

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

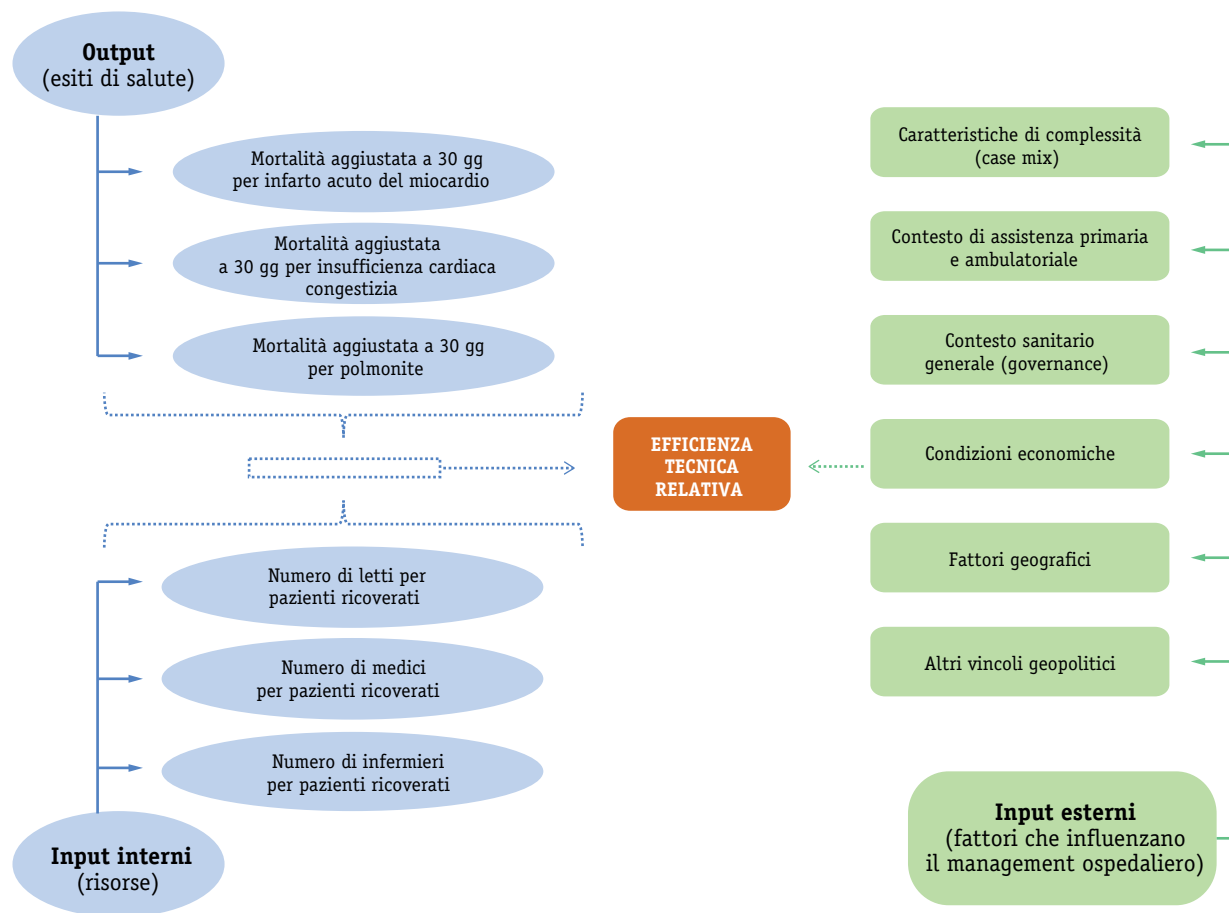
INTRODUZIONE

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-

Quadro concettuale utilizzato per modellare la fornitura di cure ospedaliere in Italia.



tonomia fiscale, spesa pubblica e privata come percentuale del PIL, presenza di un piano di rientro aziendale, dimissioni non appropriate per patologie specifiche) che possono comunque influenzare il management aziendale.

RISULTATI

Le strutture oggetto di studio sono state classificate in base al punteggio di efficienza raggiunto che considera i valori correnti di input e output delle aziende e il target a cui dovrebbero tendere (benchmark) per ottenere un risultato migliore. Dai risultati del modello è possibile, per ogni struttura, capire su quali fattori agire per allinearsi al benchmark (organizzando in maniera differente le risorse, valutando criticamente gli esiti di cura o modificando entrambi). Introducendo nel modello anche i fattori esogeni, la regressione lineare mostra che l'autonomia fiscale e l'incremento della spesa pubblica come

percentuale del PIL sono fattori positivamente correlati all'efficienza tecnica mentre, di contro, un'associazione negativa si verifica nel caso di alti valori di indice di case mix (complessità della casistica), di appartenenza alla zona geografica del sud Italia e di importi elevati di spesa sanitaria privata.

CONCLUSIONI

Tramite la tecnica DEA si ha la possibilità di indagare quali sono i fattori da modificare – o verso cui tendere – per il raggiungimento di una maggiore efficienza. Non solo, i confronti fra strutture potrebbero essere condotti anche su base europea e non solo all'interno di uno stesso Paese.

Letizia Orzella

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Agenas