2), caratterizzate da icone grafiche di tipo anatomico o fotografico (click 1) –figura 3.1.1.

2° CLICK: cliccando sull'icona grafica che raffigura l'ambito assistenziale oggetto della consultazione del sito (nel nostro esempio “salute della mamma e del bambino”), l'utente potrà approfondire la tematica assistenziale di interesse attraverso l'accesso ad una scheda esplicativa dei contenuti clinici e legati alla qualità dell'assistenza di quel particolare ambito (1). Inoltre [doveecomemicro.it](http://doveecomemicro.it) mette a disposizione di chi sta consultando il sito, delle informazioni sulle principali problematiche di salute riferite alla “salute della mamma e del bambino”. Nel nostro esempio tali problemi di salute sono l'effettuazione del parto, e la cura dei tumori pediatrici (2) figura 3.1.2.

3° CLICK: la donna (o il suo consulente medico) interessata a quale punto nascita è caratterizzato dal maggior livello di sicurezza ed efficacia, trova ulteriori informazioni qualitative e quantitative cliccando sul link “parto”. Qui, chi sta consultando il sito potrà approfondire dal punto di vista assistenziale e qualitativo la tematica del parto, leggendo l'apposita scheda esplicativa –i cui argomenti sono raggruppati per categorie generali (1). Oltre ad ottimizzare le sue conoscenze, l'utente può scoprire quei punti nascita che nel Lazio

in generale, o a Roma in particolare detengono i livelli di qualità migliori. Tale ricerca che permetterà di comparare la qualità dei punti nascita a disposizione nel territorio selezionato, è fattibile con il menu “SCOPRI LE MIGLIORI STRUTTURE” (2) figura 3.1.3.

Ultima opzione sulla pagina, che permane a chi sta consultando il sito Web è trovare informazioni che ancora più dettagliatamente descrivono in che modo può essere misurata l'efficacia e la sicurezza dei punti nascita (cliccando rispettivamente su “Proporzione di parti con taglio cesareo primario –figura 3.1.3; o su “numero di parti” –figura 3.1.4).

### 3.2 LA FUNZIONE “SCOPRI LE MIGLIORI STRUTTURE”

Un secondo modo per accedere alle informazioni relativamente alle migliori alternative sanitarie a disposizione per effettuare il parto, è molto più diretto in confronto alla funzione “parti del corpo e tematiche assistenziali” ed è con un solo click dalla *home page* (1). In questo caso l'utente fa una “ricerca avanzata” selezionando nella funzione “scopri le migliori strutture” tre parametri:

- a) Problema di salute: Parto (2.a)
- b) Regione: Lazio (2.b)
- c) Provincia: Roma (2.c)

Dopo aver optato i vari parametri attraverso dei menu a tendina, l'utente premendo sul pulsante “cerca” troverà le informazioni a cui è interessato (3) –figura 3.2.

