



Conorzio per la Ricerca Economica
Applicata in Sanità



UNIVERSITA' degli STUDI di ROMA
TOR VERGATA

“Una misura di *performance* dei SSR”

Risultati dello Studio

CREA Sanità - Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità

Il Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (CREA Sanità), promosso dall'Università di Roma Tor Vergata e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG), nasce nel 2013, grazie all'esperienza maturata dal gruppo di ricercatori del CEIS Sanità della Facoltà di Economia dell'Università di Roma Tor Vergata. Il Consorzio, presieduto dal Professor Federico Spandonaro, fornisce servizi di consulenza, formazione e supporto a enti pubblici e privati nel campo dell'economia e del management sanitario. Tra le principali aree di ricerca: politica sanitaria, valutazioni economiche (analisi costi benefici, costi efficacia, costi utilità), *Health Technology Assessment* e analisi organizzative.



Grafica copertina e impaginazione a cura di Sidera s.r.l.
Vicolo Tonale, 4 - 25032 Chiari (BS)

Finito di stampare nel mese di Gennaio 2014 da PressUp s.r.l.
Via La Spezia, 118/C - 00055 Ladispoli (RM)

E' vietata la riproduzione, la traduzione, anche parziale o ad uso interno o didattico, con qualsiasi mezzo effettuata, non autorizzata.

ISBN 9788890592768

PROGETTO “UNA MISURA DI PERFORMANCE DEI SSR” RISULTATI



CREDITS

Federico Spandonaro, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata
(Supervisore scientifico)

Daniela d'Angela, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata
(Project leader)

Hanno collaborato:

Barbara Polistena, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata

Giorgia Battaglia, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata

Anna Chiara Bernardini, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata

Marcello Di Biagio, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata

Marcello Galiano, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata

Valentina Lista, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata

Laura Piasini, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata

Esmeralda Ploner, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata

RINGRAZIAMENTI

Il progetto “Una misura di performance dei SSR”, è stato realizzato grazie ai grant incondizionati di:



Daiichi-Sankyo



Risposte che contano.



e al supporto organizzativo di Sidera srl (Chiari, BS)



COMPONENTI PANEL DI ESPERTI

ACETI Tonino, Coordinatore nazionale Tribunale dei Diritti del Malato, Cittadinanzattiva
ARMIENTI Guglielmo, Direttore Regional Market Access, MSD
BALZANELLI Mario Giosè, Direttore Dipartimento 118 ASL Taranto
BARBON GALLUPPI Renza, Presidente UNIAMO
CARRADORI Tiziano, Direttore Generale Sanità e Politiche sociali, Regione Emilia Romagna
CERBO Marina e PERRINI Maria Rosaria, Area funzionale Innovazione Sperimentazione e Sviluppo ISS AGE.NA.S.
CHILELLI Enzo, Direttore Generale e STURANI Fabio, Federsanità ANCI
CIVERCHIA Leonardo, Market Access Manager, Daiichi Sankyo Italia
COSTAMAGNA Guido, Direttore Istituto di Clinica Chirurgica U.O. di Endoscopia Digestiva Chirurgica Policlinico Universitario Agostino Gemelli
D' ARPINO Alessandro, Direttore farmacia, A.O. di Perugia
DE CRISTIFANO Barbara, Biogen Idec
DE GRASSI Flori, Direttore Generale Salute ed Integrazione Socio Sanitaria, Regione Lazio
DESIDERI Enrico, Direttore Generale AUSL 8 Arezzo
DOTTI Carla, Direttore Generale A.O. di Legnano
ERRICO Luigi, Regional Business Manager, Janssen
LODATO Sergio, Direttore Sanitario Aziendale IRCCS Istituto Tumori di Napoli "G. Pascale"
MENDUNI Paolo, Direttore Generale ASL Caserta
MASTROBUONO Isabella, Direttore Sanitario Policlinico di Roma Tor Vergata
MILILLO Giacomo, Segretario nazionale FIMMG
ORLANDO Antonino, Direttore Generale Assessorato Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, Regione Calabria
RANIERI Pietro, HEALTH & VALUE and CORPORATE AFFAIRS Regional Lead Pfizer Italia
RICCINI Carlo, Responsabile Centro Studi e PARESCHI Riccardo Farmindustria
PELAGALLI Maddalena, Responsabile rapporti istituzionali APMAR
RATTI Marco, Health Economics & Pricing Manager, Boehringer-Ingelheim
SCARCELLA Carmelo, Direttore Generale ASL Brescia
TANESE Angelo, Direttore Generale ASL Roma E
TRIPALDI Domenico, Dirigente Generale dipartimento salute e sicurezza sociale , Regione Basilicata
TROISE Costantino, Presidente e MONTANTE Giuseppe, vice segretario nazionale ANAAO
TURNO Roberto, Vice Direttore, Il Sole 24 Ore Sanità
VANZETTO Andrea, Market Access Effectiveness Manager Novo Nordisk SPA
VASTA Concetto, Corporated affairs & Reimbursement Sr Director Eli Lilly Italia SPA
VOLTAN Gabriella, Presidente ANMAR e VIORA Ugo, Presidente ANMAR Piemonte
ZUCCATELLI Giuseppe, Sub-commissario Sanità Regione Abruzzo

INDICE

PREFAZIONE.....	9
1. INTRODUZIONE.....	11
2. METODOLOGIA.....	15
3. RISULTATI.....	17
3.1 I Step: scelta dimensioni e indicatori di performance.....	17
3.1.1 Esiti delle votazioni.....	19
3.1.2 Riflessioni sulla scelta degli indicatori.....	44
3.2 II Step: le funzioni di valore degli indicatori.....	45
3.2.1 Riflessioni sulle funzioni di utilità degli indicatori.....	58
3.3 III Step: la sostituibilità fra gli indicatori.....	58
3.3.1 Il contributo degli indicatori alla performance.....	59
3.3.2 Il contributo delle dimensioni alla performance.....	62
3.4 Misure di performance dei SSR.....	64
3.4.1 Misure di performance dei SSR prospettiva 'Utenti'.....	65
3.4.2 Misure di performance dei SSR prospettiva 'Professioni Sanitarie'.....	66
3.4.3 Misure di performance dei SSR prospettiva 'Industria Medica'.....	67
3.4.4 Misure di performance dei SSR prospettiva 'Management aziendale'.....	68
3.4.5 Misure di performance dei SSR prospettiva 'Istituzioni'.....	69
3.4.6 Riflessioni sui ranking di performance.....	70
4. CONTRIBUTI ALLA POLITICA SANITARIA.....	71
APPENDICE.....	75

INDICE GRAFICI E FIGURE

Figura 1. Esito votazione per indicatore Dimensione 'Sociale'.....	19
Figure 2. Esito votazione per indicatore Dimensione 'Economico Finanziaria'.....	20
Figure 3. Esito votazione per indicatore Dimensione 'Appropriatezza'.....	21
Figure 4. Esito votazione per indicatore Dimensione 'Esiti'.....	22
Figure 5. Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale' Categoria 'Utenti'.....	24
Figure 6. Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-Finanziaria' Categoria 'Utenti'.....	25
Figure 7. Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti' Categoria 'Utenti'.....	26
Figure 8. Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza' Categoria 'Utenti'.....	27
Figure 9. Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale' Categoria 'Professioni sanitarie'.....	28
Figure 10. Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-Finanziaria' Categoria 'Professioni sanitarie'.....	29
Figure 11. Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti' Categoria 'Professioni sanitarie'.....	30
Figure 12. Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza' Categoria 'Professioni sanitarie'.....	31
Figure 13. Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale' Categoria 'Industria medicale'.....	32
Figure 14. Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-Finanziaria' Categoria 'Industria medicale'.....	33
Figure 15. Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti' Categoria 'Industria medicale'.....	34
Figure 16. Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza' Categoria 'Industria medicale'.....	35
Figure 17. Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale' Categoria 'Management aziendale'.....	36
Figure 18. Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-Finanziaria' Categoria 'Management aziendale'.....	37
Figure 19. Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti' Categoria 'Management aziendale'.....	38
Figure 20. Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza' Categoria 'Management aziendale'.....	39
Figure 21. Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale' Categoria 'Istituzioni'.....	40
Figure 22. Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-Finanziaria' Categoria 'Istituzioni'.....	41
Figure 23. Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti' Categoria 'Istituzioni'.....	42
Figure 24. Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza' Categoria 'Istituzioni'.....	43
Figure 25. Funzione utilità indicatore '% famiglie con bambini impoverite' Per Categoria.....	46
Figure 26. Funzione utilità indicatore '% famiglie con anziani in carico impoverite' Per Categoria.....	47
Figure 27. Funzione utilità indicatore '% famiglie impoverite con spese socio sanitarie OOP' Per Categoria.....	48
Figure 28. Funzione utilità indicatore '% disavanzo FSR' Per Categoria.....	49
Figure 29. Funzione utilità indicatore 'Spesa pro capite per investimenti fissi in sanità e assistenza sociale' Per Categoria.....	50
Figura 30. Funzione utilità indicatore 'Spesa sanitaria totale pro capite pesata' Per Categoria.....	51
Figura 31. Funzione utilità indicatore 'Tasso di mortalità evitabile' Per Categoria.....	52
Figure 32. Funzione utilità indicatore 'Speranza di vita libera da disabilità (75+)' Per Categoria.....	53
Figure 33. Funzione utilità indicatore 'Persone molto soddisfatte dell'assistenza medica ospedaliera' Per Categoria.....	54
Figure 34. Funzione utilità indicatore 'Tasso di ricovero per BPCO, diabete e scompenso (50 74 anni) Per Categoria.....	55
Figura 35. Funzione di utilità indicatore '% anziani in ADI (65+)' Per Categoria.....	56
Figure 36. Funzione utilità indicatore 'Quota ricoveri ospedalieri ordinari con DRG inappropriati Per Categoria.....	57
Figure 37. Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR Valore %.....	60
Figure 38. Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR Per Categoria Valore %.....	61
Figure 39. Contributo delle Dimensioni alla Performance dei SSR Per Categoria Valore %.....	63
Figure 40. Misura di Performance dei SSR.....	64
Figure 41. Misura di Performance dei SSR Prospettiva 'Utenti'.....	65
Figure 42. Misura di Performance dei SSR Prospettiva 'Professioni sanitarie'.....	66
Figure 43. Misura di Performance dei SSR Prospettiva 'Industria medicale'.....	67
Figure 44. Misura di Performance dei SSR Prospettiva 'Management aziendale'.....	68
Figure 45. Misura di Performance dei SSR Prospettiva 'Istituzioni'.....	69

PREFAZIONE

Negli ultimi anni l'attenzione verso l'accountability delle politiche pubbliche, e quindi anche di quelle sanitarie, è cresciuta enormemente, con una ampia fioritura di sistemi e metodi.

Il progetto "Una misura di performance dei SSR" si inserisce in questo filone, cercando di portare un contributo su due elementi sostanziali: l'importanza di considerare la Performance in termini multidimensionali e di "comporre" prospettive diverse come quelle che persone o gruppi di interesse (stakeholders) diversi, possono legittimamente portare.

