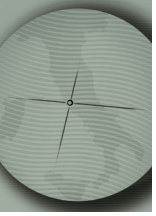


PUBLIC REPORTING  
DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA:  
UNO STRUMENTO PER  
MIGLIORARE LA QUALITÀ  
DELLE STRUTTURE SANITARIE  
IN ITALIA



QIIPH - 2016, VOLUME 5, NUMBER 1

ITALIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

# Public Reporting dell'assistenza ospedaliera: uno strumento per migliorare la qualità delle strutture sanitarie in Italia

Elena Azzolini, Chiara Montanari

L'articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana sancisce la **tutela della salute** come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. 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. **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.

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 [1,2]. 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 [3-5].

Il **public reporting** ("rendicontazione pubblica"), inteso come diffusione al pubblico di informazioni sulle performance ospedaliere di erogatori "non anonimi", organizzate secondo un metodo comparativo, è una strategia per promuovere la trasparenza e la scelta informata dei cittadini e stimolare il miglioramento della qualità assistenziale aumentando la responsabilità degli erogatori rispetto alla loro offerta.

Sono univoche le prove di efficacia che dimostrano l'impatto positivo del **public reporting** 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 queste offerti.

Il **portale doveecomemicro.it** è uno strumento operativo di concretizzazione del public reporting in riferimento al contesto sociale e sanitario italiano, nato per realizzare un supporto informativo volto ai cittadini e pazienti, che potranno orientarsi nella scelta individuale delle strutture sanitarie oggi accreditate, 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.

**Doveecomemicro** offre gratuitamente un database in continuo aggiornamento di oltre

1.300 strutture accuratamente descritte per prestazioni, reparti e servizi, attraverso cui sarà possibile:

- Valutare e comparare la qualità assistenziale delle strutture ospedaliere non delle prestazioni mediche;
- Ottenere informazioni logistiche sulle strutture e i servizi sanitari ambulatoriali, dal numero di camere per reparto alla disponibilità di parcheggio nelle vicinanze, fino ai tempi d'attesa per esami e visite e dettagli sul continuum assistenziale;
- Esprimere la propria opinione sui servizi offerti dalle strutture di cui si è usufruito.

Saranno inoltre fruibili comunicati istituzionali e campagne di prevenzione e sensibilizzazione, bacheche libere dedicate alle associazioni di pazienti e professionisti della Sanità ed approfondimenti di carattere medico-scientifico di facile lettura, volti ad accrescere la consapevolezza dei cittadini rispetto ai bisogni relativi alla salute.

### I benefici attesi

Secondo il framework teorico ideato da Donald Berwick (medico americano, noto per i suoi studi sulla gestione dei sistemi sanitari), tale strumento 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 [6].

I benefici attesi dall'implementazione di tale strumento sono, dunque, 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 [7-10].

Dal lato della domanda, il *public reporting* attiva il **percorso di scelta informata**. Questo percorso riguarda i diversi attori coinvolti nella domanda di prestazioni: cittadini e pazienti nella individuazione della struttura sanitaria a cui rivolgersi per soddisfare il proprio bisogno di salute; assicuratori pubblici o privati e regolatori pubblici nella identificazione 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 (economista tedesco, autore di diversi libri di economia politica) 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 [11].

Dal lato dell'offerta, il *public reporting* dà origine al **percorso di cambiamento**, incentivando nel medio periodo processi di cambiamento organizzativo e clinico basati sul *benchmarking* tra le strutture sanitarie esistenti in un certo sistema d'offerta. Le responsabilità di governo ed amministrazione dei sistemi sanitari possano trovare in questo processo di *public accountability* 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 [12].

### Gli attributi concettuali e le origini del progetto

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* 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, e di rispondere alle esigenze del contesto sociale e sanitario, italiano ed europeo, in cui si colloca [13].

Le origini dell'iniziativa risiedono in alcune 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 la sua "consapevolezza" all'interno del SSN. La valutazione della qualità delle strutture sanitarie è resa operativa attraverso un sistema di indicatori di qualità relativi a vari aspetti dell'assistenza offerta dalle strutture sanitarie ai cittadini.

Attributi fondamentali del *framework* sottostante il progetto sono:

- *l'oggettività e l'affidabilità scientifica delle informazioni.* Qualsiasi messaggio comunicativo, divulgato pubblicamente, poggerà su solide fondamenta "evidence-based". Gli indicatori inclusi nel cruscotto 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 solidità scientifica, condizione necessaria per sfruttare gli effetti benefici del confronto [14,15], è presupposto e fondamenta di tutto il progetto.
- *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.
- *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. E' universalmente riconosciuta l'importanza del modo in cui l'informazione viene presentata nel facilitare il processo decisionale [16].

### Gli attributi metodologici del progetto

Le attività del gruppo di lavoro del progetto sono informate dai principi di:

- Rigore scientifico, secondo il quale qualsiasi messaggio comunicativo divulgato dal portale è il frutto dei risultati della ricerca delle migliori evidenze scientifiche disponibili in materia (solide fondamenta *evidence-based*).
- Sinergismo rispetto alle conoscenze esistenti, secondo il quale la ricerca nelle aree socio-assistenziali ritenute strategiche nell'ambito delle attività del progetto potrà permettere l'integrazione di solide conoscenze, esperienze e competenze (*know how ed expertise*) da anni a disposizione dei soggetti impegnati nell'iniziativa. Il lavoro di squadra e di rete permetterà di dare valore aggiunto ed univoca innovatività ai risultati/prodotti che potrà contare sulle forti alleanze strategiche nazionali ed internazionali nel mondo associazionistico, universitario, istituzionale, aziendale/imprenditoriale.
- Miglioramento continuo, secondo il quale ciascuna linea di attività del progetto viene realizzata attraverso:
  - la realizzazione di potenziali scenari di piani operativi relativi alle diverse attività di interesse;
  - il monitoraggio continuo rispetto l'esecuzione di tali piani operativi;
  - azioni per rendere definitivo e/o migliorare il processo.