FIGURA 3.1.2

ESEMPIO DI SCHEDA ESEMPLIFICATIVA DI UN TEMA ASSISTENZIALE



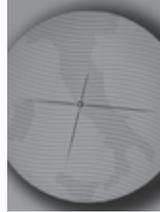


FIGURA 3.1.3

FUNZIONAMENTO DELLA PAGINA WEB “PROBLEMA DI SALUTE”. ESEMPIO DEL PARTO

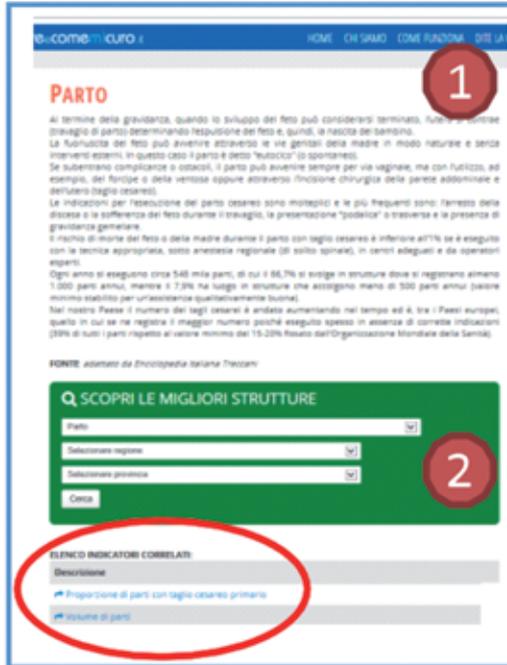


FIGURA 3.1.4 E 3.1.5

FUNZIONAMENTO DELLA PAGINA WEB “INDICATORE DI QUALITÀ”. ESEMPIO DEL PARTO



FIGURA 3.2

LA FUNZIONE “SCOPRI LE MIGLIORI STRUTTURE”

**Q SCOPRI LE MIGLIORI STRUTTURE**

Parto

Selezionare regione

Selezionare provincia

Cerca

1

Selezionare problema di salute

Bronchite cronica  
Frattura del femore  
Infarto  
Insufficienza cardiaca

2a

Selezionare regione

Tutte le regioni  
Abruzzo  
Basilicata  
Calabria  
Campania  
Emilia Romagna  
Friuli Venezia Giulia  
Liguria  
Lombardia  
Marche  
Molise  
P.A. Bolzano  
P.A. Trento  
Piemonte  
Puglia  
Sardegna  
Sicilia  
Toscana  
Umbria  
Veneto

2b

**Q SCOPRI LE MIGLIORI STRUTTURE**

Parto

Lazio

Selezionare provincia

Tutte le province  
Lazio  
LT  
RM  
MS  
VT

2c

**Q SCOPRI LE MIGLIORI STRUTTURE**

Parto

Lazio

RM

Cerca

3



## 4. Modalità di presentazione dei risultati della ricerca

Nel nostro esempio della ricerca svolta per trovare quali siano i punti nascita di migliori qualità nella provincia di Roma, e confrontare le alternative sanitarie a disposizione. In una realizzazione ottimale dell'idea i risultati del *public reporting* saranno mostrati come in figura 4.

Dopo aver selezionato la patologia (e.g. il parto), la regione (e.g. Lazio) e la provincia (e.g. Roma) all'interno delle quali ricercare le strutture assistenziali, si accede ad un'area in cui sono elencate tutte le strutture presenti sul territorio. Ad ogni struttura viene associato un livello di qualità (buono, discreto o insufficiente) espresso da un colore (rispettivamente verde,

giallo o rosso) richiamando graficamente l'idea di un semaforo. Il colore viene attribuito a seconda che il livello di efficacia, appropriatezza, sicurezza, o competenza/esperienza dell'attività assistenziale sia alto, medio o basso rispetto agli standard nazionali e, quindi, relativamente alle altre strutture del SSN.

Oltre al confronto con gli standard nazionali, i risultati delle prestazioni delle strutture sanitarie vengono confrontati anche con standard empirici e scientifici. L'informazione presentata agli utenti riguarda la collocazione, in termini di qualità, di ogni struttura ospedaliera rispetto a parametri

FIGURA 4

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DEI RISULTATI DELLA RICERCA





oggettivi. Il confronto viene effettuato in termini *normativi*. Per ogni indicatore, attraverso una ricerca sistematica della letteratura guidata da un check-list di fonti istituzionali e scientifiche, vengono individuati valori soglia di riferimento. Anche in questo caso, ad ogni struttura viene attribuito un livello di qualità (eccellente, buono, discreto o insufficiente) espresso da un simbolo di valutazione a quattro tacche, come i segnali

di ricezione presenti su un qualsiasi cellulare.

Se l'utente svolge una ricerca specifica indicatore di qualità, i risultati comparativi dei punti nascita disponibili sul territorio selezionato sono raffigurati come nella parte inferiore della figura (1), se l'utente svolge una ricerca per problema di salute allora i risultati saranno illustrati come nella parte superiore della figura 4 (2).

