

Articolo su invito

## La sostenibilità degli indicatori di performance clinica

WIENAND U<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Responsabile "Accreditamento Qualità Ricerca Innovazione" Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

Relazione al XX Congresso della Siquas-Vrqa a Grado, 28 Maggio 2010.

### Abstract

Dopo molti anni, ora anche in Italia, ci si trova in una fase di "apertura" verso l'esterno caratterizzata da un utilizzo degli indicatori anche al di fuori delle organizzazioni sanitarie.

A differenza dalla situazione di quindici anni fa, quando nelle aziende sanitarie "i dati" erano prevalentemente di natura gestionale-economica o provenivano solo dalle Schede di Dimissione Ospedaliera, ora le Direzioni Aziendali e Sanitarie possono disporre di numerosi livelli di misurazione: dagli indicatori presenti nei modelli di accreditamento ai sistemi che rilevano cadute, lesioni da pressione o infezioni, dalle indagini di "qualità" all'*incident reporting*, dai *report* sull'appropriatezza prescrittiva ai tempi di attesa.

Emergono, quindi, le finalità di creare indicatori che possano avere importanza in un processo decisionale, di ricorrere a quelli già esistenti e collaudati, di applicare tecniche di *risk-adjustment* o di stratificazione, di curare con attenzione gli aspetti comunicativi e quindi di spiegare l'importanza di tali indicatori per la salute dei pazienti e dei cittadini.

**Parole chiave.** Sostenibilità, indicatori clinici, miglioramento della qualità.

### UNA PREMESSA E TRE "PRO-MEMORIA"

Il presente contributo si inserisce in un percorso di implementazione e ricerca sugli indicatori di performance clinica, svolto in reciproca vicinanza con i colleghi della SIQuAS, il quale fino ad oggi ha comportato l'organizzazione di due convegni sul tema (Convegno Internazionale e Congresso SIQuAS "Introdurre gli Indicatori di Performance nel Servizio Sanitario Nazionale", Ferrara, 20-22 Novembre 2003; Convegno Internazionale "Indicatori per migliorare la qualità e la sicurezza in sanità", Ferrara, 6 Maggio 2008), contributi ad alcuni congressi e convegni della SIQuAS [1,2], ed alcuni scritti [3,4,5]. Durante questo percorso sono emersi alcuni assunti che stanno alla base dei ragionamenti odierni e verranno solo brevemente rammentati.

#### Pro-memoria 1

Gli indicatori non misurano la qualità, lo fanno le persone.

Secondo Kazandjian [6] la funzione di un indicatore è quella di segnalare dove vi può essere un problema nella nostra organizzazione, come un cane da caccia punta alla selvaggina. Ma sono poi i responsabili (i cacciatori) a dovere valutare se vi sono problemi di qualità su cui prendere provvedimenti (a decidere se catturare la selvaggina).

#### Pro-memoria 2

La misurazione può essere universale, la valutazione è locale.

Qualità è un concetto per il quale non esiste una misura diretta. Molti sistemi di misura della performance inizialmente hanno cercato - o promesso - di misurare la qualità, mentre sono andati a finire a misurare esattamente ciò che è il loro descrittore ovvero la "performance" [7]. Quindi, per progredire dalla "misurazione" alla "qualità", serve un modello di valutazione (Figura 1). Mentre è possibile misurare la *performance* tramite indicatori o altri strumenti quantitativi, la traduzione della *performance* in qualità av-

viene tramite la valutazione.

Figura 1 - La valutazione come misuratore della qualità



#### Pro-memoria 3

Gli indicatori fanno parte di processi decisionali.

Secondo Focarile un indicatore è "un'informazione o variabile selezionata che consente di descrivere fenomeni complessi e misurare variazioni in relazione a criteri definiti, allo scopo di orientare decisioni volte ad ottenere o mantenere cambiamenti"[8].

