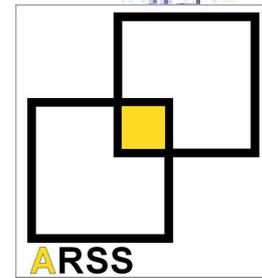


**Agenzia
Regionale
Socio
Sanitaria del
Veneto**



ESPERIENZE INTERNAZIONALI DI RENDICONTAZIONE SOCIALE IN SANITA'

Stati Uniti, Regno Unito, Canada e Australia nonostante abbiano sistemi sanitari molto differenti e siano influenzati diversamente dalle assicurazioni, hanno affrontato sfide simili nello sviluppare strumenti di rendicontazione dei servizi sanitari rivolti agli utenti.

Il dibattito è centrato sulle prospettive di vari stakeholders riguardo alle informazioni che dovrebbero essere disponibili ai consumatori.

Gli Stati Uniti hanno maggiormente implementato la logica di rendicontazione ai consumatori rispetto a Regno Unito, Canada e Australia, anche se questi Paesi hanno cominciato recentemente a rendere disponibili pubblicamente i dati delle performance sanitarie.

Nelle pagine seguenti viene delineata, come descritto nella letteratura, una fotografia dello status delle attività del sistema di rendicontazione esterna (chiamato in seguito reporting) in questi quattro Paesi (Consumer Focus Collaboration, 2000, Campbell, 2000).

STATI UNITI

(Consumer Focus Collaboration, 2000, Campbell, 2000; Marshall, Shekelle, Leatherman, Brook, 2000; Robinson, 2000; Bodenheimer, 1999; Thomas, 1998; Hibbard, Jewett, 1996).

La rendicontazione ai consumatori negli Stati Uniti è influenzata dalla prevalenza del sistema privato di assistenza sanitaria che porta a prestare particolare attenzione ai costi, all'efficienza, ai cambiamenti della gestione delle cure e al dominio di un sistema di assistenza sanitaria guidata dal libero mercato.

Inizialmente, il reporting era inteso come strumento che aiutasse a scegliere tra i piani di assistenza sanitaria concorrenti. La competizione di prezzo poteva costare ai consumatori ed acquirenti in qualità, ma eventi avversi hanno fatto porre una nuova attenzione alla divulgazione pubblica dei dati di performance. La rendicontazione è vista come la possibilità per migliorare l'accountability pubblica e regolare il sistema sanitario.

L'introduzione di un reporting pubblico obbligatorio su eventi avversi è intesa anche a aiutare a ridurre le conseguenze di errori medici.

La rendicontazione delle misurazioni negli Stati Uniti, che inizialmente indicava singoli indicatori di outcome clinico, come il tasso di mortalità aggiustato per rischio dopo l'innesto di un bypass coronarico (CABG) in chirurgia, ora include la misurazione dell'intero processo e degli outcome (ad es. nel HEDIS data set).

Tendenzialmente ogni ospedale o ogni associazione di ospedali fornisce dei report al cittadino, recentemente c'è stato anche un tentativo di integrare costi e misure di qualità.

Prendendo come esempio i report del Rhode Island Hospital si nota che la rendicontazione si riferisce a tre ambiti ben separati:

- la soddisfazione del paziente;
- le performance cliniche;
- le performance finanziarie.

L'obiettivo dei primi due report è promuovere la qualità e a questo proposito esistono molti data set che misurano la qualità delle prestazioni erogate. La tendenza, infatti, è di avere delle informazioni il più omogenee possibile per poter permettere una comparazione tra le performance dei vari ospedali consentendo così anche una scelta informata al cittadino.

Questo confronto può avvenire sia tra gli ospedali dello stesso Stato, come nel caso della California che redige il California's quality of care report card raccogliendo le informazioni dei report qualitativi (report card) dei singoli ospedali, oppure a livello nazionale attraverso le associazioni come la NCQA (National Committee for Quality assurance), NCQHC (National Committee for quality Health Care), FACCT (the foundation for accountability), JCAHO o altre associazioni nazionali che si occupano di qualità.

Le informazioni contenute in questi documenti sono dettagliate e tengono conto di moltissimi indicatori specifici, alcuni hanno anche una certificazione sui dati.