Il **rigore metodologico**, al fine di garantire validità e credibilità dei risultati, è il *primus movens* di tutto il progetto, nonché il fattore più incisivo nell'aumentare la probabilità di ottenere i benefici attesi e di generare un reale cambiamento migliorando la qualità del contesto sanitario italiano. Il concetto di qualità, però, può essere variamente definito. Gli esperti di sanità, parlando di qualità, fanno riferimento alla capacità di soddisfare i bisogni di salute della popolazione tenendo conto della scarsità delle risorse a disposizione e delle specifiche caratteristiche degli utenti.

*Dovecomemicro* per classificare le strutture sanitarie rispetto ad alcuni servizi offerti, considera i seguenti livelli di qualità:

- **Efficacia:** si ottiene quando le

prestazioni clinico-assistenziali offerte da una struttura sanitaria permettono il raggiungimento dei risultati attesi in termini di salute dei pazienti [17-19];

- **Sicurezza:** si ottiene quando le prestazioni clinico-assistenziali offerte da una struttura sanitaria evitano, prevenendo gli eventi avversi o migliorano i risultati che seguono ai processi assistenziali stessi [17,19,20];
- **Appropriatezza:** si ottiene quando le prestazioni clinico-assistenziali offerte da una struttura sanitaria sono adeguate ai bisogni clinici dei pazienti, in considerazione delle migliori conoscenze scientifiche [17,19,21];
- **Competenza:** riguarda il grado di formazione, di abilità e di competenza del personale che lavora nella struttura sanitaria, disponibile per valutare, curare e rispondere a determinati bisogni clinici [17,19,20].

Questi livelli sono stati misurati attraverso l'elaborazione dei migliori dati ufficiali a disposizione e permettono di riassumere con un numero il livello di qualità raggiunto dalle strutture sanitarie. Tale "numero" è chiamato indicatore, proprio perché fornisce al cittadino indicazioni sulla struttura più adeguata in cui andare a curarsi. Un indicatore, in generale, è un parametro in grado di riassumere le caratteristiche generali di un fenomeno. Attraverso la scelta di indicatori di performance, il progetto intende quantificare i bisogni di salute, verificare la bontà dei piani di intervento sanitario, valutare il grado di utilizzazione dei servizi offerti, delle strutture e delle attrezzature e, infine, rendere possibile il confronto fra le strutture sanitarie presenti sul territorio.

## VALUTAZIONE E COMPARAZIONE DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

### Il processo di selezione degli indicatori

Il processo di valutazione e di selezione degli indicatori è un percorso dinamico: il set di indicatori selezionato per il portale è un punto di partenza rispetto a cui, tenendo conto delle finalità informative e delle esigenze di comparazione sia spaziale che temporale, verrà posto in essere in modo costante nel tempo un ciclo di revisione e di perfezionamento.

L'identificazione dei sessantacinque indicatori di qualità che attualmente alimentano il portale è iniziata con la fase di 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, Fondazione Veronesi-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* 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 di 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 sia, deve essere praticabile nel breve-medio periodo [22].

Oltre a permettere le attività di *benchmarking* tra i livelli di performance perseguiti nelle 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 [23].

I sessantacinque indicatori si riferiscono ai ricoveri e agli interventi chirurgici effettuati nelle strutture sanitarie a disposizione dei cittadini (pubbliche e private accreditate). Per ogni indicatore, sulla base di specifiche revisioni di letteratura e di incontri con esperti in tema di performance delle strutture sanitarie, è stata definita la dimensione della qualità assistenziale (efficacia, appropriatezza, sicurezza e competenza) che meglio lo rappresenta.



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

Allo scopo di supportare gli utenti nell'interpretazione delle informazioni divulgate, ogni indicatore è inserito in una scheda all'interno della quale è possibile ricavare 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 portale, sono state realizzate schede esplicative simili, per i problemi di salute, e le parti del corpo umano a cui si riferiscono gli indicatori di qualità.

Tali schede elaborate partendo da fonti scientifiche ed istituzionali accreditate, sono state compilate da un team multidisciplinare, composto di medici specialisti nelle 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.

#### Le fonti dati

Le fonti dati degli indicatori considerati sono:

- Programma Nazionale Esiti (PNE), gestito dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali per conto del Ministero della Salute;
- Sportello Cancro - Corriere della Sera, in collaborazione con la Fondazione Umberto Veronesi per il progresso delle scienze.

Il periodo di riferimento corrisponde all'ultimo anno disponibile.

"Sportello Cancro" è un'importante iniziativa di *public reporting* a portata nazionale 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). Le informazioni sono tratte dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), che descrivono in maniera sintetica le attività compiute all'interno delle strutture sanitarie.

Gli indicatori selezionati da Sportello Cancro sono nel totale undici. Si tratta di indicatori di volume che si riferiscono al numero annuale di interventi chirurgici in ciascuna struttura sanitaria.