### INDICATORI CLINICI: DALL'USO INTERNO PER IL MIGLIORAMENTO VERSO L'ACCOUNTABILITY

Viene attribuita a Indro Montanelli la frase "*Accountability*: parola chiave della democrazia anglosassone. In Italia non è ancora stata tradotta"[9] (nell'Archivio Storico del "Corriere della Sera" questo articolo non risulta rintracciabile, né per la data indicata né per altre. In ambiente sanitario la frase è comunque citata molto spesso). A distanza di 10 anni anche in Italia si scorgono ora forti segnali dell'esigenza di "documentare, di rendicontare ciò che si è fatto a chi ci ha dato l'incarico" [9].

In un precedente lavoro si è cercato di esplicitare il legame fra *accountability* e misurazione: "*Accountability* è un contratto. È un accordo fra almeno due parti, fra gli erogatori e coloro che gli chiedono una *performance* pari o maggiore alle aspettative e promesse. In questo senso la *accountability* in sanità richiede la dimostrazione che gli erogatori delle cure e dell'assistenza pos-

sano giustificare l'autorizzazione all'esercizio, ma anche la rispettiva remunerazione. Sembra pertanto abbastanza ragionevole affermare che non vi può essere *accountability* senza misurazione. Inoltre, ci si può aspettare che la misurazione in sé avvenga in maniera conforme a norme accettate dalle parti coinvolte nel contratto. In altre parole, l'erogatore non può usare una metodologia "a scatola chiusa", che rimane sconosciuta nei suoi dettagli agli altri contraenti. La sequenza logica verso la *accountability* va quindi dalla misurazione alla divulgazione dei dati e, infine, verso un accordo congiunto sulla bontà di quanto era promesso/aspettato e di quanto è stato fornito" [5]. Rescnic e Welt descrivono questa esigenza come "il diritto del pubblico di sapere quali cure probabilmente riceveranno dagli ospedali e dai medici cui si rivolgono. Tale trasparenza di informazione dovrebbe permettere ai pazienti di essere informati meglio nel prendere decisioni sulle proprie scelte sanitarie" [10].

Dopo molti anni in cui misurazione e valutazione della qualità avevano come finalità prevalente o esclusiva il miglioramento interno e l'uso degli indicatori avveniva entro le mura delle organizzazioni sanitarie, ora anche in Italia ci troviamo in una interessante fase di "apertura" verso l'esterno. È abbastanza frequente che simili salti di paradigma avvengano in modo precipitoso, tumultuoso, quasi "a valanga"; infatti, nell'arco di pochi mesi si sono verificati molti segnali forti, tutti nella stessa direzione:

- il D.Lgs. 150 del 2009 che impone una trasparenza rispetto alla propria *performance* a tutte le pubbliche amministrazioni italiane, quindi anche alla sanità;
- la pubblicazione, a cura del Ministero della Salute, dei primi dati sugli indicatori del progetto SiVeAS, (Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria è stato istituito con Decreto 17 giugno 2006 presso il Ministero della salute, in attuazione dell'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266) a cura della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (conosciuti come "bersagli");
- la spinta di diverse regioni italiane all'uso di indicatori di *performance* nei propri modelli di accreditamento;
- l'inclusione di indicatori clinici nei "Bilanci di Missione", tipici documenti di rendicontazione sociale.

Un'altra caratteristica di simili fasi di cambiamento tumultuoso è che l'entusiasmo porta i protagonisti ad accelerare le tappe logiche e metodologiche del processo.

Pertanto, può essere utile distinguere 3 tappe distinte e distin-

guibili del processo:

- l'apertura al pubblico (*disclosure*): alcuni dati non sono più ad esclusivo uso interno, ma la cittadinanza, i pagatori, i media, i politici hanno accesso a dati sulla performance clinica delle strutture sanitarie;
- il confronto fra strutture diverse: i dati, se rilevati con metodi uniformi, permettono di comparare fra loro ospedali, servizi, aziende, e di costruire graduatorie, *ranking*, *league tables* ecc.
- i pagatori possono legare una parte della remunerazione delle prestazioni ai livelli di performance raggiunti, ("pay for performance", in breve "P4P").