Nel 1993 il National Opinion Research Centre (NORC) dell'Università di Chicago, in collaborazione con il U.S. News & World Report, ha sviluppato un sistema di valutazione multidisciplinare delle strutture ospedaliere americane, a supporto della libera scelta dei cittadini. E' dal 1993 quindi che viene annualmente pubblicato sul sito la classifica delle strutture ospedaliere catalogate per specialità.

Il sistema di classificazione delle strutture del NORC prevede l'assegnazione, per ciascuna specialità presente all'interno delle singole strutture, di un indice di qualità (Index of Hospital Quality – IHQ) che valuta la qualità dei servizi offerti sulla base di tre dimensioni: la struttura, i processi e l'outcome. L'assunto di base, infatti, è che solo dalla combinazione di queste tre dimensioni è possibile definire la qualità d'offerta di una struttura.

E' necessario sottolineare però che non tutte le strutture ospedaliere presenti sul territorio americano rientrano nella valutazione effettuata dal NORC.

E' difficile comunque pensare che l'interesse dei cittadini sia di valutare delle informazioni così specifiche contenute nei report cards (ad eccezione dei dati sulla mortalità che sono d'impatto più immediato), ma piuttosto di confrontarle con ospedali vicini; la scelta di dove curarsi spetta infatti al cittadino in base al tipo di assicurazione che possiede.

Per quanto riguarda le performance finanziarie del Rhode Island Hospital è interessante la particolarità del documento Hospital community benefits report, dove sono analizzati i benefici che l'ospedale può portare alla comunità in un'ottica di responsabilità sociale d'impresa. Questo non stupisce se si pensa che gli ospedali sono privati e il cittadino paga la cura attraverso le assicurazioni private.

Esiste comunque anche un Healthcare Cost Report Information System (HCRIS) che analizza gli Hospital Cost Report degli ospedali pubblici.

I reports statunitensi sia qualitativi che finanziari sono uno strumento di comunicazione esterna che permette al cittadino di avere più informazioni possibili sulla gestione, sulle scelte e sui risultati per poter decidere in quale ospedale curarsi.

La logica competitiva del mercato americano (da cui il settore sanitario non si sottrae) si fonda sulla consapevolezza che solo una strategia di soddisfazione del cliente può garantire importanti risultati di business; per questo motivo è fortemente sentita la necessità di pianificare e gestire in modo globale e coerente gli sviluppi strategici ed organizzativi.

L'obiettivo è quello di tutelare ed indirizzare la libera scelta della struttura sanitaria da parte dei cittadini, mettendo a disposizione un set di informazioni "certificate" sulla base del quale i clienti-pazienti possono scegliere in modo consapevole la struttura a cui fare riferimento.

REGNO UNITO

(Consumer Focus Collaboration, 2000, Campbell, 2000; Coles, 1999; Thomas, 1998; Shaw, 1997)

La rendicontazione nel Regno Unito si è evoluta da iniziative di miglioramento della qualità e nel quadro della public accountability.

A livello di polizze sanitarie, l'obiettivo principale del governo inglese, è stato mantenere un sistema di assistenza sanitaria nazionale attento ai rapporti costo-efficienza ed efficacia.

Le riforme al sistema di assistenza sanitaria degli anni ottanta e novanta avevano tra gli obiettivi quello di abbandonare logiche di competizione tra i produttori (Primari Care Trust, Mental Health Trust, NHS Trust, Ambulance Trust), per introdurre logiche di concertazione o collaborazione competitiva il cui coordinamento è garantito dalle Strategic Health Authorities, come istituzioni deputate allo sviluppo delle linee strategiche del NHS (sistema sanitario nazionale) a livello locale.

Uno degli obiettivi chiave della riforma è stato inoltre quello di spostare l'attenzione dall'efficienza e produttività delle strutture sanitarie, alla qualità delle prestazioni offerte. L'idea di fondo è che il governo della qualità non debba essere esclusivamente lasciato all'autocontrollo professionale dei medici e delle relative società scientifiche, ma gestito attraverso specifici organismi interni ed esterni alle singole aziende e a strumenti correlati.

Tali strumenti sono stati classificati sostanzialmente in tre livelli di intervento:

- definizione di standard di servizio, attraverso istituti quali il National Institute of Clinical Excellence ed il National Service Frameworks;
- erogazione di servizi qualitativamente crescenti, attraverso lo sviluppo di strumenti di clinical governance, la formazione permanente e l'autoregolazione professionale;
- controllo della qualità erogata, attraverso istituti quali la Commission for Health Improvement (CHI), il National Performance Framework e il National Patient and User Survey.