Il Programma nazionale Esiti (PNE) è un'attività istituzionale del Servizio sanitario italiano e fornisce valutazioni comparative a livello nazionale sull'efficacia, la sicurezza, l'efficienza e la qualità delle cure prodotte nell'ambito del SSN. Il PNE è sviluppato da Agenas per conto del Ministero della Salute e, com'è noto, non produce classifiche, graduatorie o giudizi, ma rappresenta un prezioso strumento operativo a disposizione delle regioni, delle aziende e degli operatori per il miglioramento delle performance e per l'analisi delle criticità, attraverso attività di audit. Oltre ad indicatori di volume il PNE elabora anche misure di esito quali la mortalità a breve termine, riammissioni a breve termine, complicanze a breve termine a seguito di specifici interventi, tempi di attesa, ecc. Le informazioni necessarie per la loro definizione sono desunte dal Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e dalla Banca dati dell'Anagrafe Tributaria.

La valutazione comparativa degli esiti deve tenere conto delle possibili disomogeneità esistenti nelle popolazioni studiate, dovute a caratteristiche quali età, genere, gravità della patologia in studio, presenza di comorbidità croniche, etc. Questi fattori possono agire come confondenti dell'associazione tra esito ed esposizione, pertanto nel portale sono stati considerati i valori degli indicatori che sono già stati "aggiustati" dal PNE attraverso l'utilizzo di metodi di *risk adjustment*. Questi permettono di studiare le differenze tra strutture e/o aree territoriali, "al netto" del possibile effetto confondente della disomogenea distribuzione delle caratteristiche dei pazienti.

Gli indicatori selezionati dal Programma Nazionale Esiti sono cinquantaquattro. Si tratta di venticinque indicatori di volume e di ventinove indicatori di esito.

I risultati riportati sono dipendenti dalla qualità dei dati SDO a livello nazionale, così come trasmessi dalle strutture alle Regioni.

Il *data-set* di ciascun indicatore per struttura sanitaria è stato sottoposto ad un doppio controllo da parte di due ricercatori indipendenti.

La tabella 1 riporta il cruscotto degli indicatori selezionati per il *public reporting*, per dimensioni della qualità assistenziale.

### Il benchmarking

Il *benchmarking* (“confronto con un valore di riferimento”) è definito come un processo continuo di misurazione di prodotti, servizi e prassi aziendali, mediante il confronto con i concorrenti più forti, o con le imprese leader di un settore [24]. La teorizzazione del confronto sistematico tra le aziende sta prendendo sempre più piede anche in sanità. L'obiettivo principale del *benchmarking* in sanità è quello di identificare le aree migliorabili e di stimolare il cambiamento.

La comparazione della qualità delle strutture sanitarie è basata su due approcci: confronto nazionale, rispetto a standard nazionali e confronto extranazionale, rispetto a valori scientifici.

Col metodo di confronto nazionale, ad ogni struttura sanitaria è associata una classificazione (buona, discreta o scarsa) espressa graficamente da sfere (rispettivamente tre, due o una), a seconda della collocazione del suo livello di qualità rispetto alla distribuzione della frequenza nazionale. La classificazione viene, infatti, attribuita a seconda che il livello di efficacia, appropriatezza, sicurezza, o competenza/esperienza dell'attività assistenziale sia alto, medio o basso rispetto alle altre strutture sanitarie del SSN. Il confronto viene fatto, appunto, in termini relativi.

Sulla base del livello di performance (valore dell'indicatore), utilizzando validati metodi matematico-statistici (tra i quali l'approccio dei percentili), ad ogni struttura ospedaliera viene attribuito uno specifico simbolo, nel dettaglio:

- 3 sfere su 3: strutture sanitarie con alti valori dell'indicatore (i.e. tra il 67° ed il 100° percentile);
- 2 sfere su 3: strutture sanitarie con medi valori dell'indicatore (i.e. tra il 33° ed il 67° percentile);
- 1 sfera su 3: strutture sanitarie con bassi valori dell'indicatore (i.e. al di sotto del 33° percentile).

Oltre al confronto con gli standard

nazionali, i risultati delle prestazioni delle strutture sanitarie vengono confrontati anche con standard empirici e scientifici di qualità assistenziale internazionali. 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 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 classificazione a quattro tacche, come i segnali di ricezione presenti su un qualsiasi cellulare. Il riempimento del simbolo di classificazione (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;
- 3 tacche piene su 4 tacche: strutture sanitarie che hanno dei valori dell'indicatore di qualità sufficientemente adeguati rispetto allo standard di qualità internazionale;
- 1 e/o 2 tacche piene su 4 tacche: strutture sanitarie con valori dell'indicatore di qualità peggiori rispetto allo standard di qualità internazionale;
- 0 tacche piene su 4 tacche: strutture sanitarie con valori dell'indicatore di qualità significativamente peggiori rispetto allo standard di qualità internazionale.

Mentre è sempre possibile stabilire uno standard nazionale sulla base della distribuzione di frequenza nazionale, non è sempre stato possibile, sulla base di revisioni di letteratura scientifica, identificare uno standard internazionale univoco comparabile e aggiornato.

La mera presentazione del risultato di un indicatore raramente è sufficiente a persuadere la popolazione o le organizzazioni sanitarie a cambiare abitudini perseguendo il miglioramento [25]. Da qui la scelta di presentare i risultati esprimendo graficamente una sorta di classificazione delle strutture sanitarie, per incentivare il confronto aperto tra le strutture e permettere di interpretare complesse elaborazioni di dati in modo semplice