## DA QUALE SITUAZIONE PARTIAMO PER QUESTI CAMBIAMENTI?

A differenza dalla situazione di 15 anni fa, quando nelle neonate aziende sanitarie i dati erano prevalentemente di natura gestionale-economica o provenivano da pochi flussi informativi obbligatori (p.es. Schede di Dimissione Ospedaliera), ora le Direzioni Aziendali e Sanitarie possono disporre di una moltitudine di misurazioni: dagli indicatori prescritti nei modelli di accreditamento ai sistemi che rilevano cadute, lesioni da pressione o infezioni, dalle indagini di "qualità percepita" all'*incident reporting*, dai report sull'appropriatezza prescrittiva ai tempi di attesa, dall'uso volontario di indicatori sviluppati in altri sistemi sanitari al *big brother* delle Regioni e del Ministero.

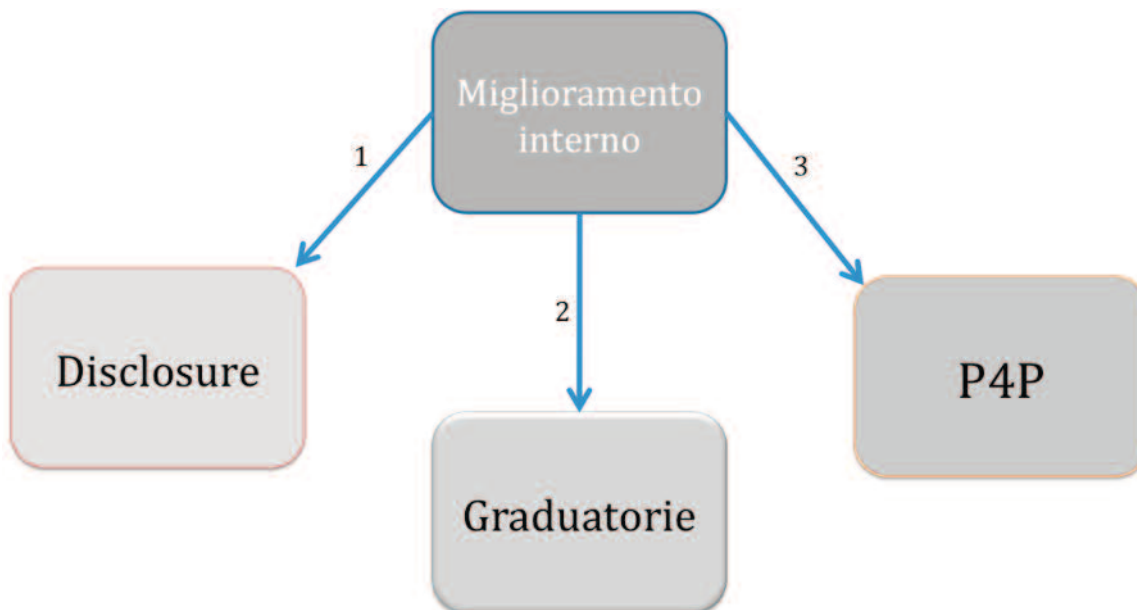
### La qualità dei dati

Relativamente alla qualità metodologica e statistica di questi dati, mancano studi sistematici nella situazione italiana. Una delle revisioni sistematiche più approfondite è stata eseguita dal *National Centre for Health Outcomes Development* [11], che distingue quattro dimensioni per la valutazione della qualità di indicatori:

- criteri scientifici (validità, *scientific soundness*, definizione esplicita);
- criteri di *policy* (rilevanza, usabilità, non-incentivazione di comportamenti indesiderati);
- criteri metodologici (tempestività, frequenza rilevazioni, sensibilità, accettabilità);
- criteri statistici (specificità, affidabilità, qualità dati).

Proposte analoghe provengono anche da altri autori [12,13,14]. In precedenti occasioni [15] si sono suddivisi gli indicatori, attualmente usati in Italia, in tre grandi gruppi:

Figura 2 - Il processo di miglioramento interno



- quelli costruiti localmente (per il miglioramento, per la rendicontazione interna o a corredo della definizione di procedure e prodotti);
- quelli contenuti nei requisiti dei modelli regionali o professionali di accreditamento (soprattutto nelle parti specifiche per branche specialistiche);
- quelli provenienti da sistemi internazionali (AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality* USA, IQIP - *International Quality Indicator Project* AUS, ACHS - *Australian Council on Healthcare Standards*).

in un processo decisionale, di governo.

