

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2010**L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo l'approccio economico-aziendale. Ha, inoltre, creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2010:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano (dati di struttura, di attività, di spesa e disavanzo).
- a livello regionale, indaga le determinanti dei risultati economico-finanziari; analizza i documenti di programmazione (Piani Sanitari Regionali e Piani di Rientro) e le caratteristiche dei sistemi di governo degli erogatori privati accreditati; presenta lo stato dell'arte sulle reti cliniche oncologiche; propone alcune considerazioni sull'equità interregionale.
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sugli assetti istituzionali, attraverso l'analisi dei possibili sistemi di *governance* delle aziende ospedaliero-universitarie e del ruolo attribuibile al Direttore Sociosanitario nelle ASL; dedica ampio spazio al tema delle relazioni con gli utenti, in termini di utilizzo delle risorse web istituzionali per lo sviluppo del *patient empowerment*, di gestione delle relazioni con la stampa, di ruolo e utilizzo della Carta dei Servizi; riapre il fronte degli strumenti per la valutazione dei medici del SSN; presenta un'indagine sulle modalità con cui le aziende ricercano l'integrazione ospedale-territorio; offre nuovi approfondimenti sui sistemi di contabilità analitica e sulle esperienze di *project finance*.

Elena Cantù si è laureata in *Economia Aziendale* presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in *Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche* presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è *lecturer* presso l'Università Bocconi. È coordinatrice di OASI.

Publicato con il contributo di

 **Boehringer
Ingelheim**

ISBN 978-88-238-5106-1



9 788823 851061

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2010

a cura di
Elena Cantù

Rapporto OASI 2010

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Prefazione di Elio Borgonovi e Francesco Longo

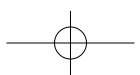
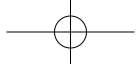
Elena Cantù

SDA Bocconi



CERGAS
CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

 **Egea**



12 Patient Web Empowerment Index 2010: il ranking annuale della web strategy delle aziende del SSN

di Elena Bellio, Luca Buccoliero e Anna Prenestini¹

12.1 Introduzione e riferimenti bibliografici

Milioni di cittadini utilizzano il *web* per gestire problematiche relative alla propria salute o a quella dei propri familiari e milioni di pagine *web* attinenti alla sfera della salute e del benessere sono consultate quotidianamente: circa il 20% delle ricerche complessivamente effettuate sul *web* negli ultimi anni nel nostro Paese riguardano tali tematiche². Al di là delle variazioni «stagionali» di questo dato (epidemie influenzali, allarmi specifici, ecc.), l'analisi storica dei dati disponibili conferma la crescente rilevanza della categoria «salute» nelle motivazioni che inducono un individuo ad effettuare una ricerca sul *web* (Bundorf, Wagner, Singer et al., 2006; Lemire, Sicotte e Parè, 2008).

Sebbene il comportamento che guida il cittadino in queste ricerche non sia ancora stato compiutamente analizzato in tutte le sue determinanti (Eysenbach e Köhler, 2002), si può ritenere che alcune caratteristiche intrinseche dello strumento *web* ne facciano un *touch point* ideale per le relazioni tra sistema sanitario e cittadino-paziente. Infatti, il *web* garantisce – almeno in apparenza – anonimato e virtualità della relazione (entrambe caratteristiche apprezzate soprattutto per problematiche particolarmente sensibili), immediatezza dell'accesso all'informazione (nel momento e nella circostanza in cui lo stesso è necessario), carattere «ufficiale» dell'informazione recuperata (in forma «scritta» e quindi permanente nel tempo), costi ridottissimi o inesistenti per l'utilizzo del servizio. Ma, soprattutto, il *web*, nelle sue più recenti declinazioni di tipo «2.0», offre un ineguagliabile potenziale di *empowerment* al «navigatore» che sempre più spesso diviene parte attiva nella generazione di contenuti e nello scambio di esperienze (ad esempio attraverso forum e social *network*). Tale attitudine, fisiologi-

¹ Sebbene il testo sia frutto di un lavoro comune degli autori, i §§ 12.1 e 12.5 sono da attribuirsi a Luca Buccoliero, i §§ 12.3 e 12.4.1 ad Anna Prenestini e i §§ 12.4.2, 12.4.3, 12.4.4 e 12.4.5 a Elena Bellio. Il § 12.2 è l'esito di riflessioni congiunte degli autori.

² Fonte: nostra elaborazione su statistiche di ricerca Google.

ca a naturale nella generazione dei cosiddetti «nativi digitali», inizia ormai ad essere ben presente anche nelle generazioni più adulte e, nel caso dei cittadini senior, può essere sviluppata senza troppi ostacoli di tipo culturale anche grazie alla mediazione di familiari e parenti più giovani (figli e nipoti).

I cittadini esprimono dunque una domanda nuova nei confronti dei servizi sanitari, domanda che include:

- ▶ nuove opzioni di accesso diretto ad informazioni sanitarie autorevoli, personalizzate ed immediatamente utilizzabili (Hesse, Nelson, Kreps et al., 2005);
- ▶ maggior capacità di controllo sulle proprie condizioni di salute anche attraverso una diretta gestione dei propri dati e delle varie opzioni diagnostiche e terapeutiche disponibili (Cox e Thornewill, 2008; Kevin Leonard e David, 2008; Buccoliero e Prenestini, 2009; Buccoliero, 2010);
- ▶ migliori opportunità di relazioni dirette ed informali con le strutture sanitarie e con i professionisti (Leong, Gingrich, Lewis et al., 2005; Giustini, 2006);
- ▶ un ruolo più attivo nei network di assistenza anche attraverso il confronto delle proprie esperienze con quelle altrui (Barak, Boniel-Nissim e Suler 2008; Frost e Massagli, 2008; Van Uden-Kraan, Drossaert e Taal et al., 2009) in una logica di «web 2.0» (O'Reilly, 2007; Eysenbach, 2008).

Recenti studi (Kreps e Neuhauser, 2010; Starman, Gettys, Capo et al., 2010) hanno però evidenziato alcune minacce legate a queste dinamiche e riconducibili soprattutto all'assenza di certificazione delle informazioni disponibili. Ad esempio, il 20% dei siti utilizzati per ricercare informazioni relative alla salute risultano sponsorizzati da aziende con potenziali conflitti di interesse e, spesso, sono privi di certificazioni di qualità rilasciate da soggetti indipendenti.

Si delinea pertanto un preoccupante *trade-off* tra i benefici legati ad un accresciuto *empowerment* del paziente e i rischi di una gestione del canale *web* senza un controllo e una strategia di sistema (Salmon e Hall, 2003; Salmon e Hall, 2004; Aujoulat, d'Hoore e Deccache, 2007). Proprio tale analisi ha ispirato, nel Regno Unito, le nuove strategie di riprogettazione del portale *web* del NHS (<http://www.nhsdirect.nhs.uk/>), attraverso il quale il servizio pubblico ha perseguito un obiettivo di *empowerment* del cittadino in un ambiente certificato, moderato e coerente con gli obiettivi del sistema.

Lo scorso anno, il Rapporto OASI ha pubblicato il primo studio (Bellio, Buccoliero e Prenestini, 2009) volto ad analizzare il posizionamento delle aziende sanitarie italiane rispetto a questo tema. L'analisi ha previsto la determinazione di un indicatore di misurazione sintetico (denominato PWEI: *Patient Web Empo-*

werment Index), applicato nella prospettiva del cittadino-cliente, e la sua valorizzazione per i siti e portali web di tutte le aziende italiane. Tale primo studio ha evidenziato la modesta consapevolezza delle aziende italiane rispetto alle potenzialità offerte dal web e la sostanziale immaturità delle strategie aziendali e regionali.

Si rammenta che, ai fini dello sviluppo della ricerca, si è adottata la seguente definizione generale di *patient empowerment*³: «un processo di sviluppo personale per cui il paziente/individuo viene dotato di conoscenza, capacità e consapevolezza che gli consentano (in tutto o in parte) di autodeterminarsi in relazione alla propria salute». In questo processo, il *professional* può divenire, a discrezione del paziente, un facilitatore che opera all'interno di una relazione di partnership, non più di autorità (Bellio, Buccoliero e Prenestini, 2009).

La rilevanza del tema ha indotto il team di ricerca ad effettuare una nuova misurazione, ad un anno di distanza da quella precedente, anche con l'obiettivo di apprezzare l'evoluzione dell'indicatore nel tempo. Il PWEI è quindi divenuto un indice calcolato su base annuale, con l'obiettivo di rendere misurabile il fenomeno e di accrescere la consapevolezza strategica su queste tematiche.

Il presente capitolo riepiloga l'analisi del PWEI 2010 e illustra i principali trend.

Il capitolo si struttura in tre parti fondamentali:

- ▶ la prima riporta la metodologia seguita dalla ricerca;
- ▶ la seconda presenta i principali risultati dell'analisi condotta sotto il profilo qualitativo;
- ▶ la terza illustra e analizza i valori quantitativi dell'indicatore PWEI e il loro andamento nel tempo.

12.2 Gli obiettivi e la metodologia della ricerca

L'ipotesi alla base della ricerca è che le informazioni e i servizi erogati dalle Aziende Sanitarie attraverso i propri siti web possano contribuire a migliorare l'*empowerment* del paziente.

Sulla base della metodologia definita lo scorso anno (Bellio, Buccoliero e Prenestini, 2009), il presente lavoro intende svolgere un'analisi di tipo longitudinale – ossia a distanza di tempo – sul medesimo campione. Nello specifico, la

³ Per un'analisi più completa del concetto di *patient empowerment* si rimanda al già citato Rapporto OASI 2009.

ricerca ha previsto nuovamente l'analisi dei siti *web* istituzionali dell'intero universo di strutture sanitarie pubbliche e delle più importanti strutture private accreditate del Servizio Sanitario Nazionale (ASL, AO, AOU, policlinici privati e IRCCS pubblici e privati) con l'obiettivo di fornirne una nuova valutazione attraverso il PWEI e di evidenziare le principali variazioni avvenute dal 2009 al 2010.