TABELLA 1

## GLI INDICATORI SELEZIONATI PER DIMENSIONI DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE

	INDICATORI DI QUALITÀ*	FONTE DATI
APPROPRIATEZZA	Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario/day surgery: proporzione sul totale	PNE
	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	PNE
	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg	PNE
	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in regime ordinario con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg	PNE
	Frattura del collo del femore: tempi di attesa per intervento chirurgico	PNE
	Frattura della Tibia/Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	PNE
	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 gg	PNE
	Parti: proporzione di parti con taglio cesareo primario	PNE
COMPETENZA	Aneurisma rotto dell'aorta addominale: volume annuale di ricoveri	PNE
	Artroscopia di ginocchio: volume annuale di ricoveri	PNE
	By pass aortocoronarico: volume annuale di ricoveri	PNE
	Frattura della Tibia/Perone: volume annuale di ricoveri	PNE
	Legatura o Stripping delle vene arti inferiori: volume annuale di ricoveri per intervento chirurgico	PNE
	Rivascolarizzazione carotidea - stenting e angioplastica: volume annuale	PNE
	Rivascolarizzazione carotidea - endoarteriectomia: volume annuale	PNE
	Rivascolarizzazione degli arti inferiori: volume annuale di ricoveri	PNE
	Sostituzione di ginocchio: volume annuale di ricoveri	PNE
	TM al colon: volume annuale di ricoveri per intervento chirurgico	PNE
	TM al fegato: volume annuale di interventi chirurgici	PNE
	TM al pancreas: volume annuale di ricoveri per intervento chirurgico	PNE
	TM al polmone: volume annuale di ricoveri per intervento chirurgico	PNE
	TM al rene: volume annuale di ricoveri per intervento chirurgico	PNE
	TM al retto: volume annuale di ricoveri per intervento chirurgico	PNE
	TM al sistema endocrino: volume annuale di interventi chirurgici	SC
	TM cerebrale: volume annuale di craniotomie	PNE
	TM al sistema nervoso: volume annuale di interventi chirurgici	SC
	TM alla colecisti: volume annuale di ricoveri per intervento chirurgico	PNE
	TM alla mammella: volume annuale di ricoveri per intervento chirurgico	PNE
	TM alla pelle o al sottocutaneo: volume annuale di interventi chirurgici	SC
	TM alla prostata: volume annuale di ricoveri per intervento chirurgico	PNE
	TM alla vescica: volume annuale di ricoveri per intervento chirurgico	PNE
	TM all'apparato cardiocircolatorio: volume annuale di interventi chirurgici	SC
	TM all'apparato muscoloscheletrico e connettivo: volume annuale di interventi chirurgici	SC
	TM all'apparato riproduttivo femminile: volume annuale di interventi chirurgici	SC
	TM all'apparato riproduttivo maschile: volume annuale di interventi chirurgici	SC
	TM all'esofago: volume annuale di ricoveri per intervento chirurgico	PNE
	TM allo stomaco: volume annuale di ricoveri per intervento chirurgico	PNE
	TM all'occhio: volume annuale di interventi chirurgici	SC
	TM all'orecchio, al naso o alla gola: volume annuale di interventi chirurgici	SC
	TM del sangue, dei tessuti emopoietici o dei linfonodi: volume annuale di interventi chirurgici	SC
	TM pediatrico: volume annuale di interventi chirurgici	SC
Valvuloplastica: volume annuale di interventi chirurgici	PNE	

(CONTINUA) TABELLA 1

GLI INDICATORI SELEZIONATI PER DIMENSIONI DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE		
	INDICATORI DI QUALITÀ*	FONTE DATI
EFFICACIA	Aneurisma non rotto dell'aorta addominale - Riparazione: mortalità a 30 giorni dall'intervento	PNE
	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal ricovero	PNE
	By pass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni dal ricovero	PNE
	Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni dal ricovero	PNE
	Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero	PNE
	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero	PNE
	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di ricoveri entro 2 giorni	PNE
	Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni dal ricovero	PNE
	Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni dal ricovero	PNE
	Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni dal ricovero	PNE
	TM al colon: mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico	PNE
	TM al polmone: mortalità a 30 giorni dall'intervento	PNE
	TM al retto: mortalità a 30 giorni dall'intervento	PNE
	TM cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico di craniotomia	PNE
	TM alla prostata: riammissioni a 30 giorni dopo intervento chirurgico	PNE
	TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico	PNE
Valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata: mortalità a 30 giorni dall'intervento	PNE	
SICUREZZA	Angioplastica coronarica (con PTCA): volume annuale di ricoveri	PNE
	Artroscopia di ginocchio - re-intervento entro 6 mesi: volume annuale	PNE
	Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	PNE
	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	PNE
	Ictus: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	PNE
Parti: volume annuale di ricoveri	PNE	

\*PNE: Programma Nazionale Esiti; SC: Sportello Cancro

e attraverso un format fruibile e comprensibile da tutti [26,27].

## INFORMAZIONI LOGISTICHE SULLE STRUTTURE

I servizi relativi alla logistica e all'ospitalità delle strutture sanitarie giocano un ruolo fondamentale tra i criteri di scelta del cittadino. Oltre alla qualità della prestazione, il cittadino valuta anche la qualità della permanenza in ospedale. Per questo, per ogni presidio ospedaliero accreditato al sistema sanitario nazionale, *dovecomemicro* fornisce informazioni logistiche e riguardanti i servizi disponibili consentendo al cittadino di prendere in considerazione, secondo le proprie esigenze, la struttura sanitaria che meglio possa rispondere al suo bisogno. Le strutture

sanitarie, al contempo, hanno con questo strumento la possibilità di accrescere la loro visibilità e segnalare i loro servizi.

La lista dei servizi e delle prestazioni disponibili sul portale è stata accuratamente selezionata e vagliata in termini di utilità dell'informazione e fattibilità operativa: l'informazione deve essere disponibile a livello ospedaliero, facilmente misurabile e deve aiutare il cittadino nella sua permanenza in ospedale. Numerosi materiali sono stati vagliati per garantire questo obiettivo, tra cui l'accordo Stato Regioni per il governo delle liste di attesa [28], le relative direttive regionali (Piani regionali di Governo delle Liste di Attesa) [29], e le banche dati disponibili sul sito del Ministero della Salute ([www.salute.gov](http://www.salute.gov)). Una volta definita la lista di servizi e prestazioni, per ogni voce sono state definite le possibili risposte.

