

Le schede sintetizzano le evidenze disponibili su alcuni dei miti più ricorrenti nell'organizzazione e nel finanziamento dei servizi sanitari.
Buona lettura!

Mito n. 4: Si consultano le pagelle dei sistemi sanitari per scegliere dove farsi curare?

■ Quando vuole scegliere per il meglio, la gente prima si guarda intorno. Se vuole comprare una macchina, può consultare una rivista di macchine usate per distinguere tra un'auto affidabile e una fregatura. Per quale film spendere 12 dollari? Si leggono le recensioni. Dove investire i soldi? Si guarda un prospetto.

■ Sembra logico che la gente voglia comportarsi allo stesso modo quando deve prendere decisioni sulla propria assistenza sanitaria. Dare informazioni su questi aspetti sta effettivamente diventando una prassi comune. Nell'accordo sulla salute del 2003, i presidenti delle province canadesi si sono impegnati a rendere pubblici i risultati dell'attività dei loro sistemi sanitari.

■ Apparentemente, la gente sembra condividere questo principio: le indagini di opinione mostrano che la maggior parte dei Canadesi desidera avere informazioni che confrontino i sistemi sanitari delle diverse province.ⁱ Tuttavia, le evidenze disponibili dimostrano che essi poi non utilizzano questa informazione per assumere decisioni sull'assistenza sanitaria.

L'ospedale migliore per la cardiocirurgia?

■ In Ontario fin dai primi anni '90 vi sono pagelle specifiche per ciascun ospedale - sia su base annuale che periodica - che valutano non solo lo stato di salute dei cittadini, ma anche i servizi che sono loro forniti.ⁱⁱ Sembra un'idea geniale, qualcosa di utile, soprattutto per una cosa importante come un difficile intervento chirurgico. I pazienti devono essere informati su quali ospedali hanno la sopravvivenza più alta e la minore frequenza di ricoveri ripetuti.

■ Ma a quanto risulta finora, sembra che i pazienti non usino affatto queste pagelle prima del ricovero. In Ontario, l'81% degli ospedali ha riportato che nell'anno successivo alla sua uscita nessun paziente ha fatto riferimento ai risultati pubblicati sull'Atlante del cuore prodotto dall'Istituto per le scienze valutative (Institute for Clinical Evaluative Sciences' - ICES).ⁱⁱⁱ Il resto degli ospedali ha trovato che meno del 10% dei pazienti ne sapeva qualcosa. Anche se l'Atlante è stato pubblicato una volta sola, per cui molti pazienti non ne sono venuti a conoscenza, questi rilievi sono importanti.

Se lo costruisci, lo useranno?

■ Anche se il sistema sanitario rilascia pagelle, non è detto che i pazienti le usino. Spesso la gente non sa che esistono: in Pennsylvania, un'indagine ha dimostrato che al quarto anno in cui veniva pubblicata la Guida per i consumatori degli interventi di bypass coronarico, solo il 12% dei pazienti ne aveva sentito parlare prima dell'intervento.^{iv} E meno dell'1% di quelli che dovevano essere operati erano a conoscenza della valutazione del loro chirurgo o dell'ospedale e dichiaravano che la pagella aveva avuto un effetto significativo o almeno moderato sulle loro decisioni.^{iv} Anche i medici non sembrano ritenere che valga la pena tenerne conto al momento di scegliere un professionista o un ospedale - il 78% dei cardiologi di New York ha dichiarato che di norma non discute le pagelle con i propri pazienti prima di assumere la decisione su dove mandarli.^v Alcuni, naturalmente, sostengono che questo tipo di studi non sono una fonte affidabile di informazione, ma per avere un'idea sui pareri della gente, le indagini di opinione sono l'unico strumento.

* A CACCIA DI MITI. Serie a cura della Fondazione canadese per la ricerca sui servizi sanitari (CHSRF - www.chsrf.ca)

■ Ma allora, a che cosa si affidano i pazienti quando prendono le loro decisioni? Le indagini rivelano che le persone guardano praticamente a tutto, tranne che alle pagelle. Preferiscono qualcosa di più familiare.^{iv} Tengono conto di cosa dicono la famiglia e gli amici, e si trovano a proprio agio se il loro medico li manda in un posto che già conoscono.^{vi}

Ma possono essere comunque utili?

