

Open data per tutti: le cose da fare

Mckiernan EC, Bourne PE, Brown CT et al
How open science helps researchers succeed
eLife 2016; 5

Greenberg CJ, Narang S.
World Health Organization Member States and open health data: an observational study
Epidemiol Biostat Public Health 2016; 13 (3). <http://ebph.it/article/view/11950/11067>

Open access, open data, open source rappresentano tutte (buone) pratiche in aumento sia per popolarità che per la loro effettiva necessità. Le politiche che le sostengono sono spesso motivate da argomentazioni etiche e morali nonché di tipo utilitaristico. I due articoli presi in considerazione analizzano il fenomeno degli open data sia dal punto di vista dei ricercatori (Mckiernan et al) che degli stakeholder (Greenberg et al), intesi come Paesi che mettono a disposizione di tutti informazioni e dati, rendendoli in questo modo accessibili a chiunque.

Secondo Mckiernan e colleghi, i ricercatori possono usufruire degli accessi open per ottenere maggiori citazioni nei loro articoli, maggiore visibilità, potenziali collaboratori, opportunità di carriera e possibilità di reperire fondi per le ricerche stesse.

C'è evidenza, infatti, che la pubblicazione in riviste open access sia associata ad un più alto tasso di citazione e ciò avviene per la grande maggioranza dei campi di applicazione, dalla salute, all'agricoltura alla matematica e alle scienze sociali. Non solo, alcuni studi suggeriscono che le riviste scientifiche che effettuano revisioni fra pari aperte (open peer review) garantiscono lavori di qualità più alta e con metodologie più trasparenti.

Anche i finanziatori delle ricerche preferiscono (e in tanti casi rendono obbligatorio) l'utilizzo di queste pratiche: il National Institute of Health (NIH) è stato il capofila in questo senso e già dal 2008 ha cominciato ad implementare una politica di open access, imponendo la pubblicazione e la conservazione di tutti gli articoli nell'archivio della National Library of Medicine. In egual modo, il National Science Foundation americano ha incoraggiato, dal 2011, la condivisione dei dati, dei software e di tutti i risultati delle ricerche condotte.

Inoltre, anche in termini di gestione delle risorse messe a disposizione, la condivisione implica una maggiore trasparenza su come vengono impiegati i fondi. I ricercatori non possono quindi che incoraggiare una pratica di questo tipo, ma sono tuttavia ben consapevoli del fatto che vi siano delle 'resistenze'.

Greenberg e colleghi mettono in luce proprio questo aspetto, conducendo uno studio osservazionale sul fenomeno open data dei 194 Stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Già a partire dal 2007, l'OMS aveva definito otto principi guida perché un sistema di open access potesse essere realizzato e implementato.

- Completezza: tutti i dati sono totalmente pubblici e messi a disposizione per tutti.
- Analiticità: il dato è quello originario senza che abbia subito alcuna forma di aggregazione.
- Tempestività: il dato è fornito nel minor tempo possibile.
- Accessibilità: il dato è utilizzabile da tutti e per qualsiasi scopo.



STATI MEMBRI DELL'OMS CHE HANNO ADOTTATO GLI OTTO PRINCIPI GUIDA DELLE POLITICHE IN FAVORE DEGLI OPEN DATA

Principi guida	Numero e percentuale degli Stati con evidenza di adozione dei principi guida sul totale degli Stati membri dell'OMS
1. Completezza	13 (7%)
2. Analiticità	16 (8%)
3. Tempestività	14 (7%)
4. Accessibilità	64 (33%)
5. Utilizzo	47 (24%)
6. No discriminazione	66 (34%)
7. No proprietà	68 (35%)
8. No brevetti	65 (34%)

- Utilizzo: il dato è utilizzabile e processabile in maniera automatica.
- No discriminazione: non è richiesta una registrazione per l'uso dei dati.
- No proprietà: non esiste alcuna entità che ha un controllo formale sul dato.
- No brevetti: i dati non sono sottoposti ad autorizzazioni, permessi, copyright o brevetti.

Dal 2007 ad oggi i governi si sono adoperati per la creazione di piattaforme web in grado di ospitare una mole così enorme di dati, anche se allo stato attuale la situazione presenta ancora numerose lacune (vedi tabella).

Come prevedibile, i primi tre principi guida sono quelli con le percentuali più basse di adesione a causa del problema della privacy legato all'utilizzo dei dati sensibili (come quelli sanitari), delle criticità nel mettere a disposizione una quantità enorme di dati analitici e, infine, della difficoltà nel garantire la tempestività, un problema comune a tutti i flussi informativi.

I restanti cinque punti, invece, mostrano un incremento consistente nell'aderenza degli Stati membri a quanto stabilito nel 2007 anche se, purtroppo, i numeri rimangono sempre molto esigui.

Forse è davvero arrivato il momento di compiere qualche sforzo ulteriore perché l'open access sia visto esclusivamente come un'opportunità per il miglioramento.

Letizia Orzella

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Agenas

Efficienza in ospedale: spendere meno garantendo la qualità

Campanella P, Azzolini E, Izzi A et al

Hospital efficiency: how to spend less maintaining quality?

Ann Ist Super Sanita 2017; 53: 46-53

INTRODUZIONE

La recente crisi economica globale ha definito in maniera ancora più marcata i budget assegnati ai sistemi sanitari. Complice l'invecchiamento della popolazione e la crescita dei prezzi delle tecnologie, i governi sono sempre più impegnati a razionalizzare le risorse in maniera esplicita, oltre che urgente. L'efficienza gioca pertanto un ruolo cruciale sia per i manager ospedalieri che per i decisori politici: un intervento viene considerato tecnicamente efficiente se non è possibile ottenere lo stesso livello di output (o un livello superiore) riducendo gli input utilizzati nel processo produttivo. In letteratura si trovano numerose tecniche per valutare l'efficienza di un ospedale e la "Data Envelopment Analysis – DEA" è una di queste metodologie. L'obiettivo del presente lavoro è quello di definire e validare un modello di DEA volto a valutare l'efficienza tecnica di una struttura ospedaliera, basandosi su caratteristiche fisiche e di esito di cura.

METODI

Dal database del Ministero della Salute, per l'anno 2010, sono stati estratti dati di 50 aziende ospedaliere italiane. Dal Piano Nazionale Esiti vengono invece estratti gli indicatori, per singola struttura, inclusi nel modello di regressione. La figura riporta schematicamente gli input (i dati di attività) e gli output (QALY guadagnati a seguito di un intervento) inclusi nel modello per valutare l'efficienza tecnica delle strutture in esame. Il modello si articola in due fasi: la prima, in cui gli input e gli output vengono considerati con il modello DEA e la seconda (modello Tobit), nella quale vengono aggiunte anche variabili esogene, cioè dei fattori contestuali (numero di ricoveri, indice di complessità, livello di specializzazione, area geografica, au-