Nel periodo tra marzo e giugno 2010 sono stati nuovamente analizzati e valutati 157 siti *web* di ASL e 146 di AO, AOU, policlinici privati e IRCCS pubblici e privati.

Alcuni cambiamenti istituzionali hanno modificato il numero di siti *web* analizzati rispetto all'anno precedente.

Nel caso delle regioni Abruzzo, Basilicata e Campania, l'analisi ha preso in considerazione un numero di siti *web* superiore rispetto al numero di ASL attualmente presenti: nella quasi totalità dei casi, infatti, sono ancora accessibili i siti *web* delle ASL oggetto di fusione oppure il sito stesso della ASL accorpata riporta i *link* ai siti precedenti⁴. Si nota, quindi, come i cambiamenti istituzionali non comportino effetti immediati o, quantomeno, celeri sul rinnovamento delle modalità e degli strumenti *web* attraverso cui le aziende sanitarie si rapportano con i propri cittadini-pazienti.

I siti *web* di gruppi privati che hanno più di una struttura ospedaliera e che si localizzano in diverse regioni italiane sono stati, invece, valutati solo una volta.

La domanda fondamentale alla quale la ricerca intende dare un contributo è la seguente:

«In che misura le strategie di innovazione delle aziende sanitarie italiane nel 2010 includono esplicitamente una web strategy finalizzata all'incremento del patient empowerment e quali sono le variazioni intervenute rispetto all'anno precedente?».

I dettagli sul metodo e sulla costruzione dell'indicatore sono riportati nel riquadro 12.1.

⁴ Ad esempio, il sito *web* dell'ASL di Salerno (frutto del recente accorpamento delle ASL Salerno 1, Salerno 2 e Salerno 3) nella *home page* rimanda, attraverso *link*, ai siti *web* istituzionali delle 3 ex ASL (intese adesso come ambiti territoriali). Si è deciso di valutare ognuno dei 3 siti *web* per i seguenti motivi: i) si è ritenuto che il paziente possa trovare risposte al proprio fabbisogno informativo all'interno del sito del proprio ambito territoriale, in attesa che esso venga sostituito da un sito *web* nuovo e complessivo per l'ASL; ii) la scelta di privilegiare la valutazione di uno dei tre siti *web* sarebbe stata necessariamente arbitraria.

Riquadro 12.1 **Aspetti metodologici e descrizione del Patient Web Empowerment Index**

Le innovazioni basate sulle ICT e riscontrabili nei siti web istituzionali delle Aziende Sanitarie sono state valutate sulla base del loro impatto sulle due dimensioni fondamentali del *patient empowerment*:

- l'informazione clinica disponibile per il paziente;
- il controllo esercitato dal paziente sul proprio bisogno di salute.

L'analisi dei siti web è stata effettuata sulla base di due criteri fondamentali:

- l'immediatezza con cui le informazioni o i servizi sono rintracciabili nella navigazione del sito, senza particolari difficoltà o spreco di tempo dell'utente nel reperirli;
- la sistematicità (e non l'eccezionalità) della presenza di tali informazioni e servizi sul sito.

Nella fase di determinazione quantitativa si è attribuito valore 1 per la presenza sistematica e immediatamente fruibile del servizio o dell'informazione in esame, valore 0 nel momento in cui assente e valore 0,5 ad una presenza non completamente strutturata.

Si precisa che, nell'universo di siti presi in considerazione, possono esservi alcuni servizi che sono stati valutati con un punteggio di 0,5 o 0, in considerazione dell'assenza di almeno uno dei due requisiti.

L'analisi dei siti web ha previsto l'utilizzo del PWEI, un indicatore multidimensionale composto da 8 sotto-indicatori, ciascuno dei quali ha l'obiettivo di misurare un diverso aspetto del fenomeno di *empowerment* del paziente attraverso il web.

I sottoindicatori di cui si compone l'indice sono i seguenti:

- 1 *PWEI Site (P1)*: è relativo ad alcune caratteristiche strutturali del sito che favoriscono una navigazione scorrevole e, soprattutto, rispondono efficacemente alle prime esigenze informative del paziente. Questo elemento non è direttamente legato ad un incremento di informazione e controllo, ma rappresenta un pre-requisito per la migliore fruizione delle informazioni e dei servizi *on-line*. Sono state analizzate alcune caratteristiche legate all'accessibilità e alla fruibilità immediata dei contenuti e dei servizi erogati dall'ente. In particolare, si è esaminata la strutturazione del sito, assegnando un punto ai siti che consentono una navigazione secondo il modello *life event* oppure propongono una chiara segmentazione per *cluster* di pazienti. Il menu costruito secondo queste logiche può aiutare la consultazione da parte del paziente che ha problematiche specifiche e che riceve, così, una risposta mirata al proprio fabbisogno. Infine, è stata valutata anche la chiara rappresentazione della struttura organizzativa aziendale, indispensabile al paziente come mappa per orientarsi tra le diverse unità operative che compongono l'azienda.
- 2 *PWEI Clinic (P2)*: è rappresentato dalle informazioni cliniche ottenibili dal paziente sul sito. Per costruire il sotto-indicatore sono stati presi in considerazione diversi elementi relativi alle informazioni di carattere sanitario presenti sul sito: a partire da semplici schede divulgative o *newsletter* fino ad arrivare a test di valutazione del proprio rischio clinico o per l'autodiagnosi.
- 3 *PWEI Community (P3)*: valuta la presenza sul sito web di *community on-line* o di gruppi che garantiscono un supporto informativo clinico, psicologico o di accompagnamento ai pazienti che affrontano particolari problematiche di carattere sanitario, anche sotto forma di *bookmark* di risorse internet o elenchi e riferimenti a risorse non web (generalmente in modalità rubrica).
- 4 *PWEI Medical Doctor To Patient – MD2P – (P4)*: è costituito dalla comunicazione medico-paziente direttamente *on-line* e contribuisce a migliorare in modo rilevante la qualità e la quantità di informazioni clinica a disposizione dell'utente. Il paziente può infatti rivolgersi direttamente ai professionisti per indicazioni o consigli di carattere sanitario attraverso l'email personale, *blog*, forum, FAQ, ecc. In questo contesto si è anche rilevata l'eventuale multicanalità dell'approccio delle Aziende Sanitarie (oltre ad internet, anche telefono o televisione digitale terrestre).
- 5 *Personal Health Record – PHR – (P5)*: garantisce la possibilità di accedere al proprio *record* elettronico delle informazioni sulla salute, assimilabile ad una cartella clinica, che riporta l'intera storia sanitaria della persona oppure singoli referti di prestazioni diagnostiche e sanitarie. Il *PHR* è, quindi, un importante strumento sia di informazione sia di controllo sui propri dati di carattere sanitario. Viene analizzata la possibilità di visionare e di scaricare il proprio fascicolo elettronico direttamente dal sito dell'Azienda Sanitaria oppure attraverso altre modalità, come la carta elettronica o l'accesso da parte del proprio MMG o dello specialista di riferimento.
- 6 *PWEI Choice (P6)*: prende in considerazione alcuni dei più importanti elementi che, se presenti sul sito, possono orientare

Riquadro 12.1 (segue)

il paziente verso la scelta dell'azienda sanitaria e dei professionisti più indicati presso i quali ottenere la prestazione richiesta o, quantomeno, favoriscono la trasparenza dell'Azienda Sanitaria nei confronti degli utenti (curriculum vitae dettagliati dei medici, tipologia e quantità di casi trattati di una determinata patologia, liste d'attesa per prestazioni diagnostiche e visite specialistiche).

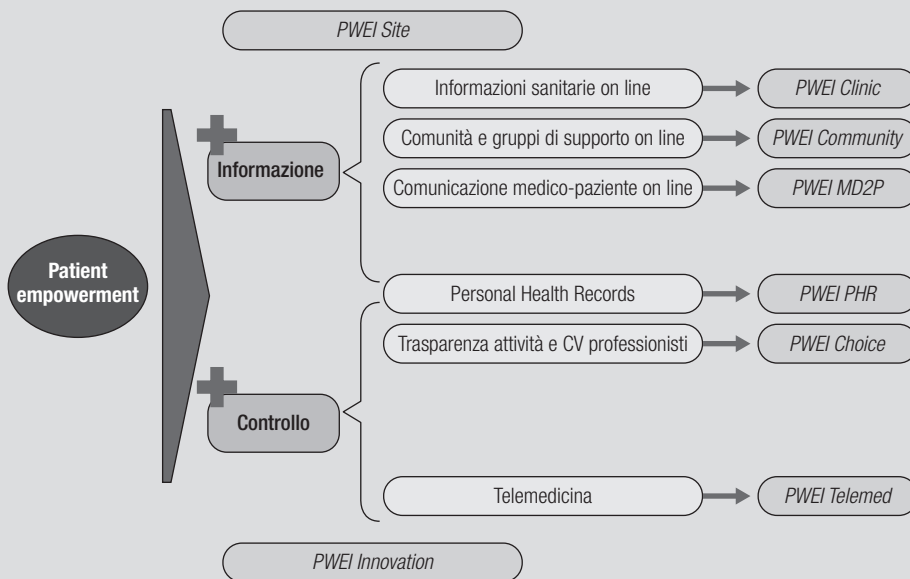
- 7 *PWEI Telemed (P7)*: valuta la disponibilità sul sito dell'azienda sanitaria di servizi erogati con il sistema della telemedicina, che generalmente permette di effettuare diagnosi clinica in modo virtuale senza la presenza fisica del paziente presso il medico. In particolare, è stata valutata una chiara offerta di servizi di teleconsulto specialistico a distanza, teleassistenza domiciliare e telesoccorso.
- 8 *PWEI Innovation (P8)*: misura la presenza di innovazioni particolari, anche con un carattere di eccezionalità, andando oltre agli impatti informativi e di controllo indagati in questa ricerca. Ossia si è rilevata – in singoli casi – la presenza sul sito di alcuni servizi accessori basati sulle ICT, ad esempio la *webcam* o l'album fotografico dei neonati dei reparti maternità o delle terapie intensive neonatali oppure la possibilità di accedere ad un sistema di prenotazione delle prestazioni *on line*.

