

Trip Advisor in sanità. Sarà vera gloria?

2013-11-13 09:11:19 Redazione SI



Giovanni Baglio e Enrico Materia

I siti internet che indicano al pubblico quali sono i migliori ospedali in Italia si basano su ricerche che valutano gli esiti dell'assistenza in modo unidimensionale ed esprimono una visione desueta della sanità basata sulla competizione tra erogatori.

Qualche giorno fa, in occasione di un'intervista rilasciata a un importante quotidiano nazionale[1], il noto sociologo francese Alain Touraine ha lanciato il suo grido di allarme: sotto la spinta del capitalismo finanziario e speculativo, che sottrae sistematicamente risorse agli investimenti produttivi, entrano in crisi e muoiono le categorie politico-sociali e le istituzioni che finora hanno contribuito a "pensare e costruire la società". Rispetto a tale crisi, le parole di Touraine suonano come un appello strenuo alla "resistenza etica", nell'era post-sociale in cui la politica, divenuta afasica, si mostra incapace di opporsi alla decomposizione in atto.

Solo poche ore prima, le agenzie giornalistiche avevano battuto un'altra notizia, in cui si annunciava con enfasi la nascita del **portale "Doveecomemicuro.it"**[2], realizzato da un network privato con la consulenza di numerosi esperti nazionali e internazionali. **Il portale presenta alcuni indicatori sanitari relativi a un migliaio di ospedali italiani, in gran parte elaborati nell'ambito del Programma nazionale esiti dell'Agenas, offrendo di fatto una sorta di guida rapida alla scelta dei migliori luoghi di cura per singole patologie** (ricordate la battuta del Ministro Lorenzin sul *Trip Advisor* in sanità?).

Si tratta di fatti apparentemente slegati e lontanissimi, tenuti però insieme dal debole intreccio di una favola: mentre il dito del filosofo si alza a scuotere le coscienze, ecco la luna fare capolino dietro al monte.

L'idea che i cittadini possano decidere, semplicemente cliccando su un sito internet, dove e come curarsi equivale al rifiuto di qualsiasi forma di mediazione di sistema

ed evoca proprio quel declino delle istituzioni cui il sociologo francese tristemente alludeva. Il Servizio sanitario nazionale abdica così al suo ruolo di garante della qualità delle cure offerte dagli istituti pubblici e accreditati, demandando al cittadino-consumatore la responsabilità del suo destino.

Dietro l'apparente *appeal* dell'iniziativa – in linea con le oramai consuete classifiche di alberghi, ristoranti, vini, film ecc. – si nascondono debolezze e soprattutto timori in ordine all'opportunità di effettuare valutazioni comparative delle strutture sanitarie secondo la logica del *naming & blaming* ("chiama per nome il colpevole"), finalizzate essenzialmente alla produzione di graduatorie pubbliche (*league tables*). Tutto questo proprio mentre la revisione critica dell'*outcome research*, in corso da diversi anni a livello internazionale[3-8] e nazionale[9-10], sta portando a ridefinire le basi metodologiche e gli ambiti stessi di applicabilità delle valutazioni di esito in sanità.

Un primo elemento di dubbio riguarda l'approccio essenzialmente unidimensionale alla valutazione della qualità assistenziale – che in tale contesto finisce quasi sempre per coincidere con la misurazione della mortalità – a fronte di un'esigenza diffusa di sviluppare strategie multidimensionali e integrate in grado di restituire un quadro meno frammentario e settoriale della realtà dei servizi. Non a caso, oggi è divenuto sempre più frequente il riferimento alla *performance*, concetto polivalente che coniuga le dimensioni dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza e della qualità con l'abilità di rispondere alle aspettative della popolazione e di orientarsi verso i bisogni e le preferenze dei pazienti. Si afferma la tendenza a definire set di indicatori capaci di esplorare ambiti assistenziali e punti di vista differenti, e fornire un quadro sinottico della complessità assistenziale; si ricorre per esempio alle *balance scorecards* che, partendo da una "mappa strategica" della struttura o del sistema in esame, utilizzano un insieme bilanciato di misure per ciascuna delle dimensioni di interesse[11].