Il CHI, organismo indipendente dal NHS, ha il compito di individuare degli indicatori specifici al fine di valutare un'ampia gamma di servizi ed attività sanitarie, in collaborazione con il Dipartimento della Sanità (Department of Health – DoH) e le strutture interessate.

Dal primo aprile 2004 le competenze della CHI sono state trasferite alla nuova Commission for Healthcare Audit and Inspection (CHAI), organismo indipendente chiamato a valutare, attraverso specifici indicatori, il livello di qualità dei servizi offerti da parte delle strutture del NHS e delle strutture private.

Il CHAI aspira quindi ad essere riconosciuto dai cittadini come un organismo indipendente che fornisce commenti obiettivi sulla qualità dei servizi delle strutture sanitarie e dai provider come "giudice indipendente" che ne valuta le performance.

Il sistema di valutazione predisposto dalla CHI per le strutture ospedaliere prevede due tipologie di indicatori, a cui è attribuito anche un diverso sistema di assegnazione dei punteggi: gli obiettivi chiave, valutati in termini di penalità e le aree obiettivo, (divise in Area clinica, Area paziente, Area competenze e capacità) valutate con il metodo dei percentili.

In un'ottica di responsabilità e trust gli indicatori di performance vengono pubblicati per permettere una comparazione che consenta di migliorare la qualità delle prestazioni mediche in ogni ospedale del Servizio Sanitario Statale.

Negli ultimi anni il governo inglese ha ribadito anche l'attenzione al principio secondo cui i servizi devono essere centrati sulla persona e ci deve essere la partecipazione dei pazienti e della

collettività. (Patient and Public Involvement, PPI) A questo proposito nel dicembre 2002 è stata pubblicata dalla Norfolk and Norwich University Hospital la terza versione di un documento sulla strategie e sui piani per il coinvolgimento dei pazienti e della collettività la cui logica è riassunta dal seguente schema:

Figura 1: Logica del coinvolgimento dei pazienti secondo la Norfolk and Norwich University Hospital

	INFORMATION	FEEDBACK	INFLUENCE
INDIVIDUAL	<ul style="list-style-type: none"> . Patient leaflets . Service Prospectus . Patient held records (smart cards) . Internet provision . Access to patient correspondence 	<ul style="list-style-type: none"> . Individual complaints . Patient feedback/ comments cards . Patient diaries 	<ul style="list-style-type: none"> . ICAS support to . Individuals . Advocates . Interpreters . Customer care
COLLECTIVE	<ul style="list-style-type: none"> . Annual reports on PPI . Strategy for PPI . Annual plans . Performance information . Clinical governance reports . Press and media publicity 	<ul style="list-style-type: none"> . Patient panel . Complaint monitoring . Patient surveys (by organisation/national) . Focus groups . Wider consultation about health needs and priorities 	<ul style="list-style-type: none"> . Citizens juries . Stakeholder conferences . Local Health alliances . Priority settings . Lay representation on NHS bodies . Lay role on clinical governance
OUTCOME	<ul style="list-style-type: none"> . Better informed access to care . Clarity of understanding of rights and responsibilities . Transparency of service provision . Better understanding and confidence in NHS 	<ul style="list-style-type: none"> . Needs focused service . Service responsiveness . Service consistency and quality . Efficient use of resources . Service improvement and development 	<ul style="list-style-type: none"> . Patient choice and patient centred care . Accountability to patients /communities . Contributions to effective clinical governance service . Involvement in treatment decisions

fonte:[http:// www.chi.nhs.uk](http://www.chi.nhs.uk), ultimo accesso giugno 2005

Molti ospedali hanno dei report esterni annuali che non si rifanno a un modello, sono volontari e contengono informazioni del CHI e del PPI.

Hanno prevalentemente l'intento di comunicare se e come hanno raggiunto gli obiettivi prefissati a livello locale e nazionale; nei report più recenti si comincia a vedere l'attenzione agli indicatori economici come dato di valutazione da mettere a disposizione del cittadino.

L'annual report del Kingston hospital, sebbene troppo avaro di informazioni, evidenzia le aree tematiche alle quali in Inghilterra viene prestata maggiore attenzione nel rivolgersi ai cittadini:

- chiarezza negli obiettivi e nelle priorità;
- attenzione al paziente come persona;
- governo clinico;

- attenzione ai lavoratori e al loro rapporto con i pazienti.