Ogni sotto-indicatore è stato pesato rispetto alla rilevanza dello stesso nell'accrescere il grado di *patient empowerment*. I pesi sono stati attribuiti sulla base delle diverse accezioni di *empowerment* che si riscontrano in letteratura (Steele, Blackwell, Gutmann et al., 1987; Funnell e Anderson, 1991; Johnston e Roberts, 1999) e affinati tramite il coinvolgimento di un pool di esperti. Il valore dell'indicatore – il cui massimo teorico è pari a 10 – è dato dalla seguente formula:

$$PWEI = 0,5 P1 + 2 P2 + 0,5 P3 + 1,5 P4 + 2 P5 + 2 P6 + 1 P7 + 0,5 P8$$

La figura 12.1 sintetizza il collegamento dei principali sotto-indicatori dell'indice PWEI con i maggiori ambiti di applicazione delle ICT nei siti *web* delle Aziende Sanitarie e il loro impatto in relazione ai due elementi qualificanti l'*empowerment* del paziente: informazione e controllo.

Figura 12.1 **Principali ambiti di applicazione delle ICT e impatto sul patient empowerment**



Fonte: Bellio, Buccoliero e Prenestini, 2009

12.3 I risultati qualitativi dell'analisi

L'analisi dei siti aziendali secondo la metodologia sopra descritta ha consentito di evidenziare per ogni ambito indagato alcuni interessanti risultati e, ove possibile, alcune *best practice*. Di seguito, per ogni sezione del PWEI, verranno descritti alcuni aspetti importanti emersi attraverso la valutazione dei siti.

Innanzitutto, nonostante tale elemento rientri solo indirettamente nell'analisi, è interessante riportare che in Regioni come la Liguria e la Sardegna i siti *web* delle aziende sanitarie appartenenti allo stesso SSN sono costruiti secondo un'analogia struttura grafica e di impostazione dei contenuti, sebbene ognuno di questi siti offra un livello di approfondimento e di servizi diverso in quanto dipendente dalle scelte della singola azienda. La scelta di rendere omogeneo l'impianto del sito *web* potrebbe essere positiva per il paziente: questi è facilitato nella fruizione su più siti di informazioni e servizi a carattere clinico proprio perché le diverse sezioni di cui essi si compongono sono uguali e, quindi, immediatamente riconoscibili.

Nel caso dell'indagine sugli *item* del PWEI Site si è notato che alcuni aspetti relativi all'accessibilità dei siti sono stati migliorati, in particolare nel caso delle ASL. Tra le esperienze più interessanti si annoverano alcune ASL presenti in Veneto che hanno strutturato contenuti multilingua per cittadini stranieri. In Lombardia alcune AO e IRCCS presentano una versione dei contenuti, seppure parziale, anche in lingua inglese. L'ASL Roma E attraverso una sintesi vocale integrata nella navigazione permette l'accesso ai contenuti *web* anche agli utenti che non sono in grado di ricevere una presentazione testuale e grafica delle informazioni.

Rispetto, invece, alla logica di strutturazione dei contenuti e dei servizi all'interno del sito si riscontra che, come nel 2009, solo una minima parte delle aziende ha attivato un sistema di fruizione delle informazioni sul sito basato sul *life event*. Due *best practice* in questo senso sono i siti dell'ASL 1 Imperiese e dell'ASL 2 Savonese: all'interno di tali siti, nello spazio «guida ai servizi», si trova una specifica sezione «eventi della vita» in cui si offre la possibilità di cercare tutte le informazioni e i servizi di cui si necessita secondo una logica *life event* (avere un figlio, crescere in salute, curarsi, invecchiare bene, lavorare, liberarsi dalle dipendenze, ottenere assistenza ecc.).

Qualche esperienza in più si ha nel caso dell'organizzazione dei contenuti per cluster di utenti, soprattutto in Emilia Romagna, Lombardia e Toscana. Al di fuori di queste regioni, questa struttura del sito è adottata da poche aziende. Il sito dell'ASL di Foligno è particolarmente ben strutturato da questo punto di vista: nell'apposito spazio «servizi al cittadino», infatti, i visitatori vengono suddivisi per tipologia (adolescenti, anziani, bambini, disabili, stranieri, donne).

I *menu* fondati sulla struttura organizzativa aziendale (ospedali, reparti, distretti, dipartimenti ecc.) sono comunque molto più frequenti.

L'analisi degli elementi del PWEI Clinic non ha evidenziato significativi

miglioramenti rispetto ai sistemi più sofisticati di *empowerment* informativo del paziente: continuano, infatti, ad essere pressoché inesistenti le forme di supporto guidato per autodiagnosi o per l'autovalutazione del proprio rischio clinico. Le uniche eccezioni sono relative alla determinazione del proprio livello di dipendenza da fumo e alla valutazione del rischio cardiovascolare e dei melanomi.

Anche schede informative per la comprensione degli esami di laboratorio risultano essere poco frequenti. Un esempio si può trovare nell'ASL di Trento in cui uno spazio apposito è stato dedicato alla «guida agli esami di laboratorio», predisposta per aiutare sia il paziente che il familiare addetto all'assistenza.

Generalmente più presenti sono opuscoli informativi per la prevenzione, in particolare per gli screening dei tumori e per la promozione di stili di vita sani: la modalità più usata è il *download* di schede testuali riguardanti singole patologie, che vengono prodotte dal personale della stessa struttura sanitaria. In qualche caso i siti permettono di accedere a materiale multimediale (ad esempio video) e/o derivante da fonti esterne al sito aziendale. Tra le esperienze più interessanti citiamo l'ASL Roma A, che mette a disposizione alcuni video relativi principalmente alla campagna per la prevenzione dei tumori femminili. Il sito dell'ULSS 20 di Verona, invece, presenta un'iniziativa («Una TV per la vostra salute»), che permette la visione *online* di una serie di video, suddivisi per canali tematici, riguardanti gli stili di vita, l'alimentazione, lo svolgimento dell'attività sportiva, l'uso dei farmaci, ma anche argomenti clinici specifici per gli anziani o i giovani. Anche l'IRCCS De Bellis di Castellana Grotte propone una serie di video su tematiche cliniche («TG sanità»).

Tra i privati si può citare l'IRCCS Medea dell'Associazione Nostra Famiglia che propone sul proprio sito «l'angolo dei bambini», ossia una sezione dove questi ultimi possono trovare una descrizione con parole semplici ma precise di alcuni termini medici (ad esempio, la spiegazione e la descrizione di esami come EEG e ECG oppure di alcuni trattamenti come il sondino naso gastrico ecc.).

Infine, permane abbastanza diffuso l'utilizzo di newsletter e di magazine aziendali a contenuto interamente – o in larga parte – sanitario.

Anche in relazione alle *community* (*PWEI Community*) non si sono registrati cambiamenti rispetto alle tendenze dell'anno 2009, in quanto ancora oggi si ha solo una sistematica presenza di *bookmark* o elenchi di associazioni di riferimento, mentre si nota una presenza assai limitata di gruppi di supporto istituzionalizzati. Particolarmente interessante il caso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze: la fondazione onlus dell'ospedale ha creato uno spazio del sito, denominato «la presa della pastiglia» dedicato ai bambini ricoverati – ma, in alcuni casi, rilevante anche per i bambini non ricoverati – con storie a fumetti, giochi e informazioni «a misura di bambino» sulla vita in ospedale, sui diritti dei piccoli pazienti e su alcuni trattamenti medici. I bambini possono non solo accedere ai contenuti ma anche interagire con i moderatori del sito scriven-

dogli e inserendo dei commenti. Anche l'ospedale pediatrico Gaslini di Genova offre sul proprio sito uno spazio simile dedicato ai bambini.

Per quanto riguarda il rapporto tra medico e paziente (*PWEI MD2P*), non si è rilevato un maggiore impegno da parte delle Aziende Sanitarie per agevolare un approccio interattivo tra medici e pazienti: sono ancora pochi, infatti, i forum e i *blog* effettivamente funzionanti. Questi, nella maggior parte dei casi, sono riconducibili a consultori e si rivolgono ad uno specifico target. In alcuni siti, oltretutto, i forum sono presenti ma talmente poco rintracciabili che non hanno alcuna conversazione avviata.

Poco più diffuse le soluzioni che permettono ai medici di rispondere alle domande degli utenti, anche se alcuni esempi cominciano a diffondersi. Si citano, a titolo esemplificativo, lo spazio «Info salute – Lo specialista risponde» introdotto dall'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano o «Medico On-line» dell'Azienda Ospedaliera di Palermo, in cui un utente può compilare la sua richiesta per poi ricevere risposta in forma privata.

Sempre per quanto riguarda il *PWEI MD2P* si sottolinea che, in virtù dell'«Operazione trasparenza» introdotta con la L. 69/2009 (c.d. riforma Brunetta), nell'ultimo anno è aumentata la presenza delle *email* personali dei medici. La riforma, infatti, prevede l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di pubblicare nel proprio sito internet le retribuzioni annuali, i *curricula vitae* (CV), gli indirizzi di posta elettronica e i numeri telefonici ad uso professionale dei dirigenti (cfr. art. 21)⁵. Le *email* dei dirigenti medici sono generalmente inserite all'interno dei CV. Nonostante ciò, non tutte le aziende sanitarie indagate presentano tutte le *email* dei medici: molti dei siti non hanno completato il caricamento dei CV di tutto il personale dirigente e, anche quando presenti, non tutti i CV contengono l'indicazione dell'*email* istituzionale. Nei siti in cui non si è riscontrata una sistematica indicazione delle *email* istituzionali dei medici si è assegnato un punteggio pari a 0,5 o, addirittura, pari a 0 nel caso in cui questa presenza fosse del tutto sporadica.