Uno studio finanziato dalla Regione Emilia-Romagna sta indagando l'effettivo uso degli indicatori (relativi alla sicurezza dei pazienti) da parte dell'alta dirigenza in alcune aziende sanitarie pubbliche. Dai risultati preliminari di due aziende emerge che:

- 10 su 22 alti dirigenti non ricevono dati sulla sicurezza dei pazienti (45.4%);
- 8 su 22 non ne parlano con altri dirigenti (36.4%);
- complessivamente: il 63.6% non riflette con altri dirigenti sui dati, pur essendo questi, di fatto, disponibili;

**Tabella 1** - Gli indicatori di qualità utilizzati in Italia

Indicatori "fatti in casa"	Indicatori nei modelli di accreditamento regionali	Sistemi internazionali di indicatori
Indicatori sviluppati "bottom-up", condivisi, conosciuti, accettati dai professionisti	Sviluppati da specialisti/clinici, condivisi con società scientifiche, direzioni aziendali	Sviluppati da clinici ed esperti di metodologia; a volte sviluppo ed implementazione costosi
Specifici per il contesto della struttura	Specifici per quel modello regionale	Non specifici
Interpretabili e rilevanti per la policy della struttura	Importanti per le strategie regionali	Singoli indicatori possono avere rilevanza locale
Permettono "actionability"		Possibili "perverse incentives"
Non sempre supportati da evidenze scientifiche (validità)	A volte basati su evidenze scientifiche	Basati su revisioni sistematiche
Frequenti problemi con l'elaborazione statistica e con la qualità dei dati	A volte problemi con la qualità dei dati	Raccolta dati a volta costosa, alti livelli di validità e affidabilità
Difficile da accertare la sensibilità	Alcuni misurano aspetti più gestionali che clinici	
Non permettono confronti con altre strutture	Possibile il confronto con altre strutture della stessa regione	Possibile il confronto con molte altre strutture

I punti di forza e debolezza di questi tre tipi di indicatori sono contenuti nella Tabella 1.

Il panorama italiano sembra caratterizzato da quello che potremmo chiamare la "sindrome di Turati", in riferimento al discorso che Filippo Turati tenne alla Camera il 26 Giugno 1920 "Rifare l'Italia": pur essendo disponibile a livello internazionale una grande quantità di indicatori costruiti con *expertise*, collaudati, validi ed affidabili, molte strutture ed organismi italiani ritengono che la propria specificità locale o professionale debba prevalere sulla qualità metodologica e sulla confrontabilità con altri paesi e rifanno percorsi che altri paesi hanno già compiuto e documentato. Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è in corso uno studio-pilota che prende in esame la qualità dei 700 indicatori in uso, con l'aiuto di criteri di scientificità, *policy* e metodologia. Il problema che dai primi riscontri sembra emergere con maggiore frequenza è la mancanza di riferimenti scientifici per la definizione dello standard e per documentare la validità degli indicatori, anche nel caso di quelli prescritti per l'accREDITAMENTO.

#### L'uso dei dati

Oltre alla qualità dei dati, merita attenzione l'effettivo uso di essi, come ricordato nel pro-memoria 2: "la misurazione può essere globale, ma la valutazione è locale" [5], perché solo tramite il passaggio della valutazione i dati prendono significato, entrano

• curiosamente, sei dirigenti dichiarano di non ricevere dati, ma di discuterne con altri.

Il problema, al momento, non sembra affatto essere quello di una *disclosure* verso il pubblico esterno, ma verso i propri dirigenti ed organi dirigenziali, vale a dire di un effettivo uso interno, di una consuetudine e familiarità con i dati, di un utilizzo di questi nei processi decisionali e di governo.

A ciò si aggiunge una curiosa particolarità dei nostri sistemi informativi: esistono non poche situazioni in cui l'elaborazione attenta di dati provenienti da database esistenti (o da combinazioni di database) fornisce ai gestori dei database (Regioni, Agenzie Sanitarie, Ministero, enti da loro delegati) informazioni sulle singole strutture -sotto forma di indicatori- di cui le stesse strutture sanitarie non sono in possesso, a causa di una asimmetria tecnologica e di *expertise*. Quindi, i pagatori delle prestazioni hanno un vantaggio informativo sugli erogatori.