■ Le pagelle sembrano poter essere utili in altri modi. Negli Stati Uniti, dove le persone sono spesso costrette a scegliere - e a pagare di tasca propria - la loro assicurazione, le pagelle sembrano avere un qualche effetto sulla scelta del programma assicurativo.^{vii, viii}

■ Mentre i medici non usano questi dati quando devono scegliere a chi mandare i loro pazienti, le pagelle hanno indotto alcuni chirurghi a riesaminare l'assistenza che danno a determinati gruppi di pazienti.^{ix} E lo stesso succede per gli ospedali: anche se alcuni sottolineano che gli ospedali fanno qualcosa soltanto se la loro valutazione è inferiore alla media,^x in Ontario il 54% degli intervistati ha dichiarato che il loro ospedale ha introdotto qualche cambiamento in risposta all'Atlante ICES.ⁱⁱⁱ Uno studio ha mostrato che il 77% degli ospedali in Pennsylvania e l'88% degli ospedali del New Jersey hanno attivato sistemi di monitoraggio della qualità e il 56% degli ospedali di New York ha promosso investimenti per migliorare la qualità dell'assistenza che i loro pazienti operati al cuore ricevevano.^{xi}

È bene andarci piano

■ Molti hanno serie preoccupazioni sulla completezza dei dati. In Ontario, gli ospedali sono preoccupati dell'adeguatezza dei sistemi nel tenere conto delle diverse caratteristiche dei pazienti operati.ⁱⁱⁱ In altre parole, temono che essi non siano in grado di eliminare l'effetto di altri fattori che peggiorano la prognosi del paziente, come l'età avanzata o altri problemi. Inoltre, dal momento che possono passare anni fra la raccolta dei dati e la loro

pubblicazione,^x fattori che hanno portato giù nella classifica possono essere stati eliminati da mesi o addirittura da anni.

■ Soprattutto, vi è una discussione molto serrata sui possibili effetti negativi delle pagelle. Alcune indagini mostrano che esse possono indurre i medici a non accettare pazienti ad alto rischio. In un anno, quasi i due terzi dei cardiocirurghi di New York hanno dichiarato di avere rifiutato almeno un paziente ad alto rischio candidato a un bypass coronarico, principalmente a causa della pubblicazione delle pagelle.^{xii} Tuttavia, almeno per i pazienti anziani non c'è stata una riduzione nel numero di interventi eseguiti o un aumento del numero di pazienti operati in un altro Stato.^{xiii}

■ Per quanto riguarda la gente comune, le pagelle hanno una maggiore probabilità di servire a qualcosa se l'informazione è presentata in modo utile, accessibile e facile da capire.^{xiv} Ma il punto centrale è che in Canada l'assistenza per le condizioni più gravi e complesse - come i problemi cardiaci - è concentrata in pochi grandi centri, per cui i pazienti non hanno in ogni caso molte opzioni.

■ La soluzione migliore può essere continuare a lavorare in quelle aree in cui la ricerca indica prospettive più promettenti - costruire pagelle multidimensionali, che siano utili per gli operatori sanitari, per le istituzioni e per i decisori politici.



- i. Ipsos-Reid. 2002. Second Annual Report Card on Health Care in Canada.
- ii. Naylor D and Slaughter P. 1999. Cardiovascular Health and Services in Ontario: An ICES Atlas. Institute for Clinical Evaluative Sciences.

- iii. Tu JV and Cameron C. 2003. "Impact of an acute myocardial infarction report card in Ontario, Canada." *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (2): 131-137.
- iv. Schneider EC and Epstein AM. 1998. "Use of public performance reports: a survey of patients undergoing cardiac surgery." *Journal of the American Medical Association*, 279 (20): 1638-1642.
- v. Hannan E. 1997. "Public release of cardiac surgery outcomes data in New York: What do New York state cardiologists think of it?" *American Heart Journal*, 134 (1): 55-61.
- vi. Shahian DM. 2000. "Selection of a cardiac surgery provider in the managed care era." *Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery*, 120 (5): 978-987.
- vii. Beaulieu ND. 2002. "Quality information and consumer health plan choices." *Journal of Health Economics*, 21 (1): 43-63.
- viii. Scanlon DP et al. 2002. "The impact of health plan report cards on managed care enrollment." *Journal of Health Economics*, 21 (1): 19-41.
- ix. Harlan BJ. 2001. "Statewide reporting of coronary artery surgery results: a view from California." *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 121 (3): 409-417.
- x. Davies HTO. 2001. "Public release of performance data and quality improvement: internal responses to external data by US health care providers." *Quality in Health Care*, 10: 104-110.
- xi. Bentley JM and Nash DB. 1998. "How Pennsylvania hospitals have responded to publicly released reports on coronary artery bypass graft surgery." *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 24: 40-49.
- xii. Burack JH et al. 1999. "Public reporting of surgical mortality: a survey of New York State cardiothoracic surgeons." *The Annals of Thoracic Surgery*, 68 (4): 1195-2000.
- xiii. Peterson ED et al. 1998. "The effects of New York's bypass surgery provider profiling on access to care and patient outcomes in the elderly." *Journal of the American College of Cardiology*, 32 (4): 993-999.
- xiv. Hibbard JH et al. 2002. "Strategies for reporting health plan performance information to consumers: evidence from controlled studies." *Health Services Research*, 37 (2): 291-313.