Per ogni presidio ospedaliero accreditato

presso il Ministero della Salute sono stati collezionati e standardizzati i dati pubblicati in rete. Le informazioni registrate sono state inviate ad ogni singola struttura per chiedere conferma riguardo alla loro correttezza e consentirne l'aggiornamento o integrazione, in modo da poter garantire ai cittadini la migliore informazione possibile.

Alle strutture contattate è stato inoltre chiesto di far pervenire commenti riguardo ad altre informazioni utili al cittadino o a servizi aggiuntivi presenti nelle loro strutture sanitarie. Infatti, dovecomemicuro è stato pensato in modo tale da essere uno strumento flessibile anche nel database, consentendo l'integrazione di nuove informazioni e rimanendo sempre funzionale e idoneo alle esigenze del cittadino.

Delle circa 1380 strutture contattate, oltre 100 hanno risposto restituendo il file contenente le informazioni trovate in rete con le relative correzioni ed integrazioni, offrendo la propria disponibilità a collaborare e riconoscendo dovecomemicuro come uno strumento valido e facilmente accessibile dai cittadini.

Innanzitutto, le informazioni che descrivono le strutture ospedaliere riguardano la loro localizzazione. È possibile effettuare la ricerca di presidi ospedalieri appartenenti ad una specifica area geografica, individuarne l'indirizzo, i contatti telefonici, l'e-mail e l'eventuale indirizzo web.

Per tutte le strutture sono disponibili informazioni riguardanti l'accessibilità alla struttura, quali:

- la presenza del parcheggio all'interno o adiacente al presidio ospedaliero, ed il suo eventuale costo;
- il servizio di trasporto privato fornito dalla struttura ospedaliera;
- la presenza di parcheggi riservati a soggetti diversamente abili;
- la predisposizione all'accesso per persone con mobilità ridotta/sedie a rotelle;
- il servizio di percorso sonoro all'interno della struttura.

Il comfort alberghiero è descritto indicando:

- il numero di persone in camera e la possibilità di accedere ad una camera privata;
- la possibilità di ospitare un familiare presso la struttura o in altre strutture adiacenti convenzionate;
- la presenza dei servizi igienici in camera;

• la presenza di TV o di wifi in camera. Viene, inoltre, indicata la presenza di servizi accessori, quali:

- la presenza di bar, edicola, shop, farmacia e sportello bancomat all'interno della struttura;
- la possibilità per i pazienti del servizio parrucchiere;
- la presenza del servizio di traduzione;
- la presenza di una cappella all'interno della struttura e di un servizio di assistenza religioso;
- la possibilità di ricevere un servizio di assistenza al lutto.

Per ogni struttura è segnalata la possibilità di assistenza integrata e continuum assistenziale garantito dalla presenza di reparti di riabilitazione motoria e riabilitazione respiratoria.

L'attribuzione di certificazioni alla struttura è ritenuta uno strumento valido per informare il cittadino della qualità dell'Ospedale. Per questo nel portale è segnalata anche la presenza di certificazione ISO, l'assegnazione di bollini rosa (progetto ospedale a misura di donna, certificazione rilasciata da Onda - Osservatorio nazionale sulla salute della donna), specificando l'anno di attribuzione e i reparti a cui sono assegnati i bollini, e l'eventuale accreditamento alla *Joint Commission International*, considerato uno standard di primo livello nell'assistenza sanitaria globale [30,31]. Alle strutture è data la possibilità di segnalare altre certificazioni a loro attribuite.

Inoltre, per ogni struttura è specificata la presenza di pronto soccorso e del nido, distinguendo le varie possibilità di rooming-in.

La tabella 2 mostra l'elenco dei servizi che caratterizzano le strutture sanitarie e la relativa descrizione.

Le tabelle 3 e 4 elencano i reparti e le prestazioni (esami e visite) che possono essere presenti nelle strutture ospedaliere. Per ogni struttura viene indicato quali reparti sono presenti con il relativo numero di posti letto, diviso per posti letto di ricovero ordinario e day hospital. In questo modo il cittadino potrà avere un'informazione riguardante la dimensione della struttura ospedaliera e del reparto di interesse. In modo analogo per ogni struttura sono indicate le visite e gli esami effettuati con i relativi giorni di attesa calcolati come giorni di attesa media annui. Sono raccolte informazioni riguardanti i tempi di attesa media annua dall'anno 2012. In tal