Entrambi gli elementi portano ad un problema eminentemente metodologico, che è quello di come "mettere insieme", democraticamente, la multidimensionalità e anche le diverse prospettive.

Il team di ricerca di CREA Sanità - Università di Roma Tor Vergata (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) ha cercato prima di rispondere al quesito metodologico, proponendo un metodo basato sulla elicitazione delle Utilità, mutuato dalla logica della teoria economica, e già reso operativo nell'approccio delle decisioni multi attributo proposta dalla teoria del Project Management.

Quindi, con il progetto "Una misura di performance dei SSR", realizzato grazie al contributo incondizionato e alla partnership di un gruppo di aziende del settore, nonché della competente disponibilità di un qualificato panel di Esperti, ha testato in pratica il metodo, ponendosi come una prima originale indagine esplorativa in questo campo.

L'ambizione era quella di verificare da una parte le gestibilità di una complessità significativa, quale quella implicita nella composizione in Sanità di obiettivi e prospettive diverse fra loro; dall'altra di verificare l'ipotesi di ricerca da vari punti di vista, di cui due particolarmente interessanti: le differenze nelle prospettive adottate dai diversi stakeholder, pesano davvero nella valutazione finale delle Performance dei sistemi sanitari? Il valore attribuito ai vari indicatori segue logiche lineari, di proporzionalità, o dipende dai livelli degli indicatori stessi? Entrambi gli obiettivi possono dirsi pienamente raggiunti, confermando le aspettative qualitative e permettendo di quantificarne gli effetti.

La relazione che segue descrive analiticamente la metodologia predisposta e poi adottata, e i risultati ottenuti, suggerendone il possibile contributo alla definizione delle politiche sanitarie.

Daniela d'Angela

Federico Spandonaro

1. INTRODUZIONE

Il progetto “Una misura di Performance dei SSR” si propone di sviluppare una metodologia per misurare la soddisfazione sulle politiche e sugli esiti clinici e sociali dei SSR, incorporando e mediando la visione di differenti stakeholders: si tratta di un esperimento di “ingegneria sociale,” potenzialmente utile nel supportare la formazione degli indirizzi delle politiche sanitarie pubbliche.

La definizione di performance è concetto in qualche modo sfuggente, che pur non venendo spesso approfondito adeguatamente, tanto da rimanere altrettanto spesso implicito, viene ampiamente proposto nelle metodologie di valutazione.

Rimandando al seguito per una più puntuale definizione del concetto di Performance di un Sistema Sanitario, ci limitiamo qui a ricordare come la letteratura tenda almeno ad essere sufficientemente concorde nel ritenere che la Performance abbia una natura multi dimensionale, in ossequio alla complessità unanimamente riconosciuta al settore.

Da questa assunzione derivano almeno due conseguenze fra loro interrelate.

La prima, è quella per cui è necessario identificare e, quindi, esplicitare le diverse Dimensioni della Performance, in modo da garantire che esse siano tutte ragionevolmente rappresentate da adeguati indicatori.

In effetti si delinea come la Performance sia una sorta di media (composizione) di singole Performance (specifiche) di Dimensione: a titolo di esempio, possiamo immaginare che efficienza, efficacia e qualità siano diverse Dimensioni della Performance (complessiva) e su ognuna sia possibile una autonoma valutazione; ma la Performance (complessiva) dovrà rappresentare la sintesi del grado di Performance (specifico) raggiunto su ogni singola Dimensione.

Ogni Dimensione può a sua volta essere rappresentata in modo alternativo, mediante la scelta degli indicatori da utilizzare.

La seconda conseguenza è che ogni Dimensione è, in generale, misurata in unità naturali diverse, in via di principio non sommabili fra loro; quindi per giungere ad una Performance complessiva, è necessario elaborare una unità di misura omogenea, indipendente dalle caratteristiche proprie di ogni singola Dimensione.

Quindi nella definizione di Performance è centrale il ruolo della cosiddetta funzione di composizione adottata: tematica che verrà approfondita nel seguito.

Un elemento aggiuntivo di riflessione è dato dalla natura dei sistemi sanitari oggetto di analisi: nel caso specifico italiano, la natura pubblica dei SSR va tenuta in conto, condizionando tanto le Dimensioni, quanto la prospettiva dell'analisi.

Ad esempio, l'equità è una Dimensione propria della Performance di un servizio pubblico e non necessariamente lo sarebbe di uno privatistico; per prospettiva intendiamo qui la scelta degli elementi da prendere in considerazione che, nel caso di un sistema sanitario pubblico, sembra naturale siano interpretabili in termini di costi e benefici sociali (quindi nell'ottica del cittadino) prodotti dal servizio.

Un approccio peraltro tipico della scienza economica, che ci porta a proporre una funzione

di composizione orientata a replicare la costruzione delle preferenze sociali per le diverse conseguenze prodotte dai SSR.

La logica della proposta, che verrà tecnicamente descritta nel seguito, si fonda sull'idea che gli stakeholder del sistema perseguono obiettivi (Dimensioni) plurimi, a cui attribuiscono, in base alle loro personali preferenze, un grado di utilità diversificato. Ogni stakeholder sconta, altresì, un saggio marginale di sostituzione degli obiettivi diverso, tale da poter in qualche modo compensare (in modo non necessariamente "lineare") una peggiore Performance su un obiettivo, con una maggiore Performance sugli altri (e vice-versa).

In pratica stiamo asserendo che, nella nostra visione di Performance, non tutti gli obiettivi forniscono in via di principio la stessa utilità sociale, e che possono essere, almeno parzialmente, compensati fra loro.

Come detto, l'approccio metodologico non è evidentemente di per sé nuovo, replicando il processo decisionale su cui si basa tutta la teoria della domanda sviluppata nelle scienze economiche.

Per quanto di nostra conoscenza, è invece originale l'applicazione al settore sanitario, ove la ricerca delle misure di Performance si è per lo più basata su funzioni di composizione definite (speso in modo non trasparente) a priori, da una tecnostruttura di esperti: in tal modo si assume, però, una preferenza sociale sviluppata dal lato dell'offerta e non da quello della domanda.

L'idea, alternativa, del presente lavoro è quella di elicitare le preferenze (personali e poi, come vedremo, sociali), da cui stimare una funzione di utilità capace di produrre un ranking delle Performance a livello di SSR.

La scelta del metodo è basata su varie considerazioni, in parte anticipate, che elenchiamo di seguito.

In primo luogo, osserviamo che qualsiasi metodo di composizione adottato implicitamente assume un sistema di "pesi" attribuiti agli indicatori. A titolo di esempio, metodi statistici possono adottare "pesi" proporzionali agli scarti dalla media degli indicatori standardizzati, ovvero alla variabilità; metodi qualitativi possono adottare "pesi" arbitrari scelti dal

costruttore del modello; persino metodi grafici adottano implicitamente un sistema di "pesi": a titolo di esempio, il noto metodo dei bersagli proposto dall'Istituto Superiore S. Anna e adottato dal Ministero della Salute, implica in prima istanza pesi uguali per tutti gli indicatori (rimandando a successive ed esterne valutazioni la loro eventuale prioritizzazione), e come "misura" (semplificando) la distanza dell'indicatore dal centro del bersaglio.

Il nostro tentativo è quello di evitare che il sistema dei pesi sia arbitrariamente imposto e, principalmente, lo sia implicitamente.

Nel nostro modello i "pesi" sono frutto dell'elicitazione del sistema di preferenze degli stakeholder: sono, quindi, soggettivi, ma non arbitrari.

Inoltre, trasparenza vuole che il sistema di "pesi" sia reso esplicito, in quanto da essi dipen-

de il risultato finale: l'elicitazione delle utilità relative, adottata nel seguito, garantisce che il sistema dei "pesi" sia completamente esplicito e quindi come tale anche criticabile.

Un secondo ragionamento riguarda i fondamenti teorici del metodo: nel nostro caso ci appoggiamo sul noto costrutto teorico di Von Neumann e Morgenstern, che garantisce un'intrinseca coerenza alle cosiddette utilità.

In terzo luogo, ci basiamo sull'analogia con la teoria della domanda, in quanto la natura pubblica del servizio ci sembra debba mettere al centro del sistema di interessi i cittadini e le loro preferenze: quindi, queste ultime, riteniamo rappresentino l'ingrediente fondamentale per un sistema di valutazione dei SSR.

Ovviamente va segnalato che l'implementazione operativa del metodo presenta varie problematiche tecniche, che sono analizzate nel paragrafo seguente.

2. METODOLOGIA

La metodologia sviluppata consiste nella trasposizione del paradigma dell'analisi delle decisioni, proprio della teoria del Project Management, nell'ambito sanitario, e in particolare della valutazione delle Performance.

Nella teoria delle decisioni, fra un set finito di alternative, occorre scegliere la "migliore" secondo obiettivi fissati.

In analogia, nel nostro caso, ogni alternativa rappresenta una possibile Performance e lo scopo è definirne il livello di "desiderabilità", ovvero di utilità sociale.

Nella teoria delle decisioni, fissato un obiettivo e in presenza di effetti prodotti non noti, la scelta tra più alternative avviene attraverso la definizione di un ordine di preferenza, che consenta un ordinamento e quindi la scelta.

L'analisi decisionale solitamente presenta un aspetto multi dimensionale, dovendo valutare outcomes di natura differente; si basa sulla definizione di un cosiddetto "modello di valore", che permette di determinare le preferenze, esprimibili o in termini di ranking degli outcome, o come valori numerici indicativi della misura della preferenza.

Nella metodologia proposta nel presente lavoro, ai fini della determinazione di un indice sintetico di Performance dei Sistemi Sanitari Regionali, gli obiettivi sono rappresentati dalle Dimensioni, sulle quali si intende valutare la Performance.

Ogni Dimensione può essere eventualmente disaggregata in più sub Dimensioni, descritte al livello più basso da indicatori (attributi).

Una Performance viene così descritta dal vettore degli stati degli indicatori opportunamente individuati.

Ai fini di giungere ad un ordinamento delle Performance, è necessario usare una misura di preferenza, ovvero una funzione di composizione dei possibili stati degli indicatori.

I pesi utilizzati nella funzione di composizione dovranno rappresentare le Utilità attribuite dagli stakeholders alle varie dimensioni di Performance.

La metodologia è stata implementata costituendo un panel di esperti, scelti in funzione delle loro competenze, e in quanto rappresentanti di esperienze professionali diversificate, ai quali è stato richiesto di fornire indicazioni da cui trarre le loro personali preferenze su vari possibili indicatori e sulla loro importanza relativa.

La scelta di utilizzare esperti riteniamo sia giustificabile non solo per ragioni di implementabilità del metodo (la complessità dei metodi di elicitazione non permette applicazioni massive su popolazioni ampie o relativi campioni rappresentativi ampi), sia per la natura complessa della Sanità, che notoriamente implica rilevanti asimmetrie informative. Ricorrere ad esperti, ma portatori di visioni diverse del sistema, comprese quelle proprie degli utenti (ovvero della domanda) è sembrato, quindi, un ragionevole compromesso.