Un'asimmetria simile è quella dei database alimentati da aziende, servizi o professionisti, i cui dati vengono elaborati a livello centrale (nazionale, regionale, di società scientifica o di progetto) con tempistiche molto lunghe, talché l'utilità dell'informazione di ritorno diventa effimera. Anche da questo punto di vista sembra più urgente una *disclosure* nei confronti delle strutture che verso il pubblico.

La situazione di partenza, al momento, sembra quindi essere la seguente:

- nelle strutture sanitarie italiane vengono raccolti dati per molti indicatori;
- la qualità metodologica e statistica di questi indicatori non è sempre garantita;
- i dirigenti delle strutture sanitarie non hanno ancora consuetudine con l'uso di indicatori per il governo dei processi clinici;
- esiste non di rado un'asimmetria informativa fra i pagatori e gli erogatori delle prestazioni sanitarie.

## CHE COSA SAPPIAMO DALLA LETTERATURA?

### L'impatto sulla qualità delle cure

In uno splendido studio con disegno di *trial* randomizzato Tu et al. hanno verificato l'impatto dell'apertura verso il pubblico dei dati di *performance* in 86 ospedali canadesi (Studio "EFFECT"). Non si è potuto dimostrare nessun effetto positivo della pubblicazione dei dati sulla qualità delle cure [16]. Da nessuno dei pochi altri studi sul tema sono emersi risultati univoci, se non il rischio del *gaming*, vale a dire la tendenza delle strutture sanitarie a rifiutare pazienti particolarmente gravi, che potrebbero far peggiorare i propri dati sulla performance.

### L'uso dei dati da parte dei cittadini

Sull'esperienza di *disclosure* e *public reporting* nei paesi anglosassoni esiste una grande quantità di evidenze scientifiche [17,18,19,20]. Possiamo riassumere i risultati relativi all'uso che dei dati fanno i cittadini in pochi punti:

- i cittadini non cercano i dati, spesso non ne comprendono il significato o ne fanno un uso sbagliato;
- l'importanza soggettiva di un indicatore sembra legata alla sua comprensibilità;
- i cittadini spesso ritengono che gli indicatori siano uno strumento punitivo dei politici nei confronti dei professionisti;
- un eventuale interesse iniziale per i dati pubblicati declina nel corso del tempo.

A titolo esemplificativo sia citata l'esperienza storica della Cardiocirurgia in Pennsylvania, dove era stato pubblicato e distribuito un opuscolo con dati molto dettagliati sulla *performance* delle singole strutture [21]. Pur essendo il *bypass* aorto-coronarico un intervento sanitario di una certa importanza per il singolo paziente, solo

- il 20% conosceva l'opuscolo;
- il 12% era consapevole dei dati prima dell'intervento;
- il 2% affermava che i dati erano importanti per la propria scelta;
- meno dell'1% conosceva il tasso di mortalità della struttura in cui era operato.

### L'uso dei dati da parte dei pagatori

I pagatori delle prestazioni sanitarie mostrano un grande interesse per i dati sulla *performance*, che poi svanisce col tempo. Essi preferiscono informazioni più semplici ed incisive, come per esempio "la struttura è accreditata?"

### L'uso dei dati da parte dei professionisti e delle strutture sanitarie

L'atteggiamento più diffuso fra i medici nei confronti della pubblicazione dei dati è quello di sfiducia e difesa; non ne parlano con i propri pazienti. L'impatto sulla scelta di strutture verso le quali inviare pazienti per trattamenti specialistici è marginale, sotto il 2%. Le strutture risultate eccellenti usano i dati pubblicati a scopo di marketing [17,18,20].