Limitatamente al *Personal Health Record* (*PWEI PHR*) si ricorda che è necessario distinguere tra due esperienze diverse: i) singole ASL che decidono autonomamente di dotarsi di sistemi per la consultazione e il *download* da parte dei pazienti di fascicoli sanitari elettronici; ii) sistemi di *PHR* definiti nell'ambito di progetti regionali.

⁵ È da segnalare come le Linee guida, previste dall'art.4 della Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione (26 novembre 2009 n. 8), intendono suggerire alle pubbliche amministrazioni criteri e strumenti per la riduzione dei siti *web* pubblici obsoleti e il miglioramento di quelli attivi, in termini di principi generali, gestione e aggiornamento, contenuti minimi. L'obiettivo dichiarato è non solo quello di rendere pubblici i dati per favorire la trasparenza, ma anche quello di rendere omogenee le informazioni richieste alle amministrazioni, standardizzando i dati da pubblicare. Questi devono essere posti all'interno della Sezione denominata «Trasparenza, valutazione e merito», raggiungibile da un *link*, chiaramente identificabile dall'etichetta «Trasparenza, valutazione e merito», posto nell'homepage del sito istituzionale.

Nel primo caso sono ancora poche le aziende sanitarie che si sono dotate di tali strumenti. Pioniere, come già esplicitato nel 2009, sono state l'ASL di Chivari e l'Azienda ULSS di Treviso. Altre aziende sanitarie permettono di scaricare dal sito determinati referti: l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma e l'Azienda Ospedaliera di Padova, ad esempio, hanno un apposito spazio che consente il «ritiro dei referti via internet».

Mentre già nel corso del 2009 si registrava la presenza di soluzioni PHR a livello regionale in Lombardia (progetto CRS-SISS⁶) ed Emilia Romagna (progetto SOLE⁷), oggi ad esse va ad aggiungersi la regione Toscana con il progetto di Carta Sanitaria Elettronica (CSE)⁸. Nella valutazione dei siti delle aziende di queste tre regioni si è tenuto conto di questi progetti regionali, registrando sempre la presenza di PHR, nonostante l'attuale stato di realizzazione dei progetti non sia ancora pienamente compiuto e non consenta il loro diretto utilizzo da parte dei pazienti (Buccoliero e Mattavelli 2008).

Sulla telemedicina (PWEI *Telemed*) le esperienze risultano essere ancora limitate. Tra le poche esistenti si annovera l'ASL di Rovigo, che presenta due servizi di telepatologia e teleradiologia a distanza, mentre l'AO «Ospedale San Martino» di Genova ha promosso un progetto di telecontrollo dei dimessi dalla chirurgia vascolare. Le ASL sarde propongono diversi sistemi di telemedicina e tra esse spicca l'ASL di Olbia che ha sviluppato due progetti: il primo è un sistema rivolto ai pazienti diabetici che garantisce il monitoraggio costante da parte dei medici delle condizioni cliniche dei singoli utenti, permettendo di apportare in tempo reale le correzioni della cura oppure di suggerire variazioni degli stili di vita; il secondo prevede una partnership tra l'ASL di Olbia e l'ASL di Sassari per consulti neurochirurgici grazie alle immagini trasmesse attraverso sistemi di teleradiologia.

⁶ Il progetto CRS-SISS (Carta Regionale dei Servizi – Sistema Informativo Socio Sanitario) di Regione Lombardia ha come obiettivo la progettazione, lo sviluppo e la gestione del sistema informativo che consente il collegamento telematico della Regione, di tutti gli operatori del settore socio-sanitario (ASL, AO, MMG, PLS e farmacie) e dei cittadini. L'introduzione di questo sistema, che ha previsto la distribuzione di una *smart-card* a tutti i cittadini ed agli operatori del settore, consente di migliorare l'offerta di servizi sanitari, garantire la continuità di cura, favorire le attività di governo del sistema socio-sanitario regionale e semplificare i processi interni alle aziende sanitarie rendendoli più efficienti.

⁷ Il progetto SOLE (Sanità *On-line*) è una rete informatica che collega i circa 3.800 MMG e PLS con tutte le strutture e i medici specialisti delle aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna. SOLE favorisce la presa in carico degli oltre 4 milioni di cittadini tramite la condivisione delle informazioni sanitarie tra i medici che hanno in cura il paziente. Le richieste di esami e visite, i referti, le dimissioni dall'ospedale sono disponibili sulla rete SOLE a vantaggio dell'assistito e del suo rapporto con il medico.

⁸ La CSE è un progetto di semplificazione delle procedure sanitarie. La CSE è lo strumento attraverso il quale ciascun cittadino può accedere in qualsiasi momento e da qualsiasi postazione ai propri dati sanitari grazie ad una chiave privata che garantisce il riconoscimento del titolare e ne tutela la privacy. La tessera CSE è gratuita e viene spedita a tutti i cittadini assistiti dal Servizio sanitario regionale della Toscana in sostituzione dell'attuale Tessera sanitaria.

Le componenti del *PWEI Choice* sono quelle che registrano il miglioramento più significativo. Mentre, infatti, nel corso del 2009 la presenza dei *curricula* sembrava essere, nella maggior parte dei casi, una scelta del singolo professionista, nel 2010 la situazione è cambiata per il già menzionato adeguamento alla riforma Brunetta da parte delle aziende sanitarie. Anche in questo caso, tuttavia, si è deciso di attribuire un punteggio pieno solo alle aziende sanitarie che hanno sistematicamente riportato i CV.

La diffusione di informazioni relative ai casi trattati dalle unità operative aziendali resta invece limitata a pochissime eccezioni. Spesso le indicazioni sono presenti all'interno di CV come casi effettuati dal singolo professionista. La pubblicazione di dati relativi alle liste d'attesa effettive è solo di poco migliorata. In molti casi, tuttavia, sono presenti ma non aggiornate oppure i tempi di attesa vengono pubblicati in modo preciso solo per alcune tipologie di prestazioni. Sembra diffondersi l'esperienza del «pronto soccorso *on line*»: tra le aziende che offrono in tempo reale i dati di affluenza e di attesa al pronto soccorso si vogliono ricordare anche l'AO «Villa Scassi» e l'AO «Ospedale San Martino» di Genova. Questo servizio non sembra essere, invece, oggetto di attenzione da parte delle ASL che pure hanno presidi ospedalieri con pronto soccorso.

Il *PWEI Innovation* quest'anno mostra alcuni limitati miglioramenti dovuti soprattutto ad un numero sempre maggiore di Aziende sanitarie che si sono dotate di sistemi di prenotazione delle prestazioni *on line*. Interessante anche il caso delle ASL liguri che nel proprio sito riportano i *link* ad un servizio regionale per: i) la ricerca *on line* dei nominativi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, ii) la localizzazione su mappa dello studio ambulatoriale e iii) la possibilità di tracciare il percorso per raggiungerlo.

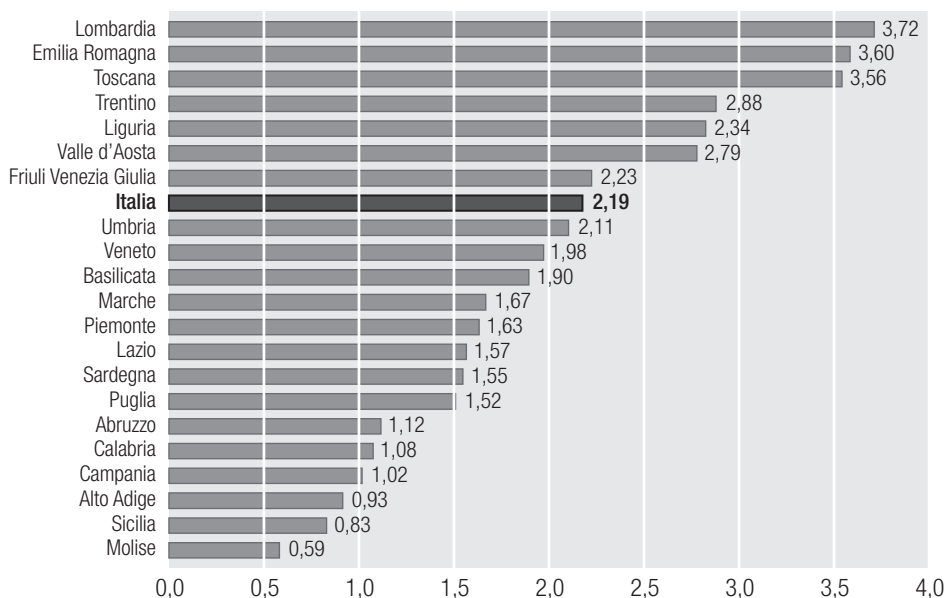
12.4 I risultati quantitativi dell'analisi: un confronto 2010-2009

In questo paragrafo vengono descritti i principali risultati quantitativi della ricerca attraverso la presentazione dei valori del *PWEI* 2010 e delle differenze con le valutazioni del 2009.

12.4.1 I valori complessivi del *PWEI* a livello regionale

Dall'analisi emergono dei miglioramenti rispetto all'anno 2009: mentre alcune regioni registrano dei valori *PWEI* sensibilmente superiori all'anno precedente, la maggior parte mantengono valutazioni in linea o di poco superiori a quelle passate. A fronte di questi valori generalmente più alti, molti sono i cambiamenti nel *ranking* delle regioni.