In una prima riunione, tenutasi a Roma il 25 Settembre 2013, 34 esperti provenienti da tutt'Italia, afferenti a cinque Categorie: 'Utenti' (associazioni dei cittadini, sindacati, stampa), 'Professioni sanitarie' (medici di famiglia, ospedalieri, del servizio di emergenza urgenza 118, infermieri, farmacisti), 'Management aziendale' (Direttori Generali, Sanitari e

Amministrativi), 'Istituzioni' (Assessorati regionali, Agenzia Nazionale della Sanità, Agenzia Italiana del Farmaco) e 'Industria medicale', hanno fornito le loro valutazioni.

I componenti del panel sono stati prima coinvolti nella scelta delle Dimensioni di Performance, quindi nella scelta di indicatori che le rappresentino; quindi, ancora, nella elicitazione del valore sociale che gli esperti attribuiscono ai vari indicatori; ed, infine dei livelli di sostituibilità che gli esperti ritengono esistere fra i diversi possibili esiti.

Il processo è stata supportato da specifici software implementati dal team di ricerca del CREA Sanità: ogni esperto ha operato singolarmente con l'ausilio di un computer.

3. RISULTATI

3.1 I Step: scelta dimensioni e indicatori di performance

Nel primo step del metodo proposto, i partecipanti sono stati chiamati a scegliere, da un set di indicatori proposti, per ogni singola Dimensione, quelli preferibili per rappresentare la Dimensione stessa nel processo di definizione della Performance.

Le Dimensioni della Performance dei sistemi sanitari assunte alla base del nostro esercizio, sono quelle, classiche, delle cosiddette prospettive delle Balanced Scorecard (Kaplan e Norton): un approccio che ha crescente considerazione anche nell'ambito della Sanità pubblica.

La natura pubblica dei sistemi sanitari ha suggerito l'opportunità di integrare le classiche prospettive proposte da Kaplan e Norton con un'ulteriore prospettiva, rappresentata dall'equità (Fioravanti, Spandonaro, 2010); quindi le Dimensioni della Performance adottate sono state quella:

- Sociale (equità di accesso, burden finanziario sulle famiglie etc.)
- Economico Finanziaria (efficienza e economicità, etc.)
- Esiti (qualità percepita, etc.)
- Appropriatezza (appropriatezza clinica, organizzativa etc.).

I componenti del panel, adottando un sistema di televoto, hanno selezionato 12 indicatori da un set di 30, ovvero 3 per ognuna delle quattro Dimensioni individuate.

Trattandosi della prima applicazione del metodo, sono state adottate due semplificazioni: la prima è la predeterminazione degli indicatori di partenza; essi sono stati scelti dal gruppo di ricerca di CREA Sanità, che li ha selezionati in base a vari criteri, fra cui citiamo:

- disponibilità a livello regionale
- replicabilità
- specificità (rispetto ai fini del progetto)
- standardizzabilità
- robustezza

Una nota va spesa sulla standardizzabilità, che è stata ritenuta elemento sostanziale, onde evitare che effetti di variabilità spuria (a titolo di esempio, attribuibile a differenti condizioni di bisogno delle popolazioni) possa distorcere la misura di Performance espressa dall'indicatore: per questo motivo sono stati esclusi molti indicatori pur di frequente utilizzo.

La seconda semplificazione si riferisce al fatto che per ogni Dimensione è stato scelto un numero di indicatori limitato (tre) e predefinito.

In fase di prima applicazione del metodo, sono state anche raccolte osservazioni e suggerimenti per una futura espansione e revisione del set di indicatori: un suggerimento condiviso ha riguardato per il futuro l'inclusione di indicatori provenienti dal Programma Nazionale Esiti.

Ogni partecipante ha, quindi, espresso in sequenza le sue tre preferenze, per ogni Dimensione.

Il set di indicatori proposti sono riportati nella tabella che segue. In appendice sono riportate le schede sintetiche descrittive dei singoli indicatori.

Tabella 1. Indicatori di performance

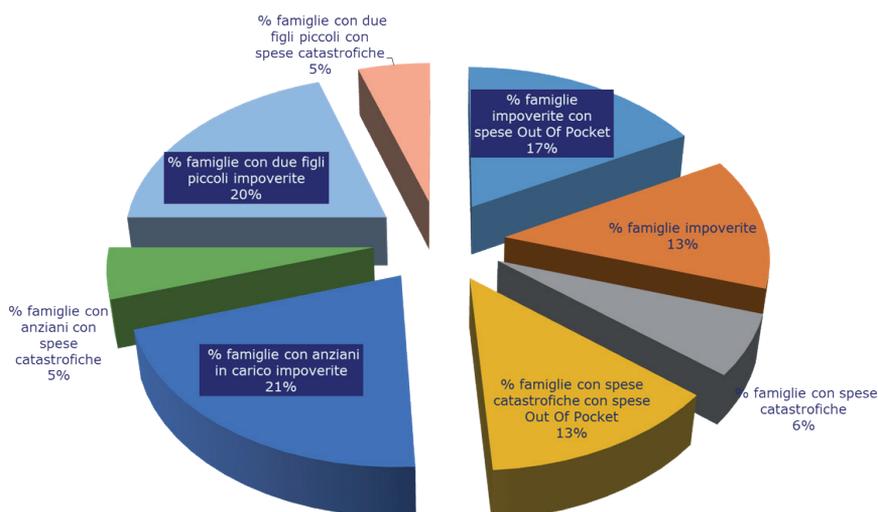
DIMENSIONE	INDICATORE
Sociale (Equità)	% famiglie impoverite con spese Out of Pocket
	% famiglie impoverite
	% famiglie con spese catastrofiche
	% famiglie con spese catastrofiche con spese Out of Pocket
	% famiglie con anziani in carico impoverite
	% famiglie con anziani con spese catastrofiche
	% famiglie con due figli piccoli impoverite
	% famiglie con due figli piccoli con spese catastrofiche
Economico-Finanziaria	% di disavanzo su FRS
	Spesa sanitaria pubblica pro-capite pesata
	Spesa sanitaria totale pro-capite pesata
	Spesa per ticket in % spesa pubblica
	Spesa farmaceutica ospedaliera e convenzionata pro-capite pesata
	Spesa pubblica per il personale delle Aziende Sanitarie pro-capite
	Spesa pro-capite per investimenti fissi in sanità e assistenza sociale
Appropriatezza	Tasso di ricovero per BPCO, diabete e scompenso per residenti 50-74 anni
	Adesione screening prevenzione donna (mammogr 40+ e pap-test 25-34)
	Tasso di copertura vaccinale in età pediatrica (morbillo, rosolia e parotite)
	Tasso posti letto in residenze
	% anziani in ADI sul totale della popolazione anziana (65+)
	Tasso standardizzato di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario
	Quota ricoveri ospedalieri ordinari con DRG inappropriati
Esiti	Tasso di persone in buona salute
	Persone molto soddisfatte dall'assistenza medica ospedaliera
	Speranza di vita libera di disabilità (75+)
	Tasso di mortalità evitabile
	Tasso di mortalità standardizzata
	% procedure chirurgiche in artroscopia e laparoscopia sui DGR chirurgici
	Quota spesa per la formazione sul totale
	Numero di PET per 750.000 ab.

3.1.1 I Step: esiti delle votazioni

Di seguito si analizzano, per singola dimensione, gli esiti delle “votazioni”

Indicatori più votati dimensione ‘Sociale’

Figura 1.
Esito votazione per indicatore
Dimensione ‘Sociale’

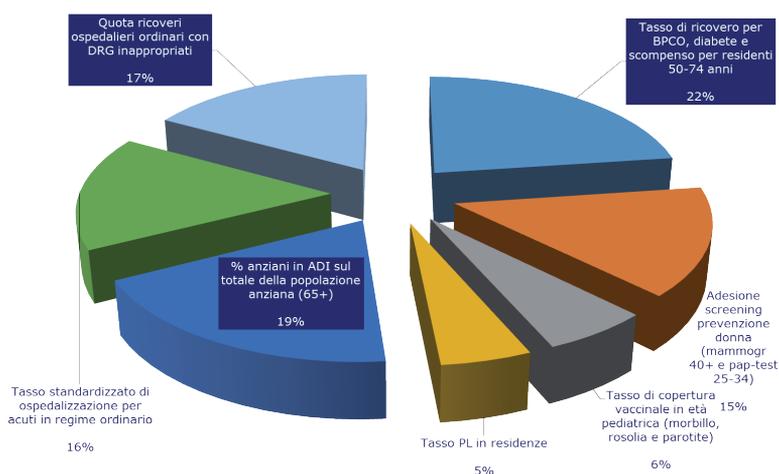


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Prendendo in analisi la dimensione ‘Sociale’ i tre indicatori più votati sono risultati: ‘% famiglie con anziani in carico impoverite’ (21% dei voti), seguito da ‘% famiglie con bambini impoverite’ (20% dei voti) e ‘% famiglie con spese socio-sanitarie OOP impoverite’ (17% dei voti).

Indicatori più votati dimensione 'Economico-Finanziaria'

Figura 2.
Esito votazione per indicatore
Dimensione 'Economico - Finanziaria'

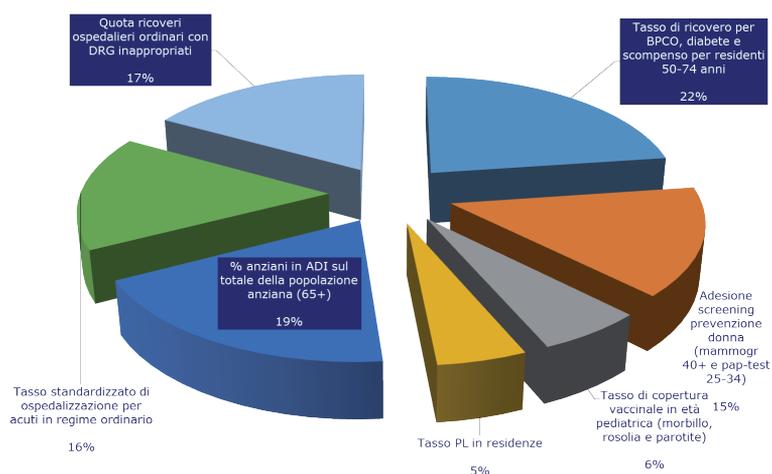


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per quanto riguarda la dimensione economica i tre indicatori più votati, rispettivamente dal 20%, 18% e 16% dei voti, sono risultati: 'Spesa sanitaria totale pro-capite pesata', 'Spesa pro-capite per investimenti fissi in sanità e assistenza sociale' e '% disavanzo su FSR'.