Per riassumere le caratteristiche del sistema di valutazione inglese si può dire che l'obiettivo è duplice: da un lato si vogliono fornire informazioni standard e certificate agli utenti, ma dall'altro non si può dimenticare che lo il sistema di comparazione tra ospedali rappresenta soprattutto uno strumento di controllo da parte del Governo sulle strutture ospedaliere, sulla base del quale definire o meno azioni di intervento per il miglioramento della qualità nelle strutture.

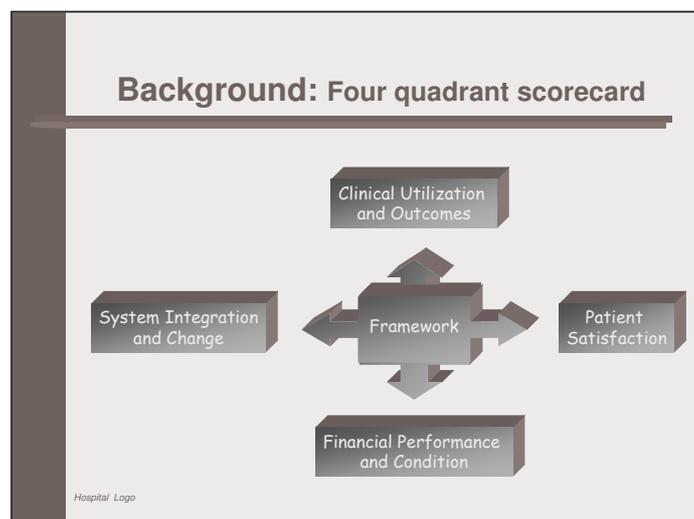
Considerato che il sistema di valutazione è molto recente, per quanto riguarda il sistema di reporting esterno non esiste un modello consolidato e le esperienze sono diverse e volontarie, ma si possono comunque delineare degli argomenti di particolare importanza che ricorrono nei contenuti dei vari report come l'attenzione alla comparazione dei risultati con altri ospedali, l'impegno al miglioramento continuo della qualità, l'efficacia gestionale, la coerenza con gli obiettivi nazionali e il coinvolgimento della collettività.

CANADA

(Consumer Focus Collaboration, 2000; Campbell, 2000;)

Il Canada, si è avvalso di un sistema di raccolta dati sulla qualità interno, volontario e auto-esaminante che permette di migliorare i programmi di creazione e controllo degli standard di qualità di salute. Nel 1998, l'Ontario Hospital Association (OHA) è stato il primo gruppo a pubblicare un report card che contenga dati di performance comparati su tutti gli ospedali nello stato dell'Ontario ad eccezione di due. Questa iniziativa, sostenuta da un gruppo dell'Università di Toronto, nasce da un quadro di miglioramento della qualità. Nel rapporto annuale sono incluse misure di performance complessive del sistema dell'ospedale. Questi report sono stati adottati per primi negli ospedali membri dell'OHA e usati per esaminare obiettivi simili. E' interessante analizzare meglio questo report, sia per la struttura ben definita sia per l'uso appropriato di indicatori. Il progetto di reporting è sponsorizzato dall'OHA a dal Ministero della Salute canadese e ha sviluppato un piano di lavoro di molti anni che dettaglia la produzione di vari report di settore ogni anno. Nel 2003 sono stati prodotti report specifici per gli ospedali acute care, emergency department care e un report che li racchiude tutti: Complex Continuing Care.

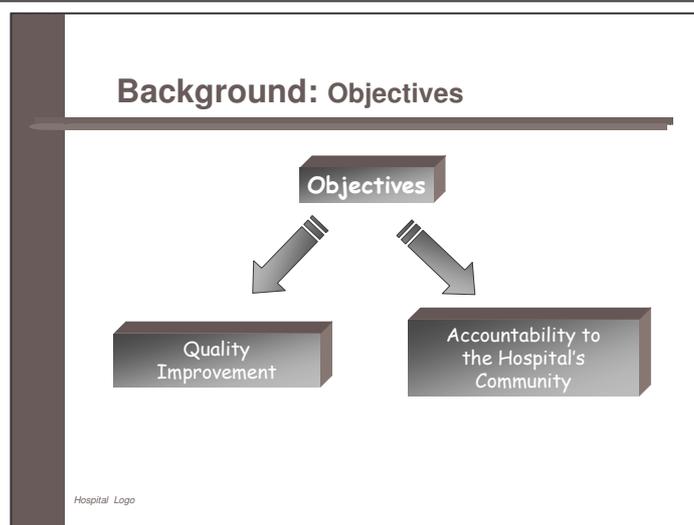
Figura 2: modello di rendicontazione dell'OHA: Tipologie di indicatori



fonte: <http://www.oha.ca>

Gli indicatori inclusi nel Report Complex Continuing Care si dividono in quattro tipologie come descritto nell'immagine; questa divisione si rifà al lavoro di alcuni studiosi dell'Università di Toronto che hanno usato la balanced scorecards per gli ospedali dell'Ontario.