TABELLA 2

ELENCO DEI SERVIZI DISPONIBILI NELLE STRUTTURE SANITARIE		
TIPOLOGIA DI SERVIZIO	DESCRIZIONE	
PARCHEGGIO	<b>Parcheggio</b>	Indica la presenza del parcheggio all'interno o adiacente alla struttura.
	<b>Costo prima ora di parcheggio</b>	Indica il costo della prima ora di parcheggio (in €).
	<b>Servizio di trasporto</b>	Indica la presenza di un servizio privato di trasporto verso la struttura.
ACCESSIBILITÀ	<b>Parcheggio disabili</b>	Indica la presenza del parcheggio disabili all'interno o adiacente alla struttura.
	<b>Percorso Sonoro</b>	Indica la presenza di un percorso sonoro all'interno della struttura.
	<b>Accesso Weelchair</b>	Indica la presenza di un accesso alla struttura predisposto per persone a mobilità ridotta / sedie a rotelle.
COMFORT ALBERGHIERI	<b>TV</b>	Indica la presenza di TV in camera.
	<b>WIFI</b>	Indica la presenza di WIFI in camera.
	<b>Camere private</b>	Indica se è possibile avere una camera privata.
	<b>Camere Miste, persone per camera</b>	Indica il numero di persone per camera (da...a...)
	<b>Camere Miste, bagno in camera</b>	Indica la presenza del bagno in camera.
	<b>Ospitare familiari</b>	Indica la possibilità di ospitare familiari.
INFO UTILI	<b>Bar</b>	Indica la presenza di bar all'interno della struttura.
	<b>Libreria / Biblioteca / Edicola</b>	Indica la presenza di libreria, biblioteca ed edicola all'interno della struttura.
	<b>Farmacia</b>	Indica la presenza di farmacia all'interno della struttura.
	<b>Parrucchiere</b>	Indica la presenza di parrucchiere all'interno della struttura.
	<b>Shop</b>	Indica la presenza di negozi all'interno della struttura.
	<b>Servizio Traduzione</b>	Indica la presenza di un servizio di traduzione all'interno della struttura.
	<b>Bancomat (Prelievo)</b>	Indica la presenza di bancomat per prelievo all'interno della struttura.
	<b>Servizio Religioso (Cappellano)</b>	Indica la possibilità di offrire un servizio religioso all'interno della struttura.
	<b>Area di Preghiera (Chiesa / Cappella)</b>	Indica la presenza di un'area di preghiera all'interno della struttura.
ASSISTENZA INTEGRATA E CONTINUUM ASSISTENZIALE	<b>Supporto al Lutto</b>	Indica la possibilità di offrire supporto al lutto.
	<b>Riabilitazione Motoria</b>	Indica la presenza di reparto di riabilitazione motoria.
CERTIFICAZIONI OSPEDALIERE	<b>Riabilitazione Respiratoria</b>	Indica la presenza di reparto di riabilitazione respiratoria.
	<b>ISO</b>	Indica la presenza di certificazione ISO.
	<b>JCI</b>	Indica la presenza di accreditamento <i>Joint Commission International</i> .
	<b>Bollino Rosa</b>	Indica la quantità, se presente, di bollini rosa (conferiti se l'ospedale è a misura di donna).
ALTRO	<b>Altro</b>	Indica la presenza di ulteriori certificazioni ospedaliere
	<b>Pronto Soccorso</b>	Indica la presenza di pronto soccorso all'interno della struttura.
ALTRO	<b>Nido</b>	Indica la possibilità di tenere il neonato in stanza con la madre (rooming-in). Opzioni possibili: 1: Sì, il neonato è in stanza con la madre (con possibilità di nido) 2: No, solo nido 3: Sì, il neonato è in stanza con la madre durante le ore diurne (nido durante le ore notturne) 4: Sì, il neonato è in stanza con la madre (senza la possibilità di nido)

modo è possibile valutare il miglioramento o peggioramento del trend dei tempi di attesa.

### CUSTOMER SATISFACTION

Con il termine *Customer Satisfaction* si intende, generalmente, l'indagine volta alla conoscenza del grado di soddisfazione del cliente e delle sue aspettative finalizzata al sempre maggior gradimento del prodotto; in sanità, è

l'indagine rivolta alla conoscenza del grado di soddisfazione dei cittadini rispetto alle prestazioni offerte dalle strutture sanitarie, finalizzata al continuo miglioramento dei servizi offerti [32].

Le esperienze dei pazienti sono un aspetto importante della ricerca sui sistemi sanitari. Dal momento in cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato il World Health Report 2000 [5], la qualità delle cure percepita dai pazienti è stata considerata come parte integrante della performance dei sistemi sanitari. Di conseguenza,

TABELLA 3

ELENCO DEI REPARTI DISPONIBILI NELLE STRUTTURE SANITARIE	
REPARTI	
ALLERGOLOGIA	NEFROLOGIA
ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	NEFROLOGIA (ABILITAZ. AL TRAPIANTO)
ANGIOLOGIA	NEFROLOGIA PEDIATRICA
ASTANTERIA	NEONATOLOGIA
CARDIOCHIRURGIA	NEUROCHIRURGIA
CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA
CARDIOLOGIA (esclusa unità coronarica)	NEUROLOGIA
CHIRURGIA GENERALE (inclusa senologia)	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	NEURO-RIABILITAZIONE
CHIRURGIA PEDIATRICA	OCULISTICA
CHIRURGIA PLASTICA	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA
CHIRURGIA TORACICA	ONCOEMATOLOGIA
CHIRURGIA VASCOLARE	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA
CURE PALLIATIVE/HOSPICE	ONCOLOGIA
DERMATOLOGIA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
DETENUTI	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
EMATOLOGIA (inclusa immunoematologia)	OTORINOLARINGOIATRIA
EMODIALISI	PEDIATRIA
FARMACOLOGIA CLINICA	PENSIONANTI
FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE	PNEUMOLOGIA
GASTROENTEROLOGIA	PSICHIATRIA
GERIATRIA	RADIOLOGIA
GRANDI USTIONI	RADIOTERAPIA
GRANDI USTIONI PEDIATRICHE	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA
IMMUNOLOGIA (esclusa immunoematologia)	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
LUNGODEGENTI	REUMATOLOGIA
MALATTIE ENDOCRINE E DEL RICAMBIO	TERAPIA INTENSIVA
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
MEDICINA DEL LAVORO	UNITA' CORONARICA (inclusa unità intensiva cardiologica)
MEDICINA GENERALE	UNITA' SPINALE
MEDICINA NUCLEARE	UROLOGIA
MEDICINA SPORTIVA	UROLOGIA PEDIATRICA