Indicatori più votati dimensione 'Appropriatezza'

Figura 3.
Esito votazione per indicatore
Dimensione 'Appropriatezza'

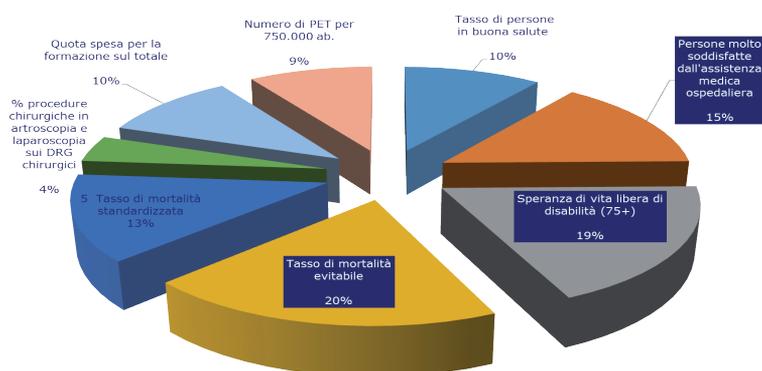


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

‘Tasso di ricovero per BPCO, diabete e scompenso (50-74 anni)’, ‘% di anziani in ADI sul totale della popolazione anziana (65+)’ e ‘Quota ricoveri ospedalieri ordinari con DRG inappropriati’, con rispettivamente il 22%, 19% e 17% dei voti, risultano essere stati gli indicatori più votati per la dimensione ‘Appropriatezza’.

Indicatori più votati dimensione 'Esiti'

Figura 4.
Esito votazione per indicatore
Dimensione 'Esiti'



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Nella dimensione 'Esiti' i tre indicatori più votati sono invece risultati 'Tasso di mortalità evitabile', 'Speranza di vita libera da disabilità (75+)' e 'Persone molto soddisfatte dell'assistenza medica ospedaliera' (20%, 19% e 15% dei voti rispettivamente).

In sintesi, i dodici indicatori più votati sono quindi riportati nella tabella che segue:

Tabella 2.
Indicatori di performance

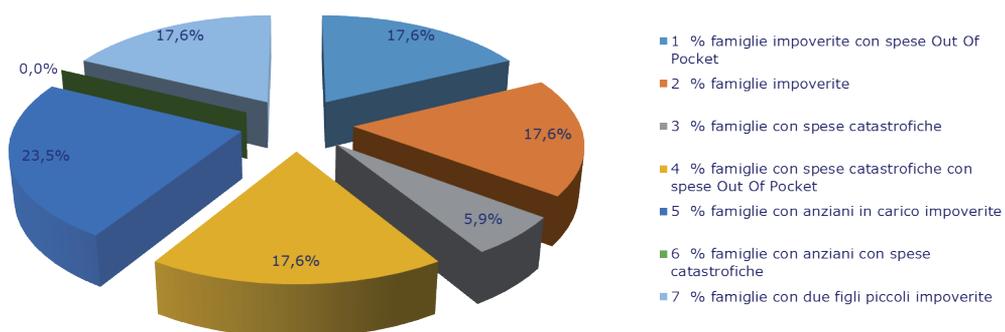
DIMENSIONE	INDICATORE
Sociale (Equità)	% famiglie con anziani in carico impoverite
	% famiglie con due figli piccoli impoverite
	% famiglie impoverite con spese Out of Pocket
Economico-Finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite pesata
	Spesa pro-capite per investimenti fissi in sanità e assistenza sociale
	% di divanzo su FSR
Esiti	Tasso di mortalità evitabile
	Speranza di vita libera di disabilità (75+)
	Persone molto soddisfatte dall'assistenza medica ospedaliera
Appropriatezza	Tasso di ricovero per BPCO, diabete e scompenso per residenti 50-74 anni
	% anziani in ADI sul totale della popolazione anziana (65+)
	Quota ricoveri ospedalieri ordinari con DRG inappropriati

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Come era lecito aspettarsi, già in questo primo esercizio le visioni delle varie Categorie di stakeholder non appaiono complessivamente del tutto sovrapponibili. Si riportano, quindi, anche i risultati per singola Categoria.

Indicatori più votati dagli 'Utenti'

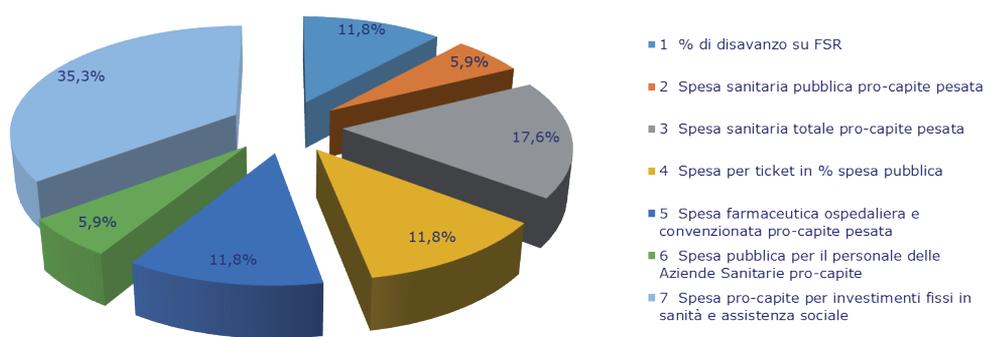
Figura 5.
Esito votazione indicatori dimensione 'Sociale'
Categoria 'Utenti'



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione 'Sociale' l'indicatore '% famiglie con anziani in carico impoverite' risulta il più votato dagli 'Utenti' (23,5% dei rappresentanti della categoria), seguito a pari merito da '% famiglie impoverite con spese Out Of Pocket', '% famiglie impoverite', '% famiglie impoverite con spese catastrofiche con spese Out Of Pocket' e da '% famiglie con due figli piccoli impoverite'(17,6% dei rappresentanti delle categorie); nessuna preferenza è stata attribuita all'indicatore '% famiglie con anziani con spese catastrofiche'.

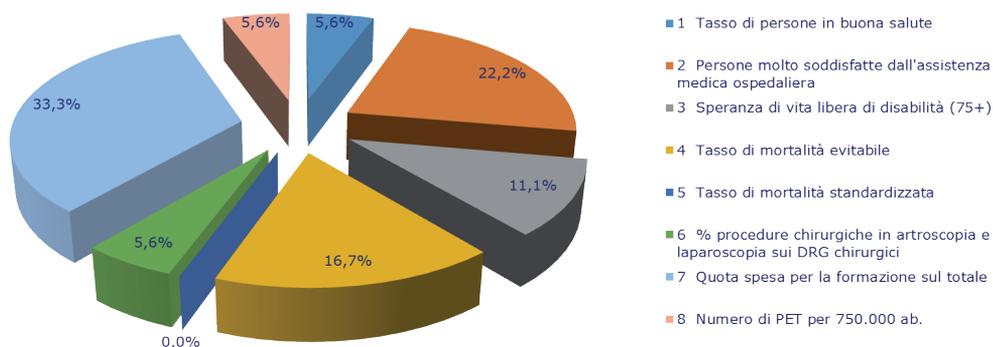
Figura 6.
Esito votazione indicatori
dimensione ‘Economico-Finanziaria’
Categoria ‘Utenti’



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione ‘Economico-finanziaria’ l’indicatore ‘Spesa pro-capite per investimenti fissi in sanità e assistenza sociale’ risulta il più votato dagli ‘Utenti’ (35,3% dei rappresentanti della categoria), seguito da ‘Spesa sanitaria totale pro-capite pesata’ (17,6% dei rappresentanti della categoria) e, alla pari, dagli indicatori ‘% di disavanzo su FSR’, ‘Spesa per ticket in % spesa pubblica’ e ‘Spesa farmaceutica ospedaliera e convenzionata pro-capite pesata’ (11,8% dei rappresentanti della categoria); un basso livello di preferenze è attribuito agli indicatori ‘Spesa sanitaria pubblica pro-capite pesata’ e ‘Spesa pubblica per il personale delle Aziende Sanitarie pro-capite’ (5,9% dei rappresentanti delle categorie).

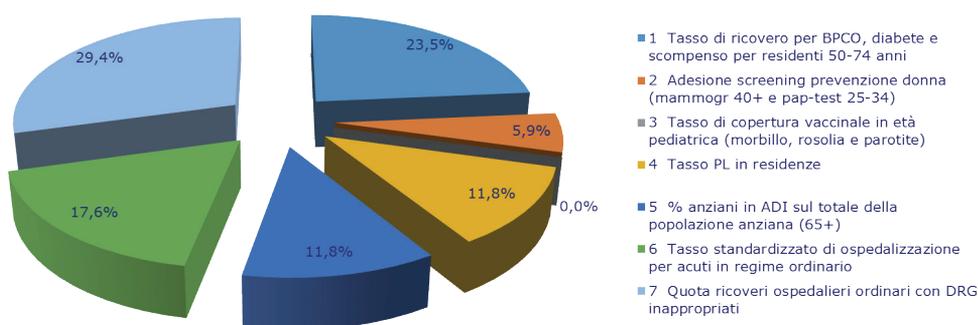
Figura 7.
Esito votazione indicatori dimensione ‘Esiti’
Categoria ‘Utenti’



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione ‘Esiti’ l’indicatore ‘Quota spesa per la formazione sul totale’ risulta il più votato dagli ‘Utenti’ (33,3% dei rappresentanti della categoria), seguito da ‘Persone molto soddisfatte dall’assistenza medica ospedaliera’ (22,2% dei rappresentanti della categoria) e dall’indicatore ‘Tasso di mortalità evitabile’ (16,7% dei rappresentanti della categoria); nessun voto ha avuto l’indicatore ‘Tasso di mortalità standardizzata.’

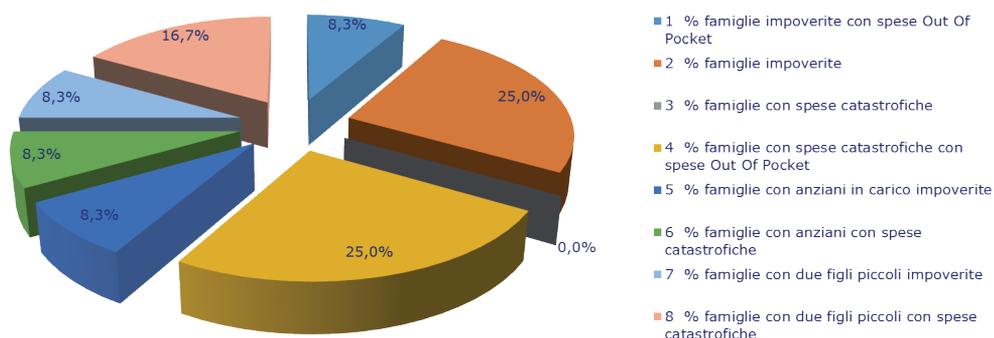
Figura 8.
Esito votazione indicatori
dimensione ‘Appropriatezza’
Categoria ‘Utenti’



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione ‘Appropriatezza’ l’indicatore ‘Quota ricoveri ospedalieri ordinari con DRG inappropriati’ risulta il più votato dagli ‘Utenti’ (29,4% dei rappresentanti della categoria), seguito da ‘Tasso ricovero per BPCO, diabete e scompenso per residenti 50-74 anni’ (23,5% dei rappresentanti della categoria) e dall’indicatore ‘Tasso standardizzato di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario’ (17,6% dei rappresentanti della categoria); un basso quantitativo di voti è attribuito all’indicatore ‘Adesione screening prevenzione donna’ (5,9% dei rappresentanti della categoria) e nessuno all’indicatore ‘Tasso di copertura vaccinale in età pediatrica.’