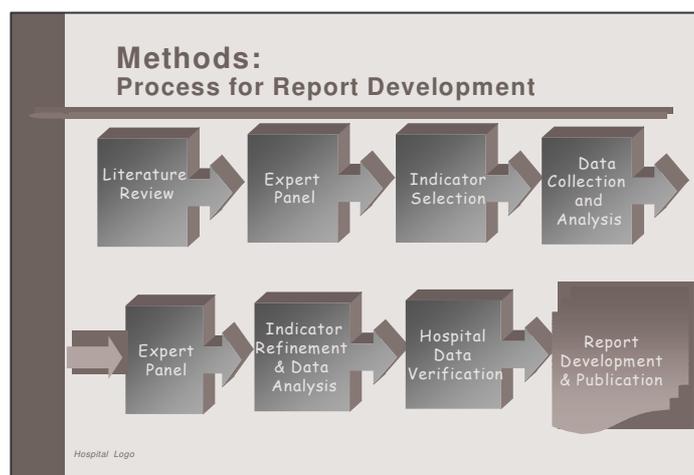
Figura 3: modello di rendicontazione dell'OHA: obiettivi



fonte: <http://www.oha.ca>

L'obiettivo primario dell'Hospital Reports è di fornire informazioni agli ospedali per supportare il miglioramento continuo della qualità. Questi report inoltre offrono agli ospedali uno strumento ulteriore per comunicare la loro accountability alle comunità di riferimento.

Figura 4: modello di rendicontazione dell'OHA: processo di sviluppo del report



fonte: <http://www.oha.ca>

Il processo usato per sviluppare la balanced scorecard per gli ospedali dell'Ontario è piuttosto esteso, poiché si è attinto sia dalle evidenze disponibili sia dai molti indicatori clinici e manageriali degli ospedali dell'Ontario.

Il primo passo della ricerca è stato una review in letteratura di indicatori di performance sia generici che specifici di settore.

L'attenzione statistica del significato dei risultati e la chiarezza dell'indicatore sono due aspetti che si trovano ben evidenziati anche nella stesura finale del report, dove per ogni indicatore viene data la definizione, l'interpretazione del dato e la sua discussione.

L'impostazione rigorosa e dettagliata del documento è chiara fin dalla sua strutturazione.

Il documento si divide nei quattro settori visti precedentemente:

- system integration and change;
- clinical utilization and outcomes;
- patients and family satisfaction;
- financial performance and condition.

Per ogni sezione viene fatta un'introduzione, la descrizione dei metodi e dei risultati.

Nella parte finale sono descritti gli orientamenti per il futuro e in appendice le note metodologiche.

Uno dei pregi di questo documento è sicuramente quello di aver cercato di racchiudere in un unico report tutte quelle performance che danno un'idea più completa del funzionamento di un ospedale, è anche molto curata la chiarezza metodologica e la scelta degli indicatori.

AUSTRALIA

(Consumer Focus Collaboration, 2000; Campbell, 2000; National Health and Medical Research Council, 1999;)

Nel decennio passato si è svolto un dibattito considerevole nel settore della salute australiano a proposito delle informazioni sulla qualità dei servizi di salute che si potrebbero e si dovrebbero rendere disponibili ai consumatori.

Sono stati intrapresi tentativi individuali di decidere che reporting adottare verso i consumatori anche se lo specifico sviluppo di un report sulla salute è di competenza nazionale. Una parte del necessario lavoro di sviluppo per il report è comunque iniziato.

In Australia si trovano varie forme di processi di revisione di qualità volontari, interni e esterni (accreditamento) in un sistema sanitario sia pubblico che privato.

Come gli altri paesi, l'Australia si è sforzata di sviluppare indicatori di performance e quadri di riferimento durante il corso degli ultimi 10 anni. Ha anche cercato di sviluppare misure standardizzate e parametri nazionali per tutti gli stati e territori.