Un secondo punto assai controverso è quello relativo alla qualità dei dati amministrativi su cui si basano le procedure statistiche di *risk-adjustment*, propedeutiche alla produzione delle *league tables*. È ben noto e documentato il problema della sottonotifica delle comorbidità nei dati del Sistema informativo ospedaliero, che impedisce un pieno controllo del confondimento esercitato dalla gravità clinica iniziale dei pazienti sull'associazione tra qualità assistenziale ed esiti di salute[4,10]. Può accadere, dunque, che una struttura appaia più performante di altre, per la sola ragione di trattare una casistica più "leggera".

Per di più resta insoluta la difficoltà di distinguere, sulla base dei dati amministrativi di routine, le patologie già presenti all'ammissione dalle complicanze che invece insorgono durante il ricovero, magari proprio a causa di una scarsa qualità assistenziale o di errori medici: le une e le altre sono spesso trattate in modo indistinto dalle tecniche di aggiustamento, e questo può inficiare la bontà della valutazione[12,13]. La soluzione offerta dall'introduzione del flusso RAD-Esito nella regione Lazio, con la raccolta di informazioni supplementari sui ricoveri ospedalieri, appare di portata assai limitata, in quanto riguarda solo tre condizioni patologiche: infarto del miocardio, bypass aorto-

coronarico e frattura del femore[14].

E ancora, metodi differenti di *risk-adjustment* possono produrre risultati differenti, in termini di attribuzione dei ranghi alle strutture ospedaliere. Un recente studio condotto negli USA su 2,5 milioni di ricoveri avvenuti in 83 ospedali per acuti ha confrontato quattro metodi di *risk-adjustment* (tra cui uno sviluppato dai ricercatori della *Flinders University*), dimostrando una grande variabilità nei tassi di mortalità: **12 dei 28 centri classificati oltre il valore atteso con un metodo, si posizionavano invece al di sotto di tale valore se valutati con altri metodi**[15]. Questo non fa che alimentare dubbi sull'affidabilità delle graduatorie, così pericolosamente suscettibili alle manipolazioni di chi li predispone (effetto *gaming*), in termini di tecniche statistiche adottate, criteri di inclusione ed esclusione, e valori di riferimento[6].

Sulla base delle considerazioni sopra riportate, si comprende bene come le attività di valutazione non possono che assumere valenza orientativa: utili sì, in un'ottica di "depistage" e identificazione di aree critiche su cui avviare approfondimenti e interventi *ad hoc*; ma fuorvianti se utilizzati per attribuire maglie rosa, gialle o nere.

Su questo punto si era già espresso l'allora Ministro della Sanità Renato Balduzzi, in una lettera allegata alla presentazione del Piano Nazionale Esiti (PNE) sul sito dell'Agenas: "*Tutte le iniziative di comunicazione e discussione hanno sottolineato che i risultati di PNE, nella loro attuale forma e modalità di pubblicazione, hanno l'obiettivo di supportare programmi di auditing clinico ed organizzativo e non costituiscono in alcun modo giudizi, tabelle, graduatorie. È stato in particolare ribadito più volte che i risultati di PNE sono fortemente dipendenti dalla qualità dei dati SDO (...) e vanno letti ed interpretati alla luce dei metodi di disegno di studio e di analisi statistica adottati*"[16]. Si tratta di una dichiarazione molto importante, che dovrebbe indurre a un profondo ripensamento della filosofia e dell'applicabilità dei dati di esito, il cui utilizzo appare ancora troppo legato a schemi valutativi vetusti e caduti in disuso negli stessi Paesi anglosassoni che inizialmente li avevano elaborati e proposti.

Un ulteriore elemento di riflessione riguarda gli effetti controproducenti che le *league tables* (e i "semafori") esercitano sugli operatori sanitari. La pubblicazione delle graduatorie, soprattutto quando tale diffusione avviene in modo del tutto decontestualizzato, ossia al di fuori di programmi volti a migliorare le buone pratiche e a sostenere strategie condivise di cambiamento, induce nei professionisti sanitari una profonda demotivazione, e molto spesso innesca azioni legali che finiscono per distogliere l'attenzione dai reali problemi evidenziati.

A riguardo delle strategie comunicative e, segnatamente, dell'opportunità di divulgare i risultati delle valutazioni di esito, vale quanto sottolineato dal Ministro Balduzzi nella succitata lettera di presentazione del PNE: i risultati che siano "*analizzati e presentati ad un notevole livello di complessità scientifica, che richiede competenze professionali di interpretazione e di valutazione*", non sono in alcun modo adatti per una pubblicazione a livello di popolazione[16]. In altri termini, le forme della comunicazione dovrebbero tenere conto della complessità delle

situazioni, evitando i rischi di banalizzazione dei messaggi e aprendo a considerazioni di opportunità, da ponderare caso per caso.