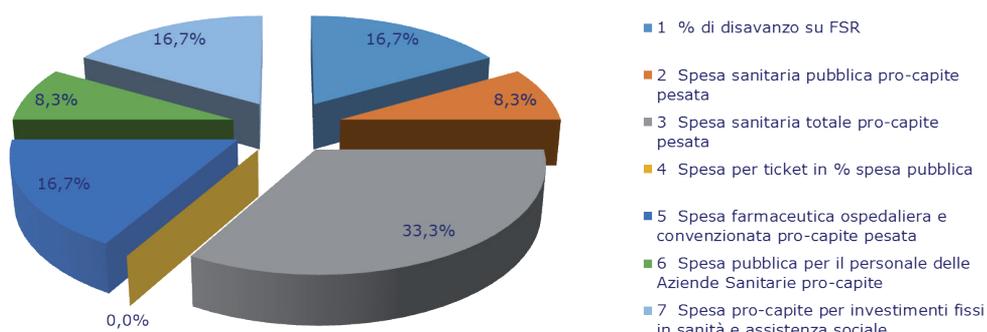
Figura 9.
Esito votazione indicatori dimensione 'Sociale'
Categoria 'Professioni Sanitarie'



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione 'Sociale' gli indicatori '% famiglie impoverite' e '% famiglie impoverite con spese catastrofiche con spese Out Of Pocket' risultano i più votati dal gruppo 'Professioni sanitarie' (25,0% dei rappresentanti delle categorie), seguito da '% famiglie con due figli piccoli con spese catastrofiche' (16,7% dei rappresentanti della categoria); alla pari figurano gli indicatori '% famiglie impoverite con spese Out Of Pocket', '% famiglie con anziani in carico impoverite', '% famiglie con anziani con spese catastrofiche' e '% famiglie con due figli piccoli impoverite' (8,3% dei rappresentanti delle categorie); nessun voto ha avuto l'indicatore '% famiglie con spese catastrofiche'.

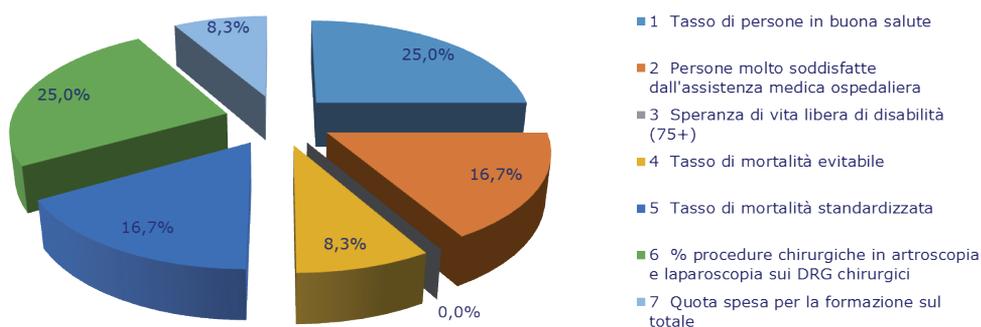
Figura 10.
Esito votazione indicatori
dimensione ‘Economico-Finanziaria’
Categoria ‘Professioni Sanitarie’



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione ‘Economico-finanziaria’ l’indicatore ‘Spesa sanitaria totale pro-capite pesata’ risulta il più votato da ‘Professioni sanitarie’ (33,3% dei rappresentanti della categoria), seguito, alla pari, dagli indicatori ‘% di disavanzo su FSR’, ‘Spesa farmaceutica ospedaliera e convenzionata pro-capite pesata’ e ‘Spesa pro-capite per investimenti fissi in sanità e assistenza sociale’ (16,7% dei rappresentanti delle categorie); nessun voto è stato attribuito all’indicatore ‘Spesa per ticket in % spesa pubblica’.

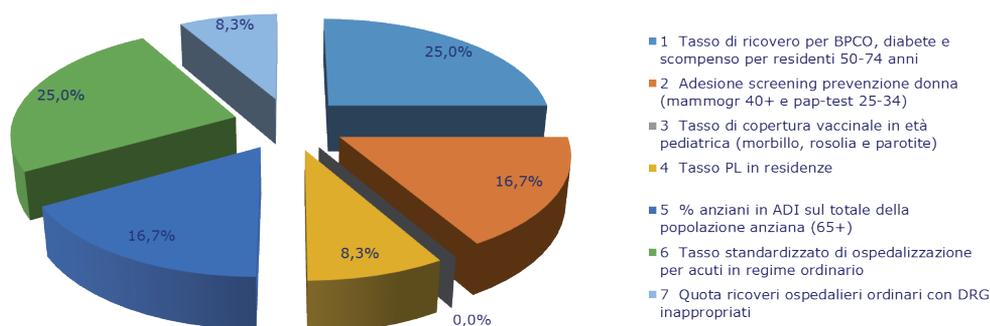
Figura 11.
Esito votazione indicatori dimensione ‘Esiti’
Categoria ‘Professioni Sanitarie’



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione ‘Esiti’ gli indicatori ‘Tasso di persone in buona salute’ e ‘% procedure chirurgiche in artroscopia e laparoscopia sui DRG chirurgici’ figurano come i più votati da ‘Professioni sanitarie’ (25,0% dei rappresentanti delle categorie), seguiti da ‘Persone molto soddisfatte dall’assistenza medica ospedaliera’ e dall’indicatore ‘Tasso di mortalità standardizzata’ (16,7% dei rappresentanti delle categorie); nessun voto è stato attribuito all’indicatore ‘Speranza di vita libera di disabilità (75+)’.

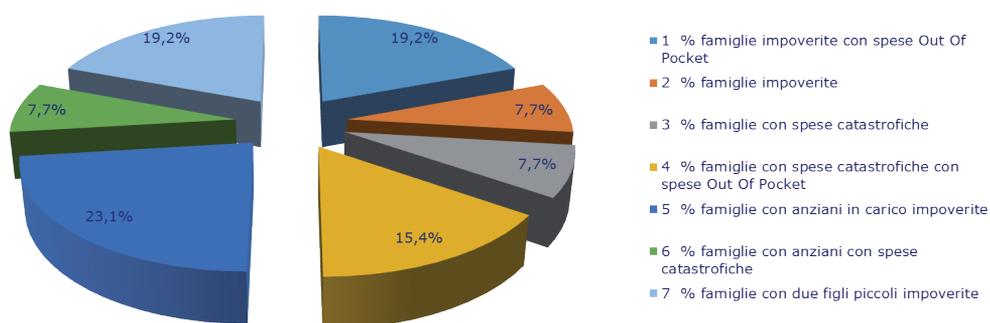
Figura 12.
Esito votazione indicatori dimensione ‘Appropriatezza’
Categoria ‘Professioni Sanitarie’



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione ‘Appropriatezza’ gli indicatori ‘Tasso ricovero per BPCO, diabete e scompenso per residenti 50-74 anni’ e ‘Tasso standardizzato di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario’ (25,0% dei rappresentanti delle categorie) risultano i più votati da ‘Professioni sanitarie’, a cui seguono, alla pari, gli indicatori ‘Adesione screening prevenzione donna’ e ‘% anziani in ADI sul totale della popolazione anziana (65+)’ (16,7% dei rappresentanti delle categorie); nessun voto è stato attribuito all’indicatore ‘Tasso di copertura vaccinale in età pediatrica.’

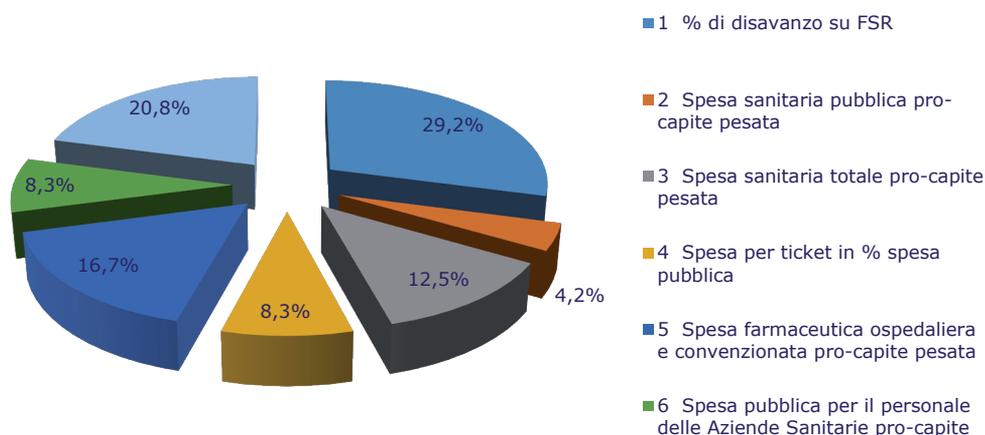
Figura 13.
Esito votazione indicatori dimensione 'Sociale'
Categoria 'Industria Medica'



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione 'Sociale' l'indicatore '% famiglie con anziani in carico impoverite' risulta il più votato dall' 'Industria medica' (23,1% dei voti della Categoria); alla pari figurano gli indicatori '% famiglie impoverite con spese Out Of Pocket', '% famiglie con due figli piccoli impoverite' (19,2% dei voti della Categoria), a cui segue l'indicatore '% famiglie con spese catastrofiche con spese Out Of Pocket' (15,4% dei voti della Categoria); inferiori preferenze si registrano per gli indicatori '% famiglie impoverite', '% famiglie con spese catastrofiche' e '% famiglie con anziani con spese catastrofiche' (7,7% dei voti della Categoria).

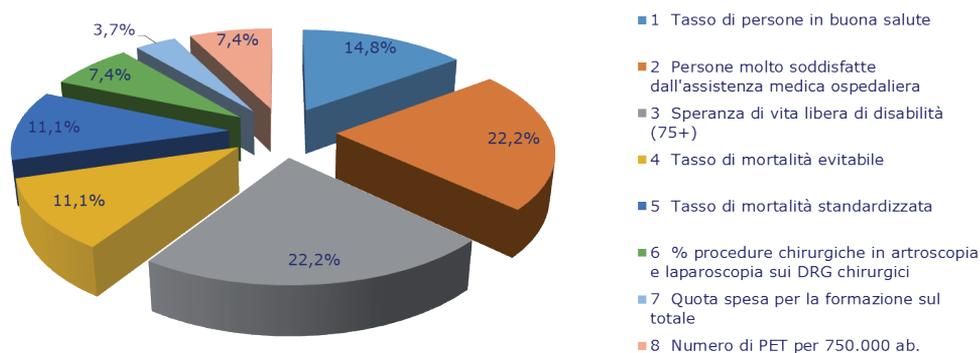
Figura 14.
Esito votazione indicatori dimensione
‘Economico-Finanziaria’
Categoria ‘Industria Medica’



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione ‘Economico-finanziaria’ l’indicatore ‘% di disavanzo su FSR’ risulta il più votato dall’‘Industria medica’ (29,2% dei rappresentanti della categoria), seguito da ‘Spesa pro-capite per investimenti fissi in sanità e assistenza sociale (20,8%) e da ‘Spesa farmaceutica ospedaliera e convenzionata pro-capite pesata’ (16,7% dei rappresentanti delle categorie); pochi voti sono stati attribuiti all’indicatore ‘Spesa sanitaria pubblica pro-capite pesata’ (4,2% dei rappresentanti della categoria).