Anche quest'anno, tuttavia, nessuna delle aziende sanitarie indagate raggiunge un punteggio complessivo del *PWEI* vicino al valore massimo teorico, ossia

Figura 12.2 **PWEI complessivo medio per regione (2010)**

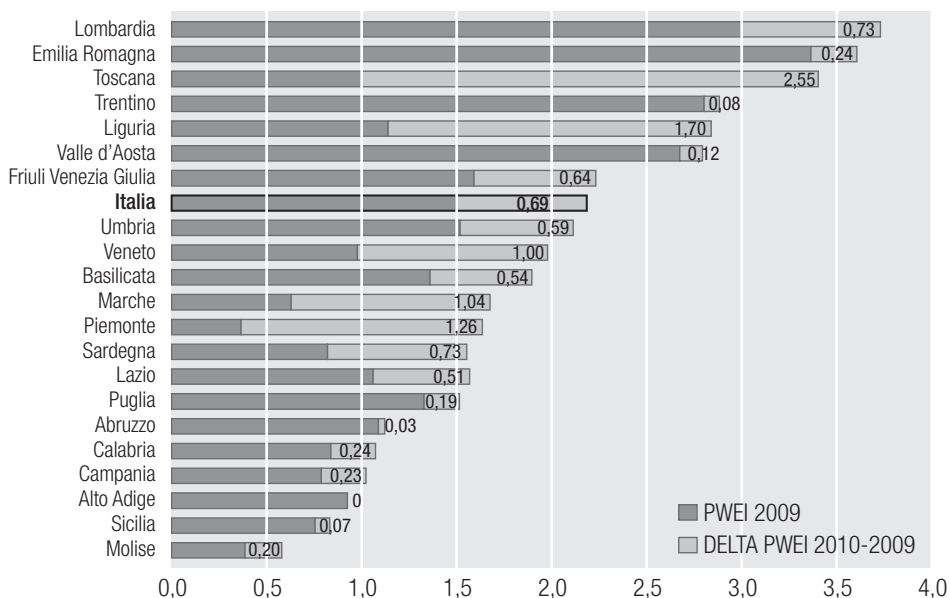
10. Nel 2010 solo tre aziende (una ASL, una AO e una Fondazione IRCCS) superano il valore 5 dell'indice e circa il 10% delle aziende mostra un punteggio superiore a 4.

La Figura 12.2 riporta i dati complessivi medi del *PWEI* 2010 a livello regionale, comprendendo ASL, AO, AOU, policlinici privati e IRCCS pubblici e privati.

La figura descrive una situazione particolarmente variegata in cui, tuttavia, si possono individuare cluster di regioni che hanno valori simili. I. primo cluster di aziende è formato da Lombardia (3,72), Emilia Romagna (3,60) e Toscana (3,56): tali regioni risultano le migliori a livello nazionale in quanto, come specificato in precedenza, presentano dei progetti regionali per la diffusione di PHR.

Il secondo cluster non supera il tetto dei 3 punti ma mostra valori comunque superiori alla media nazionale di oltre 0,6 punti. Si tratta di Trentino (2,88), Liguria (2,34) e Valle d'Aosta (2,79). È necessario, tuttavia, tenere in considerazione che per il Trentino e la Valle D'Aosta il punteggio si riferisce all'unica ASL che insiste sul territorio.

Friuli Venezia Giulia (2,23) e Umbria (2,11) si attestano intorno alla media nazionale (2,19). Appena sotto il valore del *PWEI* pari a 2 si trovano Veneto (1,98) e Basilicata (1,90). Un altro cluster, formato da 5 regioni, presenta punteggi tra 1,67 (Marche) e 1,52 (Puglia), mentre un ultimo gruppo di 6 regioni ha valori intorno a 1 punto. Maglia nera della classifica è il Molise (0,59): tale regio-

Figura 12.3 **PWEI medio regionale: confronto 2009-2010**

ne ha un'unica azienda sanitaria locale (ASREM), il cui sito non presenta alcuna informazione a carattere clinico né tantomeno servizi basati sulle ICT, e un solo IRCCS privato monospecialistico che mostra una strutturazione minima rispetto ai criteri di valutazione del PWEI.

La Figura 12.3 riporta i valori del PWEI nell'anno 2009 e il delta del punteggio ottenuto nel 2010 rispetto all'anno precedente, permettendo in tal modo di effettuare un confronto.

Dall'analisi della figura si nota che la Toscana ha ottenuto il maggior aumento di punteggio grazie all'introduzione del *PHR* (oltre 2,55 punti in più rispetto all'anno precedente). Rispetto al primo cluster di regioni si evidenzia anche il superamento dell'Emilia Romagna da parte della Lombardia: la prima ha ottenuto un punteggio di 0,73 superiore rispetto all'anno precedente, mentre il miglioramento della seconda è stato più contenuto (+0,24) ma tale da mantenere la seconda posizione della classifica.

Anche la Liguria presenta un delta di punteggio alto rispetto al 2009 (+1,70) che permette alla regione di inserirsi tra Trentino e Valle D'Aosta, le quali mostrano aumenti molto più contenuti. L'aumento della Liguria è dovuto, in particolare, agli incrementi nel punteggio dei seguenti sotto-indicatori: i) *PWEI Clinic*, in quanto si è riscontrato un maggior numero di schede informative per patologia; ii) *PWEI MD2P*, per la presenza di *email* istituzionali e di qualche forum soprattutto nei siti ASL; iii) *PWEI Choice*, dato che tutti i siti delle ASL

riportano i CV dei dirigenti medici; iv) *PWEI Innovation*, per il sopracitato servizio di ricerca *web* dei MMG e dei PLS. Larga parte del punteggio è, anche in questo caso, attribuibile all'adeguamento alla normativa nazionale sulla trasparenza.

Grazie a tali incrementi di punteggio la media italiana arriva a superare i 2 punti contro un valore di 1,5 del 2009.

Il miglioramento del punteggio non permette all'Umbria di superare la media nazionale come era avvenuto l'anno scorso.

Aumenti sopra il punto sono stati conseguiti anche da Piemonte (+1,26), Marche (+1,04) e Veneto (+1). Nel Piemonte, in particolare, il maggior punteggio deriva dal rifacimento dei siti *web* istituzionali delle ASL dopo gli accorpamenti che, invece, lo scorso anno restituivano larga parte dei siti in modalità «*off line*» o «in costruzione».

Nel lato basso della classifica si manifestano gli aumenti più contenuti, in particolare per Alto Adige (nessuna modifica dall'anno precedente), Abruzzo (0,03), Sicilia (0,07).

12.4.2 I valori del PWEI per tipologie di Aziende Sanitarie

Per evidenziare se vi siano differenze significative tra tipologie di aziende sanitarie, la Figura 12.4 e la Figura 12.5 mostrano i risultati medi dei PWEI distinguendo tra le ASL e un *cluster* comprendente AO, AOU, policlinici privati e IRCCS pubblici e privati.

Figura 12.4 **PWEI regionali medi ASL (2010)**

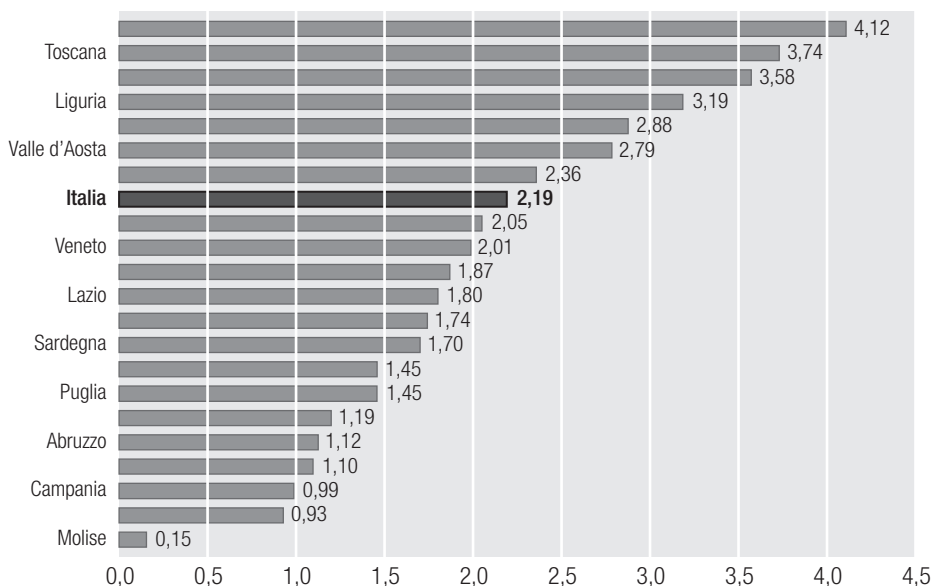
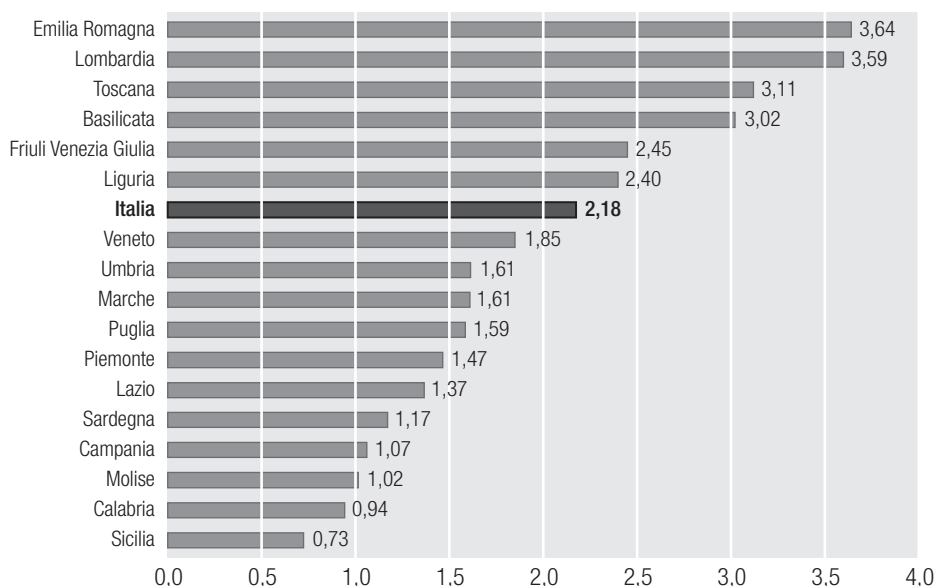