### L'uso dei dati da parte dei *mass-media*

L'unico effetto che si verifica con certezza dopo la *disclosure* dei dati al pubblico, è la reazione dei media. Il tenore dei messaggi è generalmente quello di allarmismo, l'atteggiamento è quello del

*blaming* (mettere alla gogna) e l'informazione non viene riportata in maniera articolata, ma fortemente semplificata [20]. Infatti, dopo la pubblicazione del lavoro svolto dalla Scuola Sant'Anna di Pisa, a cura del Ministero della Salute, i titoli sui giornali erano quelli previsti: "Sanità, le pagelle dell'Italia migliore", "Ecco i buoni e cattivi della sanità", "Le pagelle del ministero". Sebbene il gruppo di ricercatori intorno a Marshall e Shekelle avesse fatto la prima revisione della letteratura già nel 2000 (quindi i lavori risalivano a molti anni precedenti), l'Italia sembrerebbe destinata a ripercorrere lo stesso *iter*, con gli stessi errori e gli stessi rischi.

## QUALI INDICAZIONI POSSIAMO TRARRE, APPLICANDO LE CONOSCENZE SULLA SITUAZIONE ATTUALE?

Cercando di arrivare ad una sintesi della situazione attuale con le conoscenze derivate dallo studio della letteratura, emergono le seguenti indicazioni, poste in ordine metodologico e cronologico:

- non creare indicatori per "tutto ciò che si potrebbe misurare", ma per ciò che può avere importanza in un processo decisionale e di governo;
- non fare *bricolage*, costruendo nuovi indicatori "in casa", ma ricorrere il più possibile a sistemi o raccolte di indicatori già esistenti e collaudati;
- diffondere e discutere all'interno delle organizzazioni i dati relativi agli indicatori, creare occasioni che facciano il passo dalla misurazione alla valutazione (Collegio Direzione, Riesame, Valutazione annuale, Conferenza dei Servizi);
- per l'apertura verso il pubblico (*disclosure*) e per la rendicontazione sociale (*accountability*) scegliere indicatori basati su robuste evidenze della letteratura scientifica;
- investire sulla qualità dei dati;
- combinare misure di processo (più gradite ai professionisti) con quelle di esito (più interessanti per i cittadini e i loro rappresentanti);
- nell'uso di indicatori di esito, dedicare particolare attenzione alla ampiezza della casistica esaminata, applicare tecniche di *risk-adjustment* o di stratificazione;
- individuare con cura e condividere all'interno dell'organizzazione i valori di riferimento (*standard*), presi dalla letteratura scientifica o dal confronto con strutture riconosciute come "eccellenti";
- curare con grandissima attenzione gli aspetti comunicativi, spiegare in termini non specialistici l'importanza di un indicatore per la salute dei pazienti e dei cittadini, fornire elementi per comprendere eventuali scostamenti dai valori di riferimento;
- fare un passo alla volta: prima l'apertura dei dati al pubblico, solo successivamente costruire eventuali graduatorie o *ranking* di più strutture, ed infine, introdurre meccanismi economici incentivanti.

### Conflitti di interesse

L'Autore è stato titolare e responsabile scientifico di due progetti, finanziati dall'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna:

- Sperimentazione degli Indicatori del *Quality Indicator Project* in aziende sanitarie italiane (2004);
- Introduzione di indicatori per la sicurezza dei pazienti e valutazione dell'impatto economico ed organizzativo della loro implementazione (2008).

Inoltre, dal 2005, è coordinatore per l'Italia dell'International *Quality Indicator Project* (IQIP®), promosso dalla *Maryland Hospital Association*, ora gestito da *Press Ganey Associates, Inc.*

## BIBLIOGRAFIA

01. Wienand U. L'applicazione degli Indicatori IQIP nella realtà ospedaliera italiana. Relazione al XVI Congresso della Società

- Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria – VRQ. Assisi, 15-18 Novembre 2006. Atti del Congresso
02. Wienand U. L'International Quality Indicator Project in Italia: fra accreditamento e sicurezza. Relazione al Convegno "Indicatori di qualità e sicurezza nei sistemi di valutazione in sanità". Università Statale di Milano, 20 Febbraio 2009. Disponibile su: [www.siquas.it/attachments/Congressi/090220\\_milano/relazioni/wienand.pdf](http://www.siquas.it/attachments/Congressi/090220_milano/relazioni/wienand.pdf) (cited 13 gennaio 2011)
  03. Ughi M, Wienand U. Monitoraggio degli indicatori di performance clinica nell'azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara. SATE: Ferrara; 2009
  04. Wienand U, Adamo C, Blancato G et al. IQIP: l'International Quality Indicator Project negli ospedali italiani. *L'Ospedale*, 2008;2:14-19
  05. Kazandjian VA, Wienand U. Gli indicatori sono utili al miglioramento della qualità e della sicurezza? *Tendenze Nuove*, 2008;5:575-90
  06. Kazandjian VA. Indicators of Quality: Pointer Dogs in Disguise. *J Am Med Rec Assoc*. 1991;62(9):34-6
  07. Kazandjian VA, Lied TR. Healthcare Performance Measurement: Systems Design and Evaluation. Milwaukee: ASQ Quality Press; 1999
  08. Focarile F. Indicatori di Qualità nell'assistenza sanitaria. II edizione riveduta ed ampliata. Torino: Centro Scientifico Editore; 2001
  09. Morosini P, Ferraro F. Enciclopedia della Gestione di Qualità in Sanità. Elementi di economia sanitaria, medicina basta sulle evidenze, statistica, comunicazione. II edizione riveduta ed ampliata. Torino: Centro Scientifico Editore; 2001
  10. Rescnic FS, Welt FGP. The public health hazards of risk avoidance associated with public reporting of risk adjusted outcomes in coronary intervention. *J Am Coll Cardiol*, 2009;53(10):825-30
  11. Lakhani A, Olearnik H, Eayres D. Compendium of Clinical and Health Indicators. Annex 12: Evaluating the quality of clinical and health indicators. London: National Centre for Health Outcomes Development; 2005
  12. Rhew DC, Goetz MB, Shekelle PG. Evaluating quality indicators for patients with community acquired pneumonia. *Jt Comm J Qual Improv* 2001;27(11):575-90
  13. Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M et al., Clinical Indicators: development and applications. *Neth J Med*, 2007;65(1):15-22
  14. Morosini P. Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale. Rapporti ISTISAN 04/29 Rev. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2004
  15. Wienand U. Gli indicatori sono utili al miglioramento delle qualità e della sicurezza? Relazione al Convegno Internazionale "Indicatori per migliorare la qualità e la sicurezza in sanità. Ferrara, 6 Maggio 2008
  16. Tu JV, Donovan LR, Lee DS et al. Effectiveness of Public Report Cards for improving the quality of cardiac care. The EFECT study: a randomized trial. *JAMA*, 2009;302(21):2330-7
  17. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. Public disclosure of performance data: learning from the US experience. *Qual Health Care*, 2000;9:53-7
  18. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA*, 2000;283(14):1866-74
  19. Schauflier HH, Mordavsky JK. Consumer Reports in Health Care: Do they make the Difference?. *Annu. Rev. Public Health*, 2000;22:69-89
  20. Marshall MN, Shekelle PG, Davies HTO, Smith PC. Public reporting on Quality in the United States and the United Kingdom. *Health Affairs*, 2003;22(3):135-48
  21. Schneider EC, Epstein AM. Use of public performance reports: a survey of patients undergoing cardiac surgery. *JAMA*, 1998;279(20):1638-42

## The Sustainability of indicators of clinical performance

After many years, Italy too is now entering an era of "open-mindedness" towards the use of indicators even deriving from outside the health organizations.

Fifteen years ago, Healthcare Trusts obtained data mainly from the managing or the financial department, or only from discharge records. Now Healthcare Trust directors or Medical Directors can have several measurement tools: from the indicators belonging to accreditation models, to systems that detect falls, pressure lesions or infections, from "quality" surveys to incident reporting, from reports on the appropriateness of prescriptions to the waiting lists.

This is the reason why it is necessary to create indicators that can have an impact on the decision-making process, to use those already existing and tested, to enforce risk-adjustment or stratification techniques, to examine carefully communication-associated aspects and therefore explain the importance of such indicators for the health status of patients and citizens.

**Keywords.** Sustainability, clinical indicators, quality improvement.