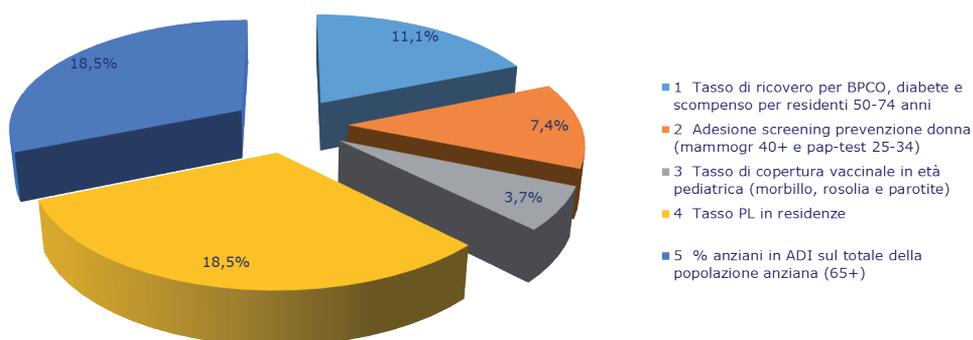
Figura 15.
Esito votazione indicatori dimensione ‘Esiti’
Categoria ‘Industria Medica’



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione ‘Esiti’ gli indicatori ‘Persone molto soddisfatte dall’assistenza medica ospedaliera’ ‘Speranza di vita libera di disabilità (75+)’ risultano i più votati (22,2% dei rappresentanti delle categorie) dall’ ‘Industria medica’, a cui fa seguito l’indicatore ‘Tasso di persone in buona salute’ (14,8% dei rappresentanti della categoria); con più bassa percentuale di voto figurano gli indicatori ‘% procedure chirurgiche in artroscopia e laparoscopia sui DRG chirurgici’ e ‘ Numero di PET per 750.000 ab. (7,4% dei rappresentanti delle categorie) e l’ indicatore ‘Quota spesa per la formazione sul totale’ (7,4 % dei rappresentanti della categoria).

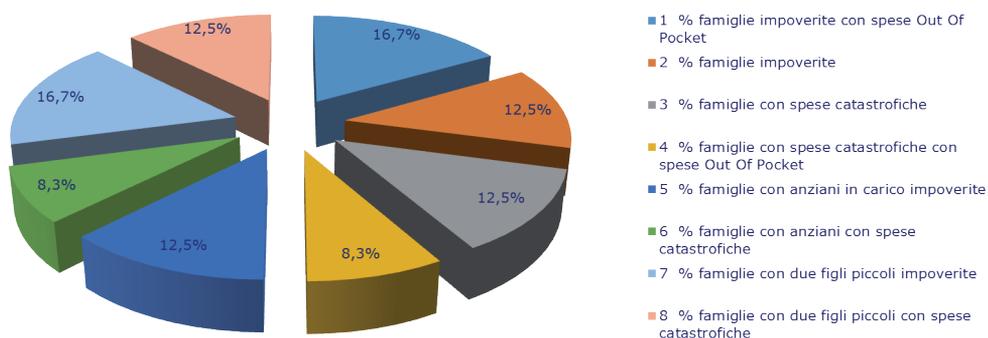
Figura 16.
Esito votazione indicatori dimensione 'Appropriatezza'
Categoria 'Industria Medica'



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione 'Appropriatezza' gli indicatori 'Tasso PL in residenze' e 'Anziani in ADI sul totale della popolazione anziana (65+)' figurano come i più votati dall' 'Industria medica' (18,5% dei rappresentanti delle categorie), a cui segue il 'Tasso ricovero per BPCO, diabete e scompenso per residenti 50-74 anni' (11,1% dei rappresentanti della categoria); una bassa preferenza l'ha registrata l'indicatore 'Tasso di copertura vaccinale in età pediatrica' (3,7% dei rappresentanti della categoria).

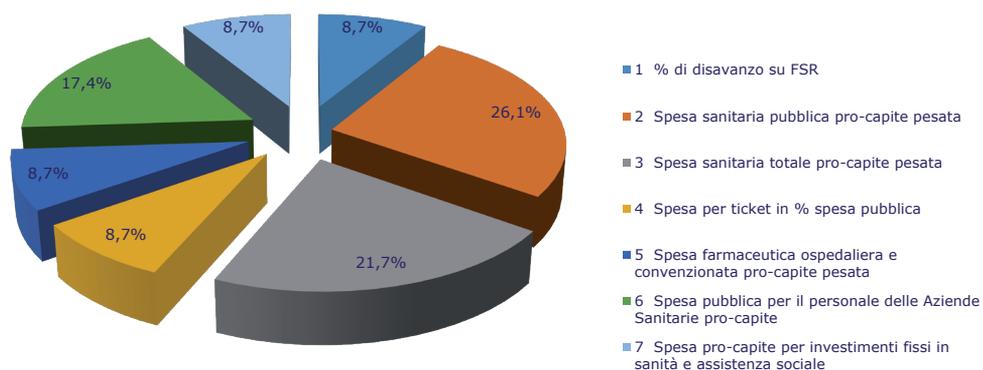
Figura 17.
Esito votazione indicatori dimensione 'Sociale'
Categoria 'Management aziendale'



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione 'Sociale' gli indicatori '% famiglie impoverite con spese Out Of Pocket' e '% famiglie con due figli piccoli impoverite' risultano i più votati da 'Management aziendale' (16,7% dei rappresentanti delle categorie); con voto alla pari figurano gli indicatori '% famiglie impoverite', '% famiglie con spese catastrofiche', '% famiglie con anziani in carico impoverite' e '% famiglie con due figli piccoli con spese catastrofiche' (12,5% dei rappresentanti delle categorie); inferiore è la preferenza per gli indicatori '% famiglie impoverite con spese catastrofiche con spese Out Of Pocket' '% famiglie con anziani con spese catastrofiche' (8,3% dei rappresentanti delle categorie).

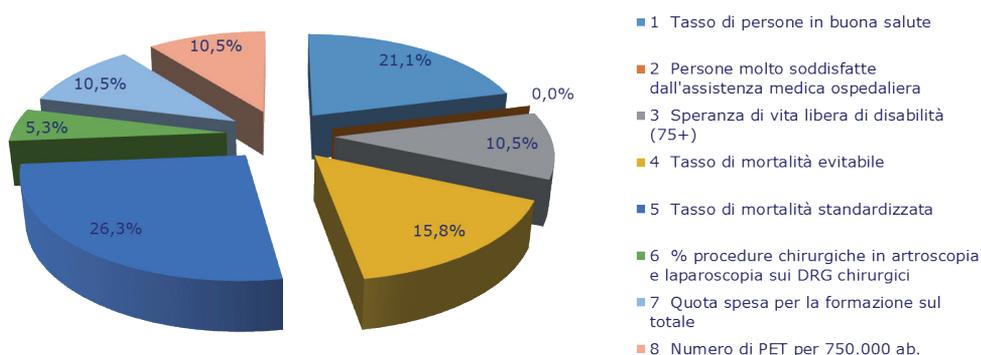
Figura 18.
Esito votazione indicatori dimensione ‘Economico-Finanziaria’
Categoria ‘Management aziendale’



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione ‘Economico-finanziaria’ l’indicatore ‘Spesa sanitaria pubblica pro-capite pesata’ risulta il più votato da ‘Management aziendale’ (26,1% dei rappresentanti della categoria), a cui segue l’indicatore ‘Spesa sanitaria totale pro-capite pesata’ (21,7% dei rappresentanti della categoria); inferiore è la preferenza per l’indicatore ‘Spesa pubblica per il personale delle Aziende Sanitarie pro-capite’ (17,4% dei rappresentanti della categoria).

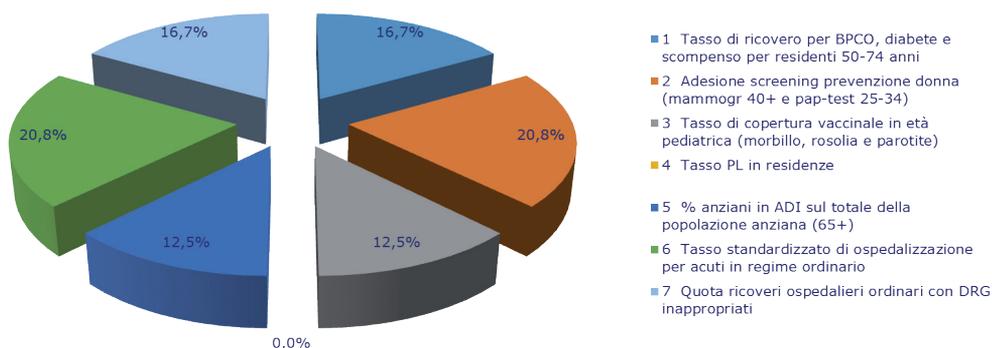
Figura 19.
Esito votazione indicatori dimensione ‘Esiti’
Categoria ‘Management aziendale’



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione ‘Esiti’ l’indicatore ‘Tasso di mortalità standardizzata’ (26,3% dei rappresentanti della categoria) rappresenta il più votato da “Management aziendale”, a cui fanno seguito gli indicatori ‘Tasso di persone in buona salute’ (21,1% dei rappresentanti della categoria) e ‘Tasso di mortalità evitabile’ (15,8% dei rappresentanti della categoria); con bassa percentuale di voto risulta l’indicatore ‘% procedure chirurgiche in artroscopia e laparoscopia sui DRG chirurgici’ (5,3% dei rappresentanti della categoria) e nessun voto per l’indicatore ‘Persone molto soddisfatte dall’assistenza medica ospedaliera’.