Figura 12.5 **PWEI regionali medi AO, AOU, policlinici privati e IRCCS pubblici e privati (2010)**

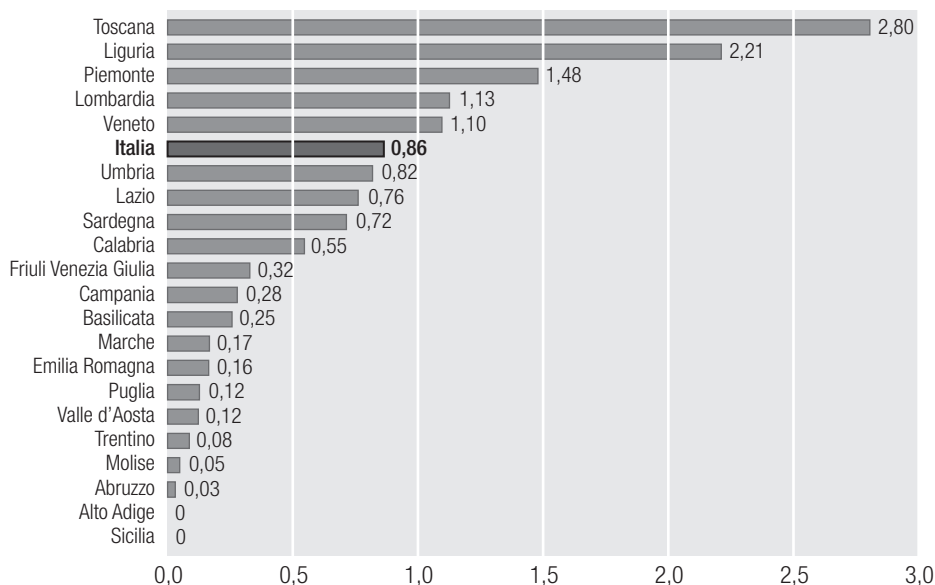
Prendendo in considerazione i valori medi nazionali possiamo notare come essi siano sostanzialmente uguali tra i due cluster.

Si può osservare che le prime tre posizioni vedono la presenza delle stesse regioni in entrambe le categorie di aziende sanitarie anche se nel caso delle ASL (Figura 12.4), la Lombardia occupa il primo posto con un valore nettamente superiore rispetto alle altre regioni (4,12) seguita da Toscana (3,74) ed Emilia Romagna (3,58), mentre la Figura 12.5 evidenzia l'Emilia Romagna in prima posizione con un PWEI di 3,64, la Lombardia (3,59) al secondo posto e la Toscana al terzo con un PWEI di 3,11.

Anche se i valori tra le prime due regioni sono abbastanza simili, si riscontra che nel caso degli ospedali l'Emilia Romagna dimostra una migliore strutturazione dei siti e delle informazioni a carattere clinico, mentre i siti della Lombardia presentano un punteggio maggiore in relazione alla presenza di elementi per orientare la scelta del paziente (soprattutto liste d'attesa e CV).

Nel caso delle ASL, viceversa, è la Lombardia che presenta un maggior numero di schede per informazioni su prevenzione e stili di vita sani, più possibilità di interagire con i medici e, come nel caso precedente, un maggior punteggio attribuibile al PWEI *Choice*.

Sia a livello totale che considerando solo le ASL le regioni con un valore inferiore alla media nazionale sono 14 mentre diventano 15 nel caso di AO, AOU, policlinici privati e IRCCS pubblici e privati. Quelle che si posizionano nella

Figura 12.6 **Delta punteggio *PWEI* regionale ASL (2010-2009)**

sezione inferiore del grafico fanno parte di coloro che hanno un *PWEI* al di sotto di 1: Campania, Alto Adige e Molise nel caso di ASL, Calabria e Sicilia nel caso delle strutture ospedaliere.

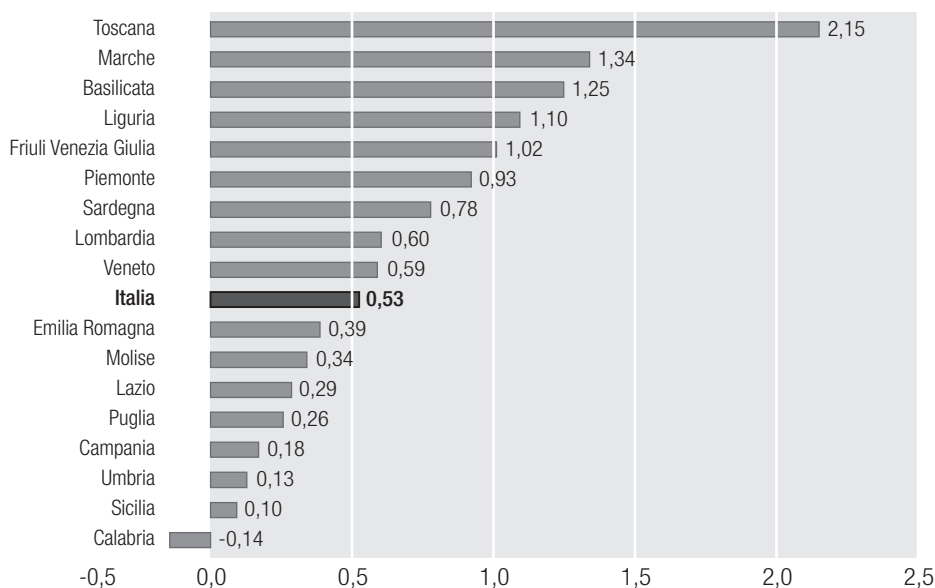
La Figura 12.6 e la Figura 12.7 riportano le variazioni *PWEI* registrate tra il 2010 ed il 2009. Anche in questa fase viene mantenuta una distinzione tra tipologie di aziende sanitarie.

Il grafico che rappresenta il delta nel gruppo di ASL (Figura 12.6) mostra come la totalità delle regioni abbia avuto un incremento del proprio punteggio salvo l'Alto Adige e la Sicilia che hanno mantenuto i valori del 2009. Si può, quindi, affermare che queste due regioni non hanno sostanzialmente modificato il loro approccio all'utilizzo di *internet* e, nello specifico, dei loro siti istituzionali a favore dell'*empowerment* del paziente, nemmeno nei casi previsti dalla normativa.

Nel complesso, la media italiana è aumentata di 0,86 punti e cinque regioni hanno superato questo incremento con un delta anche piuttosto significativo: Toscana di 2,80, Liguria di 2,21, Piemonte di 1,48, Lombardia di 1,13 mentre il Veneto di 1,10.

Al di sotto dell'incremento nazionale possiamo dividere i valori di delta in 2 cluster: il primo con valori compresi tra lo 0,5 e lo 0,86 (media nazionale): Umbria (0,82), Lazio (0,76), Sardegna (0,72) e Calabria (0,55); il secondo con valori inferiori allo 0,5: Friuli Venezia Giulia (0,32), Campania (0,28), Basilicata (0,25),

Figura 12.7 **Delta punteggio *PWEI* regionale AO, AOU, policlinico privato, IRCCS pubblici e privati (2010-2009)**



Marche (0,17), Emilia Romagna (0,16), Puglia e Valle d'Aosta (0,12), Trentino (0,08), Molise (0,05) e Abruzzo (0,03).

Diversa è la situazione illustrata in Figura 12.7 in cui tutte le regioni, tranne la Calabria, registrano un delta positivo tra il 2009 e il 2010 e per ben nove regioni questo valore risulta essere superiore a quello medio italiano di 0,53. In questo caso è da segnalare la variazione positiva della Toscana che è di ben 2,15 punti e che è dovuta, come già sottolineato in precedenza, principalmente alla presenza di elementi del sottoindicatore *PWEI* PHR, grazie al progetto implementato a livello regionale. Se la Toscana occupa il primo posto con un incremento superiore a 2 possiamo raggruppare le quattro regioni che la seguono in quanto hanno dei valori superiori a 1: Marche (1,43), Basilicata (1,25), Liguria (1,10) e Friuli Venezia Giulia (1,02). Se non si prende in considerazione l'incremento relativo all'adeguamento alla riforma Brunetta, si può notare che: nelle Marche si è avuto un miglioramento soprattutto del *PWEI Clinic*; nella Basilicata è ancora l'AO di Potenza che presenta un sito ben strutturato e con la possibilità di scaricare referti *on line*.

Significativo, per quanto riguarda il gruppo di AO, AOU, policlinici privati e IRCCS pubblici e privati, è notare come la Calabria sia l'unica regione in cui tra il 2009 ed il 2010 si sia registrata una diminuzione nel valore del *PWEI* di 0,14 punti. Questo fenomeno è dovuto al fatto che su cinque siti *web* da analizzare

solo 3 fossero perfettamente navigabili mentre gli altri venissero segnalati come «in allestimento»

12.4.3 I valori del PWEI per aree geografiche

I risultati possono essere letti anche per aree geografiche, seguendo la classificazione ISTAT (Figura 12.8 e Figura 12.9).