TABELLA 4

## ELENCO DEGLI ESAMI E DELLE VISITE DISPONIBILI NELLE STRUTTURE SANITARIE

ESAMI E VISITE	
Angioplastica coronarica (PTCA)	Radiografia del femore, ginocchio e gamba
Audiometria (esame audiometrico tonale)	Radiografia del torace di routine, NAS
Biopsia percutanea del fegato	Radiografia della colonna lombosacrale
By pass aortocoronarico	Radiografia di pelvi e anca
Chemioterapia	Riparazione ernia inguinale
Colonscopia (con endoscopio flessibile, senza o con biopsia o polipectomia)	RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) Cervello e tronco encefalico
Coronarografia	RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) Colonna vertebrale
Densitometria ossea con tecnica di assorbimento a raggi X (lombare, femorale e ultradistale)	RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) Muscoloscheletrica
Ecocolordoppler cardiaca	RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) Pelvi, prostata e vescica
Ecocolordoppler cardiaca a riposo	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	Spirometria (semplice o globale)
Ecocolordoppler dei vasi periferici (arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa)	TC (tomografia computerizzata) senza e con contrasto Addome completo
Ecografia Addome (superiore, inferiore e completo)	TC (tomografia computerizzata) senza e con contrasto Addome inferiore
Ecografia Capo e collo	TC (tomografia computerizzata) senza e con contrasto Addome superiore
Ecografia Cardiaca	TC (tomografia computerizzata) senza e con contrasto Bacino
Ecografia Mammella (bilaterale e monolaterale)	TC (tomografia computerizzata) senza e con contrasto Capo
Ecografia Ostetrica - Ginecologica	TC (tomografia computerizzata) senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale
EEG (Elettroencefalogramma)	TC (tomografia computerizzata) senza e con contrasto Torace
EGD (Esofagogastroduodenoscopia) senza o con biopsia	Tonsillectomia
Elettrocardiogramma	Visita cardiologia
Elettrocardiogramma da sforzo (test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o con cicloergometro)	Visita chirurgia vascolare
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	Visita dermatologica
EMG (Elettromiografia semplice)	Visita endocrinologica / diabetologica
Emorroidectomia	Visita fisiatria / medicina fisica / riabilitazione
Endoarteriectomia carotidea	Visita gastroenterologica
Fondo Oculare (esame del fundus oculi)	Visita ginecologica
Interventi chirurgici tumore Colon retto	Visita neurologica [neurochirurgica]
Interventi chirurgici tumore dell'utero	Visita oculistica
Interventi chirurgici tumore Mammella	Visita oncologica
Interventi chirurgici tumore Prostata	Visita ortopedica
Interventi chirurgici tumore del Polmone	Visita otorinolaringoiatrica (ORL)
Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare	Visita Pediatrica
Intervento di protesi d'anca	Visita pneumologica
Mammografia (bilaterale e monolaterale)	Visita urologica / andrologica



le organizzazioni come il Commonwealth Fund, il Picker Institute Europe e l'Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo (OCSE) si sono impegnati in confronti internazionali delle esperienze dei pazienti [33,34].

I pazienti hanno una loro propria "conoscenza esperienziale", che è vista come cruciale per la promozione della qualità dell'assistenza [35]. I pazienti sanno cosa vuol dire vivere con una determinata malattia e hanno molta esperienza con gli operatori ed i trattamenti sanitari, e, pertanto, informazioni sulle loro esperienze sono vitali.

Il livello di qualità percepito è precisato attraverso l'espressione del grado di soddisfazione derivata dal contatto con l'offerta sanitaria, che viene considerato un ottimo indicatore della qualità dei rapporti di interazione sviluppatasi, dell'effettiva accettazione del processo assistenziale realizzato, del grado di coerenza tra esito atteso dal cliente ed esito effettivamente conseguito al termine del processo assistenziale, del livello di adeguatezza delle componenti strutturali [36]. Pertanto nel progetto *doveecomemicro* è stata dedicata un'intera sezione allo scopo di valutare la "customer satisfaction" al fine di permettere all'utente di esprimere la propria opinione sui servizi offerti dalle strutture di cui si è usufruito. Il portale pertanto non ha solo un ruolo informativo, ricco di contenuti tesi ad informare gli utenti, ma costituisce anche un "luogo" in cui gli utenti possano comunicare fra loro (sito di comunità), dando giudizi sulla qualità soggettiva sperimentata durante il pernottamento e la cura nelle strutture sanitarie, in merito all'adeguatezza dei servizi ricevuti ma non in merito all'adeguatezza delle cure ricevute, ad esempio: pulizia, qualità dei pasti, rispetto della privacy, disponibilità e gentilezza del personale, chiarezza delle informazioni amministrative ed organizzative ecc.

## COMUNICATI E APPROFONDIMENTI

Il portale mette a disposizione degli utenti ulteriori informazioni in merito a recenti notizie sanitarie, comunicati istituzionali, campagne di prevenzione, educazione e promozione della salute, informazioni e iniziative promosse da parte di associazioni di pazienti e di professionisti. Con cadenza quindicinale vengono inoltre pubblicati approfondimenti di carattere medico-scientifico redatti da giovani medici che, avvalendosi di

fonti bibliografiche scientificamente riconosciute (PubMed, Scopus, EMBASE, Organizzazione Mondiale della Sanità, Centers for Disease Control and Prevention, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, ecc.) forniscono informazioni e statistiche su tematiche sanitarie di rilevanza nazionale.