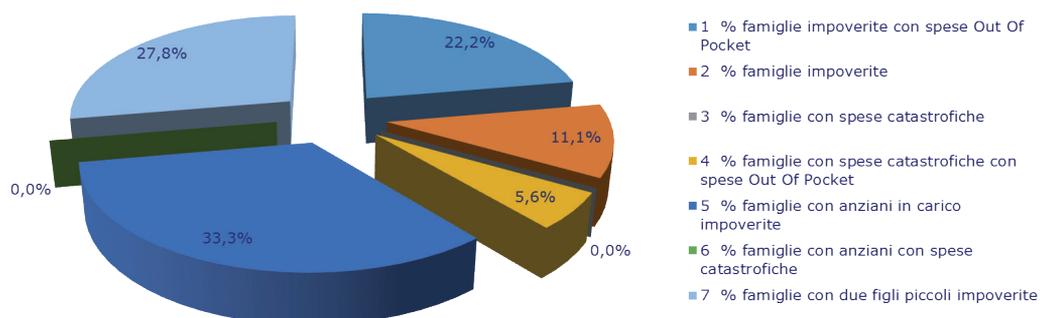
Figura 20.
Esito votazione indicatori dimensione ‘Appropriatezza’
Categoria ‘Management aziendale’



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione ‘Appropriatezza’ gli indicatori ‘Adesione screening prevenzione donna’ e ‘Tasso standardizzato di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario’ (20,8% dei rappresentanti delle categorie) risultano i più votati da “Management aziendale”, a cui seguono, a parità di voto, gli indicatori ‘Tasso ricovero per BPCO, diabete e scempenso per residenti 50-74 anni’ e ‘Quota ricoveri ospedalieri ordinari con DRG inappropriati’ (16,7% dei rappresentanti delle categorie); nessun voto per l’indicatore ‘Tasso PL in residenze’.

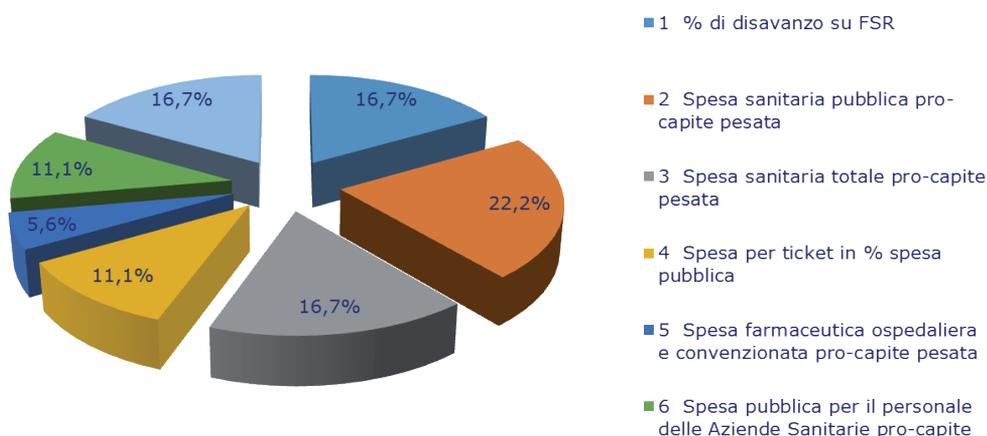
Figura 21.
Esito votazione indicatori dimensione 'Sociale'
Categoria 'Istituzioni'



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione 'Sociale' l'indicatore '% famiglie con anziani in carico impoverite' risulta il più votato da 'Istituzioni' (33,3% dei rappresentanti della categoria), a cui seguono gli indicatori '% famiglie con due figli piccoli impoverite' (27,8% dei rappresentanti della categoria) e '% famiglie impoverite con spese Out Of Pocket' (22,2% dei rappresentanti della categoria); un indice di preferenza più basso lo ha avuto l'indicatore '% famiglie con spese catastrofiche con spese Out Of Pocket' (5,6% dei rappresentanti della categoria) non risulta alcun voto per gli indicatori '% famiglie con spese catastrofiche' e '% famiglie con anziani con spese catastrofiche'.

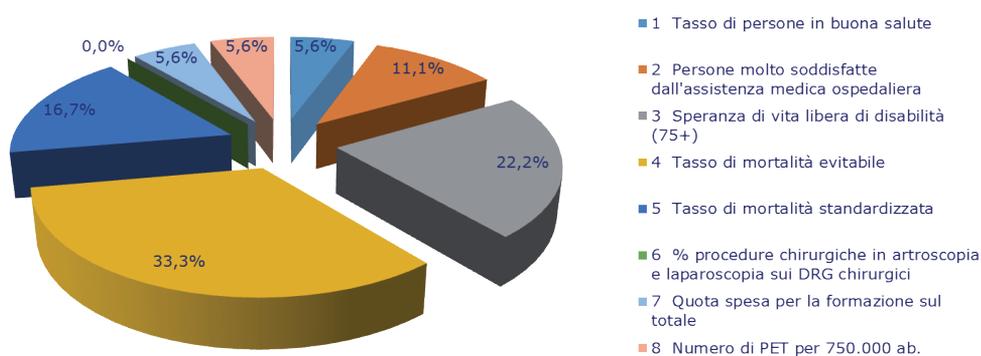
Figura 22.
Esito votazione indicatori dimensione 'Economico-Finanziaria'
Categoria 'Istituzioni'



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione 'Economico-finanziaria' l'indicatore 'Spesa sanitaria pubblica pro-capite pesata' risulta il più votato da 'Istituzioni' (25% dei rappresentanti della categoria), a livelli di poco inferiori figurano gli indicatori ' % di disavanzo su FSR', 'Spesa sanitaria totale pro-capite pesata' e 'Spesa pubblica per il personale delle Aziende Sanitarie pro-capite' (16,7% dei rappresentanti delle categorie); risulta scarsa la percentuale di voto per l'indicatore 'Spesa farmaceutica ospedaliera e convenzionata pro-capite pesata' (5,6% dei rappresentanti della categoria).

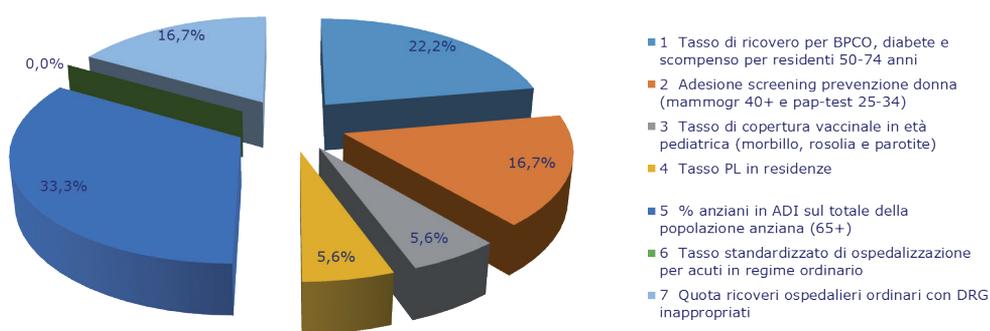
Figura 23.
Esito votazione indicatori dimensione ‘Esiti’
Categoria ‘Istituzioni’



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione ‘Esiti’ l’indicatore ‘Tasso di mortalità evitabile’ (33,3% dei rappresentanti della categoria) rappresenta il più votato da ‘Istituzioni’, a cui fa seguito l’indicatore ‘Speranza di vita libera di disabilità (75+)’ (22,2% dei rappresentanti della categoria) e ‘Tasso di mortalità standardizzata’ (16,7 % dei rappresentanti della categoria); una bassa percentuale di voto è andato agli indicatori ‘Tasso di persone in buona salute’, ‘Quota spesa per la formazione sul totale’ e ‘Numero di PET per 750.000 ab.’(5,6% dei rappresentanti della categoria); nessun voto per l’indicatore ‘% procedure chirurgiche in artroscopia e laparoscopia sui DRG chirurgici’.

Figura 24.
Esito votazione indicatori dimensione ‘Appropriatezza’
Categoria ‘Istituzioni’



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la dimensione ‘Appropriatezza’ l’indicatore ‘Anziani in ADI sul totale della popolazione anziana (65+)’ figura il più votato da ‘Istituzioni’; seguono gli indicatori ‘Tasso ricovero per BPCO, diabete e scompenso per residenti 50-74 anni’ (22,2 % dei rappresentanti della categoria), alla pari ‘Quota ricoveri ospedalieri ordinari con DRG inappropriati’ e ‘Adesione screening prevenzione donna’ (16,7% dei rappresentanti delle categorie); nessun voto per l’indicatore ‘Tasso standardizzato di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario’.

3.1.2 Riflessioni sulla scelta degli indicatori

I tre indicatori prescelti per la Dimensione ‘Sociale’ sono stati: ‘% famiglie con anziani in carico impoverite’, ‘% famiglie con due figli piccoli impoverite’ e ‘% famiglie impoverite con spese Out Of Pocket’; sono risultati i tre più votati da tutte le Categorie, ad eccezione di quella ‘Professioni sanitarie’ dove un quarto dei voti è stato rivolto all’indicatore ‘% famiglie con spese socio sanitarie OOP catastrofiche’: in generale emerge, prevedibilmente, come la misura sociale o equitativa venga prevalentemente associata alla protezione delle fasce più deboli.

I tre più votati per la Dimensione ‘Economico finanziaria’ sono stati: ‘Spesa sanitaria totale pro-capite pesata’, ‘Spesa pro-capite per investimenti fissi in sanità e assistenza sociale’ e ‘% di disavanzo su FSR’.

Questi sono risultati i primi tre più votati dalla Categoria ‘Utenti’; nelle Categorie ‘Professioni sanitarie’ e ‘Industria’ gli indicatori ‘Spesa pro capite per investimenti in sanità e ass. sociale’ e ‘Spesa totale pro capite pesata’ hanno lasciato il posto a ‘Spesa farmaceutica ospedaliera e convenzionata pro-capite pesata’, da queste evidentemente ritenuto più idoneo come rappresentativo della efficienza.

Nelle Categorie ‘Management aziendale’ e ‘Istituzioni’, mentre l’indicatore ‘Spesa sanitaria totale pro-capite pesata’ è risultato essere il secondo più votato, agli altri due è stata, invece, destinata solo una piccola percentuale di voti. Anche in questo caso il risultato poteva essere ritenuto atteso, in quanto queste due Categorie danno una maggior importanza alle dimensioni finanziarie implicite negli indicatori ‘Spesa sanitaria pubblica pro capite pesata’ e ‘Spesa pubblica per il personale delle Aziende Sanitarie pro-capite’.

Per la Dimensione ‘Esiti’, ‘Tasso di mortalità evitabile’, ‘Speranza di vita libera di disabilità (75+)’ e ‘Persone molto soddisfatte dall’assistenza medica ospedaliera’ sono risultati i tre indicatori più votati.

Il primo indicatore rientra tra i primi tre più votati dalle Categorie ‘Utenti’, ‘Management aziendale’ e ‘Istituzioni’; il terzo, la “soddisfazione”, da tutte ad eccezione di ‘Management aziendale’ ed ‘Istituzioni’: queste due ultime Categorie hanno una prospettiva evidentemente più mirata all’efficienza e meno patient oriented, ritenendo un obiettivo secondario (sebbene l’indicatore sia parziale) la customer satisfaction.

Infine, per la Dimensione ‘Appropriatezza’ i tre indicatori prescelti sono risultati: ‘Tasso di ricovero per BPCO, diabete e scompenso per residenti 50 74 anni’, ‘% anziani in ADI sul totale della popolazione anziana (65+)’ e ‘Quota ricoveri ospedalieri ordinari con DRG inappropriati’.