Nel 1996, seguendo una raccomandazione dal Taskforce on Quality del sistema sanitario australiano secondo cui la misurazione accurata di indicatori di performance validi deve essere sia pubblicamente disponibile, sia accompagnata da chiarimenti sui loro usi e limitazioni, i Ministri della Salute australiani del Consiglio consultivo hanno sostenuto la necessità della ricerca e dello sviluppo di un Report Standard del Servizio sanitario per informare i consumatori sulla performance di ospedali riguardo una serie di misure di qualità.

Questa forma di rapporto nazionale non fu intrapresa a causa del bisogno di favorire una comparazione più agevole dei dati sui problemi ai quali i consumatori dovrebbero essere maggiormente interessati, e a causa di accordi di organi come il Consumer Focus Collaboration secondo cui la priorità dovrebbe essere lo sviluppo di metodi di miglioramento e format per offrire informazioni ai consumatori sulla qualità a un livello locale e regionale.

Nella ricerca di un possibile Report Standard sui servizi sanitari il Forum della salute dei consumatori ha consultato gruppi di consumatori e interessati sui loro punti di vista sul genere di informazioni di qualità che troverebbero utili in un report card di un ospedale. L'opinione prevalente che emerge dalla consultazione dei consumatori è stata che un report card delle attività ha un piccolo impatto nella scelta poiché essa è limitata in Australia da molti altri fattori, incluso ubicazione e il bisogno di servizi particolari. Maggior valore è stata individuata nel creare ospedali più disponibili al dialogo con la comunità e chiarire le aspettative e risolvere i dubbi e le incomprensioni che vengono create dai mezzi di comunicazione.

Anche alla luce di queste indicazioni il Consumer Focus Collaboration sta lavorando a un modello di rendicontazione ai cittadini sulla qualità.

Nel frattempo anche in Australia si sono sviluppati reports volontari che assomigliano a quelli degli altri Paesi, un esempio è il Quality of care report del Royal Women's Hospital di Melbourne.

Il documento è inteso come uno strumento di responsabilità di governo clinico e evidenzia quali sono i valori di riferimento e le strategie. Pone inoltre molta attenzione alla centralità del paziente e alle sue esigenze in un'ottica di collaborazione.

Esistono infine degli interessanti report di regioni che predispongono il bilancio delle loro politiche sulla salute fornendo informazioni e statistiche sulle prestazioni erogate e sulla misurazione degli outcomes.

MODELLI DI REPORTING

Le iniziative di reporting hanno l'intento di migliorare la qualità e l'efficacia della salute individuale e dell'intero sistema sanitario.

La pubblicazione di informazioni è usata come uno strumento per un possibile cambiamento da parte degli stakeholders; inoltre con i sistemi di reporting più efficaci si possono integrare i programmi di miglioramento di qualità esistenti.

La revisione di un gruppo di studio australiano ha identificato cinque modelli di reporting

Ogni modello è distinto da:

- il principio di base;
- i dati riportati;
- l'insieme di informazioni e la divulgazione;
- i destinatari.

Anche se si rileva una sovrapposizione tra i modelli (per esempio, un rapporto che si fonda sulla base razionale della competizione può servire anche lo scopo della responsabilità) possono essere identificati il principio di base, i dati riportati, l'insieme di informazioni, la divulgazione e i destinatari.

I cinque modelli sono:

1. modello basato sulla competizione;
2. modello basato sulla responsabilità;

3. modello basato sulla qualità e la sicurezza;
4. modello basato sul consumer empowerment
5. modello basato sul sistema sanitario e stato di salute.

1. Modello basato sulla competizione

Il principio di base: È risaputo che aumentare la competizione tra fornitori di assistenza sanitaria migliora la qualità di servizi mentre riduce o almeno mantiene costi.

L' aumento di informazioni ai consumatori, e agli acquirenti nel caso degli Stati Uniti, facilita una decisione più informata da parte degli stessi nello scegliere i propri erogatori di assistenza sanitaria (erogatori individuali, agenzie, networks). Gli acquirenti che compiono scelte razionali che massimizzano il valore di servizi, e scelgono servizi con migliori output (costo, qualità e altre variabili importante per gli acquirenti) vorranno poter avere la massima scelta sul mercato.

Esempi di dati riportati: Assicurazione e costi di copertura di assistenza sanitaria, benefici disponibili.