Lungi dall'essere al servizio di scelte consapevoli, questi strumenti rischiano di alimentare il disorientamento e la sfiducia dei cittadini nei confronti del sistema.

Approcci di questo tipo sono in realtà funzionali alla concezione della sanità come mercato, con gli erogatori in libera competizione e il livello centrale nella funzione di arbitro neutrale; in questa visione i cittadini vengono trattati alla stregua di “consumatori”, che possono scegliere liberamente dove comprare. Viceversa, la valutazione dell'assistenza dovrebbe fare riferimento a una visione di sistema in co-evoluzione collaborativa, con il livello centrale chiamato a svolgere un ruolo di *stewardship* e di valorizzazione delle migliori esperienze presenti sul territorio: un sistema in grado di contrapporre alle ragioni della competizione quelle della cooperazione, delle reti e della responsabilità sociale^[11].

La scelta sembra essere, ancora una volta, tra il dito e la luna. Sta a noi decidere in quale direzione volgere lo sguardo.

Giovanni Baglio, Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio; Enrico Materia, medico di sanità pubblica.

Bibliografia

1. Intervista di Fabio Gambaro ad Alain Touraine: “La fine della Società” – La Repubblica, giovedì 31 ottobre 2013, p.39.
2. [“Dove mi curo? Sul web i migliori ospedali italiani. Il privato fa prima di Agenas e lancia il suo portale”](#), Il Quotidiano della Sanità, 30.10.2013
3. Scott IA, Ward M. Public reporting of hospital outcomes based on administrative data: risks and opportunities. *Med J Aust* 2006; 184 (11): 571-5.
4. lezzoni LI. The risks of risk adjustment. *JAMA* 1997; 278: 1600-1607.
5. Thomas JW, Hofer TP. Accuracy of risk-adjusted mortality rates as a measure of hospital quality of care. *Med Care* 1999; 37: 83-92.
6. Scott I, Youlden D, Coory M. Are diagnosis specific outcome indicators based on administrative data useful in assessing quality of hospital care? *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 32-39.
7. Park RE, Brook RH, Kosecoff J, et al. Explaining variations in hospital death rates. Randomness, severity of illness, quality of care. *JAMA* 1990; 264: 484-90.
8. Mannion R, Davies HTO. Report cards in health care: learning from the past; prospects for the future. *J Eval Clin Pract* 2002; 8: 215-28.
9. Di Tanna GL, Cisbani L, Grilli R. Segnalare ai cittadini la qualità degli ospedali: il rischio della cattiva informazione. *Epidemiologia e Prevenzione* 2006; 30(3): 199-204.
10. Baglio G, Sera F, Cardo S, et al. The validity of hospital administrative data for outcome measurement after hip replacement. *Italian Journal of Public Health*

2009; 6(2): 114-27.

11. Materia E, Baglio G. Complessità aziendale e postmodernità. In: Vanara F. Il Governo dell'azienda sanitaria. Bologna: Società Editrice Il Mulino 2008: 169-92.
12. Stukenborg GJ, Wagner DP, Frank E, et al. Which hospitals have significantly better or worse than expected mortality rates for acute myocardial infarction patients? Improved risk adjustment with present-at-admission diagnoses. *Circulation* 2007; 116: 2960-8.
13. McCarthy EP, Iezzoni LI, Davis RB et al. Does clinical evidence support ICD-9-CM diagnosis coding of complications? *Medical Care* 2000; 38(8): 868-76.
14. Progetto RAD-Esito. Determinazione Regione Lazio n.D4118 del 9/11/2007: [“Modifica del contenuto informativo della rilevazione dei dati sulle dimissioni ospedaliere per pazienti acuti”](#).
15. Shahian DM, Wolf RE, Iezzoni LI, et al. Variability in the measurement of hospital-wide mortality rates. *N Engl J Med* 2010; 363: 2530-9.
16. Ministro della Salute. [Nota Prot.728/RB/12 del 13 febbraio 2012 agli Assessori alla Salute delle Regioni e delle Province Autonome](#) [PDF: 348 Kb]