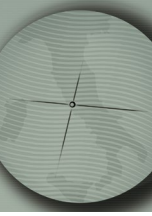
Per contribuire a diffondere la cultura della salute e della prevenzione, *doveecomemicro* dispone di uno spazio bacheca dedicato alle associazioni di pazienti e professionisti della sanità, per favorire lo scambio di informazioni e promuovere attività no-profit. Le società scientifiche, le associazioni di pazienti e le associazioni di personale sanitario, sono state contattate spiegando lo scopo e la metodologia con cui è realizzato *doveecomemicro* e sono state invitate a partecipare al progetto per poterlo continuamente arricchire per rendere sempre più consono alle esigenze del cittadino.

## CONCLUSIONE

Pazienti, cittadini, strutture sanitarie, regioni, enti governativi e non: tutti possono trarre benefici e collaborare attivamente in questo ambizioso progetto di *public reporting*, finalizzato a promuovere l'empowerment di pazienti e cittadini, supportandoli nel compiere scelte consapevoli, e a favorire le strutture sanitarie nel miglioramento delle loro prestazioni attraverso il *benchmarking*, informando le decisioni sulla base di evidenze scientifiche. È necessario sottolineare l'importanza che queste iniziative rivestono se, soprattutto, viene rispettato, oltre alla qualità delle informazioni trasmesse, anche il criterio della tempestività. Le evidenze scientifiche dimostrano, infatti, che, sebbene l'implementazione di siffatti sistemi di rendicontazione pubblica in sanità inneschi impulsi positivi nei meccanismi di miglioramento all'interno dei "mercati" sanitari, nessuna informazione è utile dopo che è passato il tempo entro il quale, sulla base di tali informazioni, si potevano prendere decisioni per potenziare le attività cliniche o amministrative [37]. Con queste premesse, il progetto *doveecomemicro* rappresenta una delle più brillanti iniziative mai intraprese in Italia e una delle maggiori opportunità di cambiamento in Sanità per incrementare la qualità dell'assistenza, mettendo la trasparenza e la partecipazione attiva dei cittadini al centro del sistema sanitario.

## Bibliografia

- [1] 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.
- [2] 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.
- [3] Maxwell RJ (1984). Quality assessment in health. *BMJ*; 288: 1470-1472.
- [4] Donabedian A (1990). The seven pillars of quality. *Arch Pathos Lab Med*; 114:1115-18.
- [5] World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva.
- [6] Berwick DM, James B, Coye MJ (2003). Connections between Quality Measurement and Improvement. *Medical Care*; 41(1), pp.30-38.
- [7] Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, et al. (2000). The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA*; 283, pp. 1866-74.
- [8] 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.
- [9] 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.
- [10] 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.
- [11] Hirschman AO (1970). *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- [12] 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.
- [13] CENSIS (2014). *46° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese*. Roma. Disponibile online: <http://www.censis.it/9>.
- [14] 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.
- [15] Rothberg MB, Benjamin EM, Lindenaer PK (2009). Public reporting of hospital quality: recommendations to benefit patients and hospitals. *J Hosp Med*; 4(9):541-5.
- [16] Bettman JR, Kakkar P (1977). Effects of information presentation format on consumer information acquisition strategies. *J Consum Res.*, 3(4), pp. 233-240.
- [17] 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.
- [18] Vasselli S, Filippetti G, Spizzichino L (2005). *Misurare la performance di un sistema sanitario*. Roma: Il pensiero scientifico.
- [19] De Belvis AG, Volpe M (2008). *La relazione sanitaria. Dalle informazioni alle decisioni*. Il pensiero scientifico editore.
- [20] 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.
- [21] Canadian Institute for Health Information (2000). *Canadian Health Information Roadmap Initiative Indicators Framework*. Ottawa.
- [22] Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1997). *National Library of Healthcare indicators*. Health Plan and Network Edition. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- [23] Guest C, Ricciardi W, Kawachi I, Lang I (2013). *Oxford Handbook of Public Health Practice*. 3rd edition. Oxford University Press.
- [24] Camp RC (1989). *Benchmarking. The Search for Industry Best Practices That Lead to Superior Performance*. Milwaukee, WI: ASQC Quality Press.
- [25] Taylor K (2009). Paternalism, participation and partnership - the evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient Education and Counseling*; 74: 150-155.
- [26] Carlisle RT (2007). Internet report cards on quality: what exists and the evidence on impact. *W V Med J.*; 103(4), pp. 17-21.
- [27] Payne JW, Bettman JR, Johnson EJ (1993). *The Adaptive Decision Maker*. New York, NY: Cambridge University Press.
- [28] Intesa Stato-Regioni del 28/10/2010. Schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266.
- [29] Schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266



- [30] Donahue KT, vanOstenberg P. Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. *Int J Qual Health Care*. 2000 Jun;12(3):243-6.
- [31] Joint Commission International (2013). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals including standards for Academic Medical Center Hospitals. Oakbrook Terrace. 5th edition.
- [32] Regione Lombardia (2002). Deliberazione n.VII/8504 del 22 marzo 2002. Qualità percepita dei servizi sanitari: sviluppo del sistema di rilevazione. Approvazione delle linee guida per la customer satisfaction - metodi e strumenti per la rilevazione del grado di soddisfazione nelle strutture sanitarie. Regione Lombardia Direzione Generale Sanità.
- [33] Picker Institute Europe (2011). Patient reviews. Disponibile online: <http://www.pickereurope.org/sitemap.html>.
- [34] 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.
- [35] Coulter A (2007). Finding out what patients want. *ENT News*; 16, 65-7.
- [36] Damiani G, Ricciardi W (2011). Manuale di programmazione e organizzazione sanitaria. II edizione. Idelson-Gnocchi.
- [37] Serpelloni G, Simeoni E (2002). I Sistemi di Reporting: Principi e Criteri di Funzionamento. Quality Management. Verona.