L'insieme di informazioni e la divulgazione: Stampa, internet, video.

I destinatari: Acquirenti di fondi di assicurazione, consumatori, agenzie sanitarie.

2. Modello basato sulla responsabilità

Il principio di base: Migliorando l'accountability di servizi di salute attraverso i public reporting di informazioni di performance si può offrire una salvaguardia contro una scadente qualità dell'assistenza sanitaria, assicurare un minimo di standard professionali e garantire i diritti dei pazienti. Aumentando le pressioni esterne sugli erogatori per soddisfare i minimi standard, si arriva a riconoscere i limiti dell'accreditamento, degli outcomes e delle misure di performance, tanto da capire che l'autoregolazione nel sistema di assistenza sanitaria da sola è inadeguata per assicurare la qualità.

Rendicontare per l'accountability offre pressione esterna per migliorare il livello di qualità attraverso la comparazione, per esempio di serie di outcome clinici, percezioni dei pazienti e costi associati.

Esempi di dati riportati: Indicatori clinici, accreditamento certificazioni, report su avventi avversi. Le Langue Tables del Regno Unito sono un esempio di questo modello di reporting.

L'insieme di informazioni e la divulgazione: Rapporti statali, internet, inclusione in altri rapporti annuali. Alcuni dati sono di dominio pubblico, ma non prontamente disponibile a consumatori.

I destinatari: Regolatori dei sistemi sanitari.

3. Modello basato sulla qualità e la sicurezza;

Il principio di base: La pubblicazione di dati di qualità comparati provoca preziosi feedback sulle performance e sull'identificazione delle opportunità per miglioramenti. Negli Stati Uniti, gli erogatori di salute hanno pubblicato molte informazioni sulla qualità dei servizi di sanitari.

Esempi di dati riportati: Dati di mortalità, tassi di infezione, risultati di miglioramento di qualità continuo, e benchmarking programs.

I destinatari: organi statali, regolatore, associazioni

4. Modello basato sul Consumer empowerment

Il principio di base: Informare il consumatore e larga parte di comunità sulla qualità dei servizi sanitari e performance è considerato un diritto fondamentale e un beneficio al sistema di assistenza sanitaria. Il consumatore che partecipa alla pianificazione, esamina e valuta i servizi sanitari può aiutare gli erogatori a essere più responsabili e trasparenti verso i consumatori migliorando così la qualità e gli outcomes dei sistemi di cura.

Esempi di dati riportati: Negli Stati Uniti, questo include pagelle, profili di qualità dell'ospedale, FACCT consumer reports e guide che spiegano come interpretare informazioni sulla qualità

L'insieme di informazioni e la divulgazione: Internet, stampa, video.

I destinatari: Consumatori.

5. Sistema di salute e status di salute

Il principio di base: Misure di performance comparate sono usate come uno strumento nel valutare la qualità di cura e outcomes nella comunità locale e a livello nazionale.

La pubblicazione di queste informazioni può essere usata come una base per il dibattito pubblico e lo sviluppo di polizze sanitarie. Misurare le performance può aiutare la partecipazione a campagne di educazione pubblica e influenzare i comportamenti.

Esempi di dati riportati: Statistiche di status di salute, come mortalità infantile in aree geografiche diverse.

L'insieme di informazioni e la divulgazione: Rapporti statali, internet.

I destinatari: Epidemiologi, dipartimenti della salute.

Figura 5: Schematizzazione dei diversi Modelli di reporting

MODELLI DI REPORTING	ESEMPI INTERNAZIONALI
Competizione	NCQA accreditation e le cosiddette "Report Cards" (USA) JCHO accreditation e i report chiamati "Quality Check" (USA)
Accountability	League tables (UK) Accreditation status (tutti gli stati) The patient's Charter (UK) Clinical Indicators e High Level Performance Indicators (UK)

Qualità e sicurezza	<p>New York Cardiac Surgery Reporting System (USA)</p> <p>Ontario Hospital Association Project (CA)</p> <p>Consumer Focus Collaboration (AU)</p> <p>Australian Concil on Safety and Quality (AU)</p>
Consumer empowerment	<p>Consumer-Oriented Mental Health Report Card (USA)</p>
Sistema sanitario e status di salute	<p>National Health Performance Commitee (AU)</p> <p>WHO report on international comparisons on health status statistics</p>

fonte: Consumer Focus Collaboration, 2000