Come si evince dalle figure sia nel caso del *PWEI* ASL sia nel caso del *PWEI* delle strutture ospedaliere, le aziende del Nord Ovest registrano valori superiori rispetto al resto delle aree geografiche e della media nazionale (rispettivamente 3,03 ASL, 3,21 per il cluster ospedaliero), come era avvenuto nel corso del 2009. Rappresenta, invece, una novità l'andamento del Centro che, per quanto riguarda il cluster di ASL, con un 2,68 supera abbondantemente non solo la media nazionale (2,19) ma anche il Nord Est (2,44). Oltre al già citato caso della Toscana, questo è dovuto soprattutto alle migliori *performance* di Lazio e Umbria, relative principalmente all'adesione all'operazione trasparenza ma anche a un'informazione clinica meglio strutturata nel caso dei siti del Lazio (*PWEI clinic*) e un miglioramento nell'accessibilità del sito (*PWEI Site*) nel caso dell'Umbria.

Sotto la media, si attestano quindi Sud e Isole per entrambi i cluster, mentre il Centro solo nel caso di AO, AOU, policlinici privati e IRCCS pubblici e privati, seppur in maniera significativamente meno rilevante dell'anno scorso, essendo passato da un *PWEI* di 0,99 ad un *PWEI* di 1,78 creando un buon distacco dal Sud (1,31) e dalle Isole (0,78). Tolta la Toscana, in questo caso sono le Marche ad aver contribuito di più al miglioramento della posizione del cluster Centro.

I dati mostrano che il confronto tra l'andamento del 2009 e quello del 2010 è

Figura 12.8 **PWEI medio ASL per aree geografiche: confronto 2009-2010**

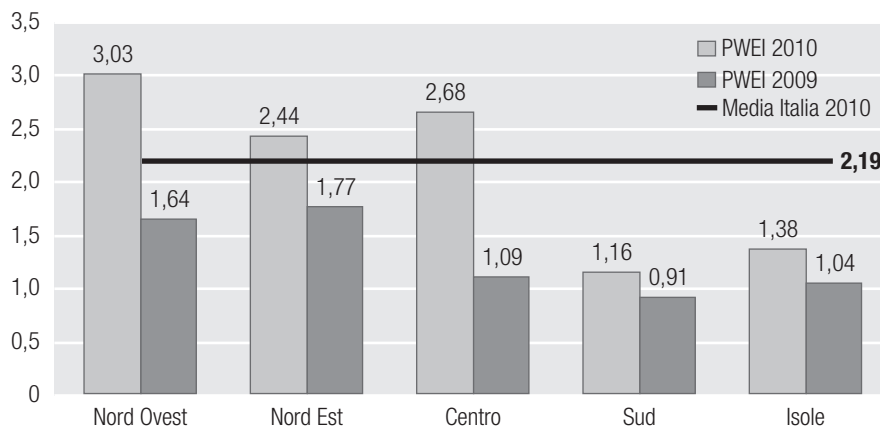
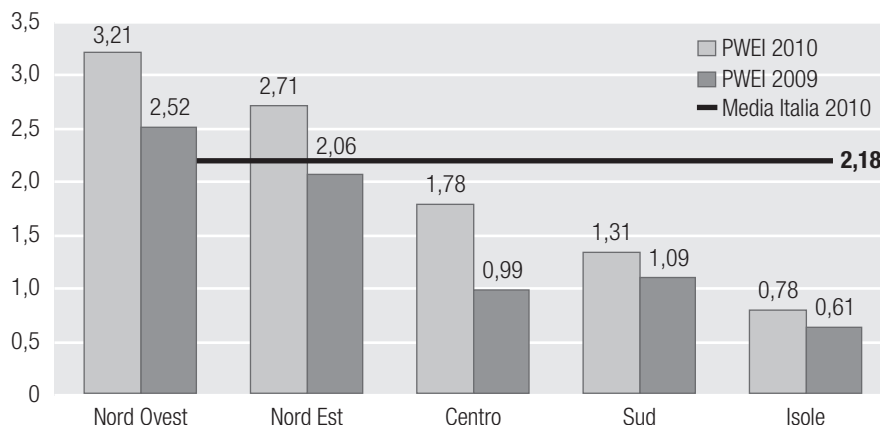


Figura 12.9 **PWEI AO, AOU, policlinici privati e IRCCS pubblici e privati per aree geografiche: confronto 2009-2010**



stato significativo perché ha consentito di registrare un aumento generale dei valori e quindi un'enfaticizzazione delle tendenze dell'anno passato, ma anche un rilevante miglioramento della situazione del Centro Italia.

In generale possiamo affermare che, anche quest'anno, i dati evidenziano una spaccatura dell'Italia rispetto ai temi dell'*empowerment* del paziente tramite siti *web*. Il Nord, pur non mostrando valori medi di *PWEI* eccessivamente alti, sembra dirigersi lentamente verso l'idea di una maggiore attenzione alle strategie *web* rivolte agli utenti delle proprie Aziende Sanitarie. Il Centro sta lentamente cercando di imitare il percorso intrapreso dal Nord mentre il Sud non è ancora riuscito a cogliere le opportunità che il *web* offre per rispondere alle esigenze dei pazienti.

12.4.4 Un confronto per natura giuridica delle Aziende Sanitarie

Può essere importante effettuare una riflessione sulle differenze in base alla natura pubblica o privata delle aziende, ossia un confronto AO, AOU e IRCCS pubblici versus policlinici e IRCCS privati (Figura 12.10).

Nelle regioni che presentano policlinici privati e IRCCS privati si notano alcune differenze importanti. In Sicilia e in Lazio il privato è più innovatore in quanto utilizza il *web* per convogliare le informazioni cliniche e dei servizi offerti, anche al fine di favorire l'esercizio del diritto di scelta dell'erogatore da parte del paziente. In Lombardia invece si nota una sostanziale eguaglianza tra valore del *PWEI* delle strutture private (3,62) e pubbliche (3,59). In Veneto la situazione è opposta, con il primato dell'indice *PWEI* per le aziende pubbliche (2,75) rispetto alle private accreditate (0,51).

Figura 12.10 **PWEI per natura giuridica delle aziende**

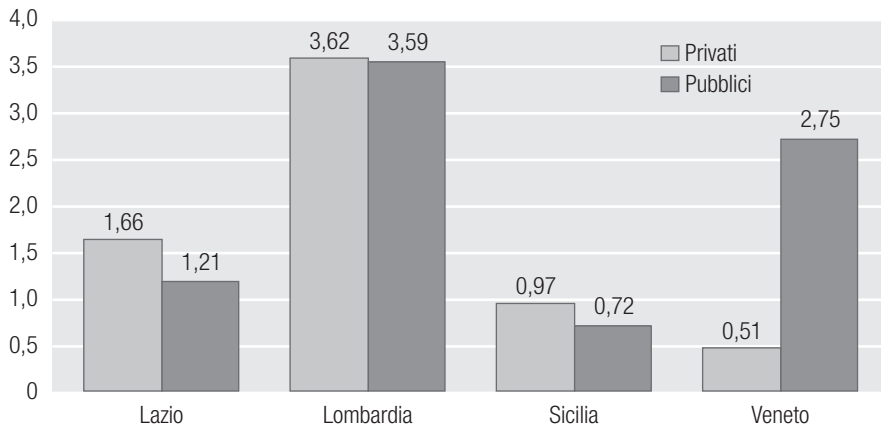
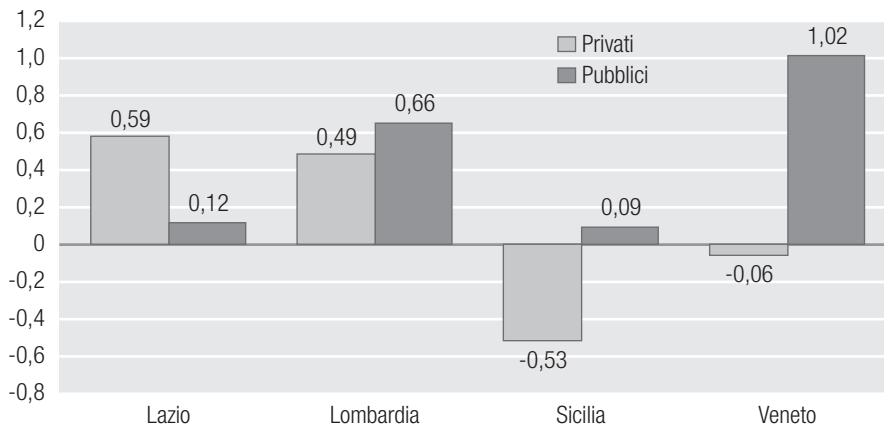


Figura 12.11 **Delta PWEI 2010-2009 per natura giuridica delle aziende**



Come ci mostra la Figura 12.11, per quanto riguarda la natura giuridica delle aziende la situazione è cambiata rispetto all'anno precedente: il Lazio che aveva due valori quasi identici, a seguito di un aumento rilevante nel punteggio delle strutture private ha registrato nel 2010 una differenza tra i due gruppi; la Lombardia, al contrario, ha ridotto la distanza tra i valori delle strutture pubbliche e private; la Sicilia a fronte di una riduzione del PWEI delle strutture private ha avuto anch'essa una diminuzione delle differenza tra le due categorie mentre il Veneto da un lato è stato caratterizzato da un lieve calo nel valore del PWEI delle strutture private, dall'altro da un aumento di ben 1,02 punti nel valore delle strutture private che non ha fatto altro che accentuare la tendenza già in atto nel 2009.

12.4.5 Il valore medio nazionale di ogni sotto-indicatori del PWEI

Si ritiene infine interessante prendere in considerazione i singoli sotto-indicatori del PWEI per valutare i loro valori medi e verificare se nel 2010 presentano differenze rispetto all'anno precedente (Tabella 12.1).

Dai dati emerge una rilevanza maggiore del sotto-indicatore PWEI *Site* che ha una media di 4,22 punti, seguito da PWEI *PHR* (3,54). Significativi sono anche PWEI *Choice* e PWEI *Community*. Nel caso del PWEI *Site* il valore è direttamente riconducibile all'esistenza almeno di un sito *web* istituzionale per la quasi totalità delle aziende e alla diffusa presenza di una descrizione della struttura organizzativa.

Nel caso del PWEI *PHR* il valore è dovuto ai risultati positivi ottenuti da alcune delle maggiori regioni italiane come era avvenuto già nel corso del 2009 con Lombardia ed Emilia Romagna in testa, a cui va ad aggiungersi nel 2010 la Toscana.

Nella Tabella 12.1 sono riportate anche le variazioni dei valori medi tra il 2009 e il 2010. Per tutti i sotto-indicatori, ad eccezione del PWEI *Telemed*, il delta risulta positivo ossia è stato registrato un aumento dei valori medi per singoli sotto-indicatori. Il dato negativo può essere spiegato in quanto nell'anno 2009 erano stati attribuiti punteggi ad aziende sanitarie che presentavano progetti di telemedicina anche di tipo pilota. Nel corso del 2010 molti di questi non risultano essere implementati, quindi è stato inevitabile che per alcuni siti analizzati il sotto-indicatore assumesse un valore inferiore all'anno passato. La crescita degli altri indicatori risulta essere comunque piuttosto contenuta infatti i valori con segno positivo possono essere divisi in due gruppi. Il primo è dato dai soli due sotto-indicatori con delta superiore ad 1: PWEI *Choice* (2,29) e PWEI *Innovation* (1,83), il secondo è dato dai restanti sotto-indicatori.

Tabella 12.1 Valore medio nazionale di ogni sotto-indicatore del PWEI

	Valore medio 2009	Valore medio 2010	Delta
PWEI Site	3,55	4,22	0,67
PWEI Clinic	1,10	1,48	0,38
PWEI Community	2,13	2,43	0,30
PWEI MD2P	0,94	1,27	0,33
PWEI PHR	2,79	3,54	0,75
PWEI Telemed	1,06	0,43	-0,63
PWEI Choice	0,32	2,61	2,29
PWEI Innovation	0,46	2,29	1,83

12.5 Alcune valutazioni conclusive

La nuova misurazione del PWEI non consente ancora di individuare una chiara e condivisa strategia di utilizzo del *web* per accrescere l'*empowerment* del paziente in un contesto ufficialmente certificato e moderato dal servizio pubblico. Rispetto allo scorso anno, resta infatti sostanzialmente invariato il quadro di frammentazione delle esperienze e di complessiva inadeguatezza della progettazione dei siti delle aziende sanitarie del SSN. Si conferma, tuttavia, la rilevanza che le strategie a livello regionale assumono nel dettare le linee di implementazione aziendali: le nuove strategie formulate dalla Regione Toscana (progetti di *Personal Health Record*), ad esempio, portano a tre il gruppo di regioni più «virtuose». Tutti gli altri contesti risentono ancora in misura significativa dell'assenza di strategie regionali a supporto delle implementazioni aziendali.

I dati rivelano tuttavia un lieve e generalizzato incremento, seppur modesto, dei valori di PWEI nella quasi totalità delle aziende analizzate, anche se quasi sempre tale incremento è ascrivibile alla realizzazione di iniziative pilota non integrate in un disegno strategico complessivo. Proprio la parcellizzazione di iniziative pilota che sono state dismesse spiega, tra l'altro, la vistosa riduzione (unico caso tra tutti i sottoindicatori) del PWEI *Telemed*, che rappresenta una delle indicazioni più preoccupanti che emergono dalla rilevazione 2010.

Unico sottoindicatore in vistosa crescita è quello relativo al PWEI *Choice*, anche se tale *trend* è in larga parte imputabile alla pubblicazione – obbligatoria per legge – dei CV dei dirigenti. Tale pubblicazione, però, viene proposta quasi sempre in una logica amministrativa e formale più che per un reale supporto al paziente nel recupero di informazioni volte a favorire il processo di scelta. Il reale contributo del *web* ad un incremento della trasparenza del sistema non si è ancora evoluto in modo sostanziale.

Si conferma molto modesto l'aumento del PWEI *Clinic*: non è quindi possibile intravedere una chiara tendenza al miglioramento della qualità e dell'attendibilità delle informazioni cliniche *on line* che, come evidenziato in premessa, rappresenta la più rilevante problematica attualmente oggetto di analisi e dovrebbe costituire la prima motivazione per un rinnovato impegno degli attori del servizio sanitario pubblico, a tutela primaria della salute pubblica.

Il PWEI potrebbe rappresentare, a giudizio del team di ricerca, uno strumento per meglio comprendere, confrontare (anche attraverso analisi internazionali che sono attualmente in corso) e controllare le strategie *web* delle aziende e dei sistemi sanitari, supportando e accelerando la progettazione di servizi *web* disegnati sul nuovo ruolo del cittadino-paziente e in grado di caratterizzare le relazioni medico-paziente per un maggior livello di fiducia e di partnership, elementi essenziali per assicurare elevata qualità alle prestazioni ed elevata efficienza al processo erogativo.

Effettuare un *benchmark* periodico del PWEI significa abilitare una misurazione dei miglioramenti e, auspicabilmente, accelerare il trend di tali miglioramenti, anche incentivando un circuito virtuoso di «riuso» delle idee e delle soluzioni adottate, stimolando fenomeni imitativi.

Il PWEI misura la *performance* delle aziende secondo la prospettiva del cittadino-cliente piuttosto che nella consueta ottica dell'azienda erogatrice. Da troppo tempo questa prospettiva risulta trascurata, tanto negli studi di management quanto nei concreti progetti di innovazione del SSN.

Bibliografia

- Aujoulat I., d'Hoore W. e Deccache A. (2007), «Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony?», *Patient Education and Counseling*, 66(1): pp.13-20.
- Barak A., Boniel-Nissim M. e Suler J. (2008), «Fostering empowerment in online support groups», *Computers in Human Behavior*, 24(5): pp. 1867-1883.
- Bellio E., Buccoliero L. e Prenestini A. (2009), «Patient web empowerment: la web strategy delle aziende sanitarie del SSN», in E. Cantù (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2009*, Milano, EGEA.
- Buccoliero L. (2010), «Come realizzare un ospedale paperless: un modello “di marketing” dal Giappone», *E-Healthcare*, 2(3): pp. 70-73.
- Buccoliero L. e Mattavelli E. (2008), *La patente europea del computer. Certificazione informatica per gli operatori sanitari*. Milano, Tecniche Nuove.
- Buccoliero L. e Prenestini A. (2009), «La Cartella clinica elettronica per l'empowerment del paziente: i percorsi verso la realizzazione di Personal Health Record.», *Management della Sanità*, (5): pp.24-27.
- Bundorf M. K., Wagner T. H., Singer S. J., et al. (2006), «Who Searches the Internet for Health Information?», *Health Services Research*, 41: pp.819-836.
- Cox B. e Thornewill J. (2008), «The Consumer's View of the Electronic Health Record: Engaging Patients in EHR Adoption», *Journal of Healthcare Information Management*, 22(2): pp.43-47.
- Eysenbach G. (2008), «Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness», *J Med Internet Res*, 10(3): e22.
- Eysenbach G. e Köhler C. (2002), «How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and indepth interviews», *British Medical Journal*, 324: pp. 73-7.
- Frost H. J. e Massagli P. M. (2008), «Social Uses of Personal Health Information Within Patients Like Me, an Online Patient Community: What Can Happen When Patients Have Access to One Another's Data», *J Med Internet Res*, 10(3): e15.

- Funnell M. M. e Anderson R. M. (1991), «Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education», *Diabetes Educator*, 17: pp.37-41.
- Giustini D. (2006), «How Web 2.0 is changing medicine», *British Medical Journal*, 333(7582): pp.1283-1284.
- Hesse B. W., Nelson D. E., Kreps G. L., et al. (2005), «Trust and Sources of Health Information: The Impact of the Internet and Its Implications for Health Care Providers: Findings From the First Health Information National Trends Survey», *Arch Intern Med*, 165(22): pp.2618-2624.
- Johnston R. K. (1999), «Patient empowerment in the United States: a critical commentary», *Health Expectations*, 2(2): pp.82-92.
- Kevin J., Leonard M. C. e David W. (2008), «Who Will Demand Access to Their Personal Health Record? A focus on the users of health services and what they want», *Healthcare Quarterly*, 11(1): pp.92-96.
- Kreps G. L. e Neuhauser L. (2010), «New directions in eHealth communication: Opportunities and challenges», *Patient Education and Counseling*, 78(3): pp.329-336.
- Lemire M., Sicotte C. e Parè G. (2008), «Internet use and the logics of personal empowerment in health», *Health Policy*, 88: p.10.
- Leong S. L., Gingrich D., Lewis P. R., et al. (2005), «Enhancing Doctor-Patient Communication Using Email: A Pilot Study», *J Am Board Fam Pract*, 18(3): pp.180-188.
- O'Reilly T. (2007), «What Is Web 2.0: Design Patterns and Business Models for the Next Generation of Software», *Communications and strategies*, 65.
- Salmon P. e Hall G. M. (2003), «Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine», *Social Science & Medicine*, 57(10): pp.1969-1980.
- Salmon P. e Hall G. M. (2004), «Patient empowerment or the emperor's new clothes», *J R Soc Med*, 97(2): pp.53-56.
- Starman J. S., Gettys F. K., Capo J. A., et al. (2010), «Quality and Content of Internet-Based Information for Ten Common Orthopaedic Sports Medicine Diagnoses», *The Journal of Bone and Joint Surgery (American)*, (92): pp.1612-1618.
- Steele D. J., Blackwell B., Gutmann M. C., et al. (1987), «Beyond advocacy: A review of the active patient concept», *Patient Education and Counseling*, 10(1): pp.3-23.
- Van Uden-Kraan C. F., Drossaert C. H. C, Taal E., et al. (2009), «Participation in online patient support groups endorses patients' empowerment», *Patient Education and Counseling*, 74: p.8.