Questi coincidono con i primi tre più votati dalla Categoria ‘Istituzioni’.

Le Categorie ‘Professioni sanitarie’ e ‘Utenti’ sembrano invece ritenere meno importante il contributo alla Performance dell’indicatore relativo al trattamento in ADI dei pazienti anziani, a favore di quello dei tassi di ospedalizzazione. Il ‘Management aziendale’ sembra ritenere importante il contributo del settore prevenzione nella misura di Performance, votando l’indicatore ‘Tasso di adesione agli screening’.

L’ ‘Industria’ invece sembrerebbe essere più interessata all’offerta del sistema sanitario piuttosto che agli effetti della domanda, privilegiando l’indicatore ‘Tasso PL in residenze’ al posto di quelli relativi ai tassi di ricoveri (per patologie croniche, DRG inappropriati).

3.2 Il step: le funzioni di valore degli indicatori

Nel secondo step, con l’ausilio di un apposito software, sviluppato ad hoc, è stato chiesto ai partecipanti di esprimere la loro funzione di valore; in altri termini, per ognuno degli indicatori prescelti, l’utilità attribuita ai valori che l’indicatore può assumere (dal minimo al massimo teorico, che sono stati associati ad una utilità espressa in una scala 0-1).

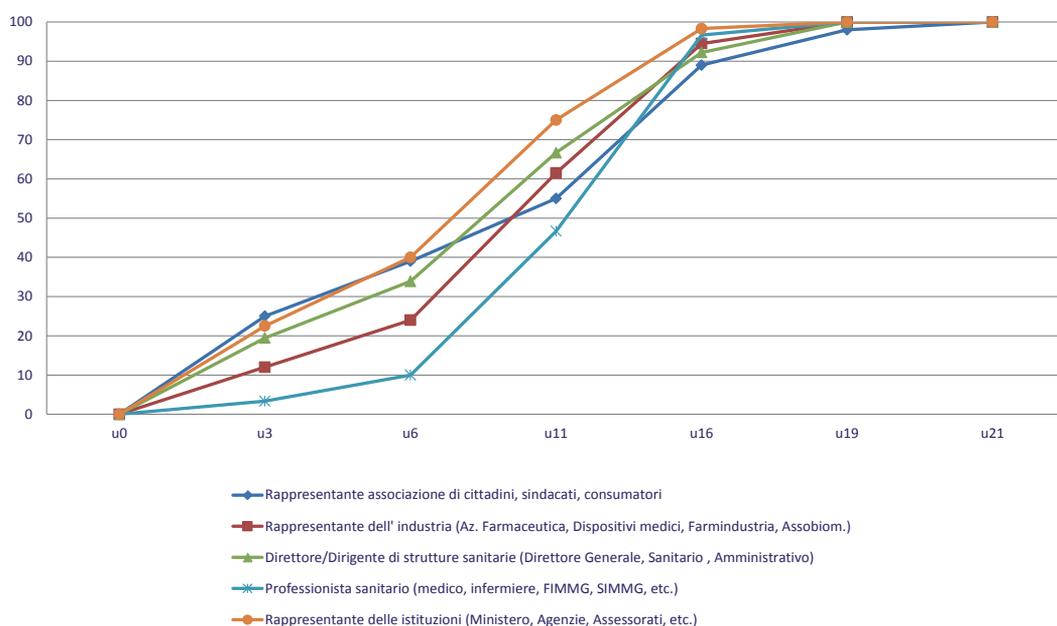
Si noti che il minimo e massimo sono stati imposti in base ai valori effettivi determinati a livello regionale.

In altri termini, per far esprimere le utilità, ai singoli componenti del panel è stato chiesto di indicare un numero da 0 (assimilabile all’utilità del peggiore risultato nazionale) a 100% (assimilabile all’utilità del migliore risultato nazionale), in corrispondenza di sei specifici valori di assunti da ogni indicatore; il dato è stato quindi interpolato e aggregato per Categoria di appartenenza.

Un elemento rilevante è che la funzione elicitata non ha vincoli analitici, implicando che non necessariamente il valore deve assumere una funzione di valore lineare.

Anzi l’aspettativa a priori era che non lo fosse, perché è sembrato ragionevole che a livelli diversi dell’indicatore, l’utilità marginale ottenibile da ulteriori miglioramenti/peggioramenti possa essere del tutto diversa: in altri termini, ad esempio, un lieve miglioramento da una situazione già vicina all’ottimale, potrebbe avere un “valore” diverso dallo stesso miglioramento ottenuto a partire da una situazione critica, e viceversa.

Figura 25.
Funzione utilità indicatore
‘% famiglie con bambini impoverite’
Per categoria



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

La funzione di valore ottenuta per il primo indicatore prescelto, ovvero ‘% di famiglie con almeno due bambini impoverite’ (Dimensione sociale), presenta un andamento lineare secondo tutte le Categorie interpellate.

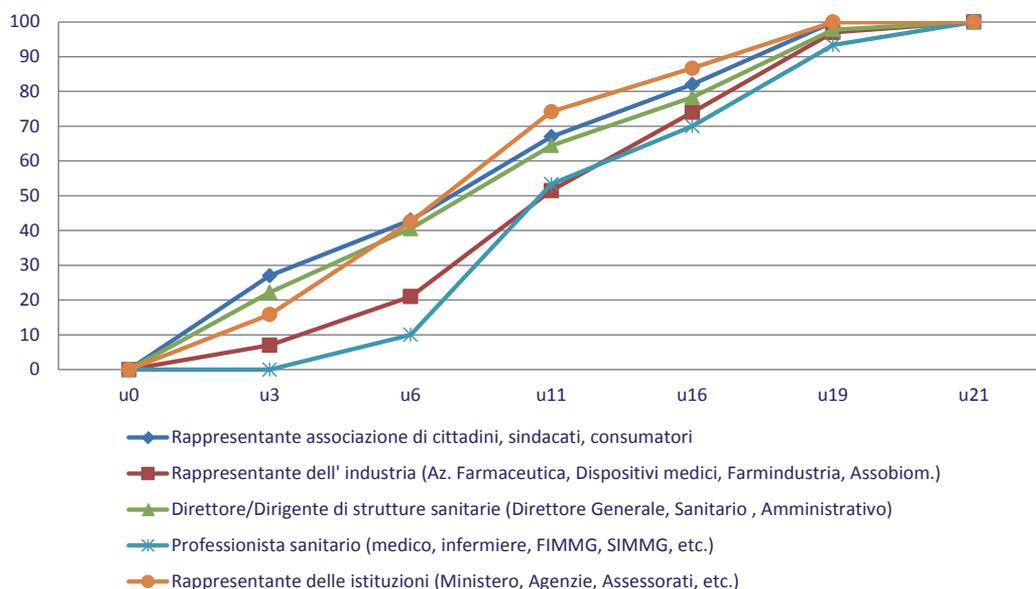
Appare evidente che valori degli indicatori superiori al 75% del valore migliore (regionale) sono considerati quasi equivalenti, ovvero l'utilità marginale ottenibile con miglioramenti dell'indicatore oltre il 75% sono ritenuti poco significativi.

Sull'altro versante valori degli indicatori inferiori al 25% in più del valore peggiore sono “ugualmente” ritenuti del tutto inaccettabili, con una “utilità” prossima allo zero.

I valori intorno alla mediana della distribuzione crescono approssimativamente in modo lineare. Più velocemente per le Categorie delle “Istituzioni” e del “Management Aziendale”: questa maggiore attenzione di queste Categorie alla Dimensione equitativa sembra essere ragionevole, dato il mandato da esse ricevuto (si tratta di istituzioni pubbliche e di management di Aziende Sanitarie, altrettanto pubbliche).

Le professioni sanitarie si trovano all'altro estremo, anche qui non irragionevolmente: presumibilmente prevalendo nella cultura professionale l'elemento di beneficio individuale (per il paziente) che non la Dimensione collettiva/sociale implicita nella Dimensione equitativa.

Figura 26.
Funzione utilità indicatore
'% famiglie con anziani in carico impoverite'
Per categoria



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

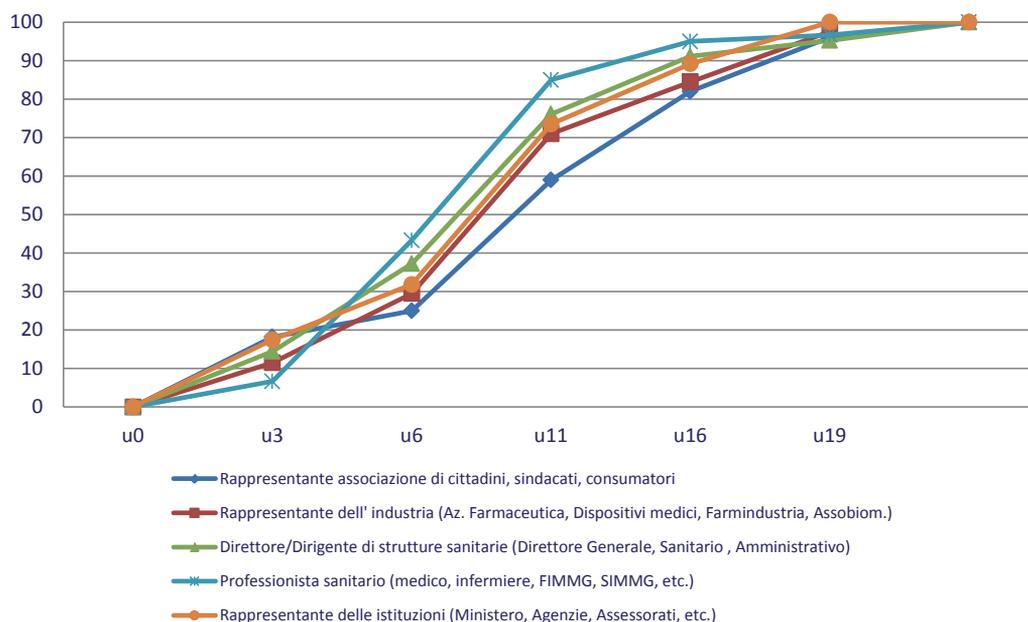
La funzione di valore ottenuta per l'indicatore '% famiglie con anziani in carico impoverite' (Dimensione sociale) risulta essere abbastanza simile a quella ottenuta per l'indicatore precedente.

Per valori dell'indicatore superiori al 75% del valore migliore (regionale) l'utilità marginale ottenibile per miglioramenti dell'indicatore è crescente per tutte le Categorie: in maggior misura per 'Professioni sanitarie' e 'Industria', meno per le altre.

Valori dell'indicatore inferiori al 25% in più del valore peggiore sono ritenuti inaccettabili, soprattutto dalla Categoria 'Istituzioni'.

I valori intorno alla mediana della distribuzione crescono, come nel precedente indicatore, in modo lineare. In analogia con questo riscontrato nel precedente indicatore, la Categoria 'Professioni sanitarie' assume una posizione estrema.

Figura 27.
Funzione utilità indicatore
'% famiglie impoverite con spese socio-sanitarie OOP'
Per categoria

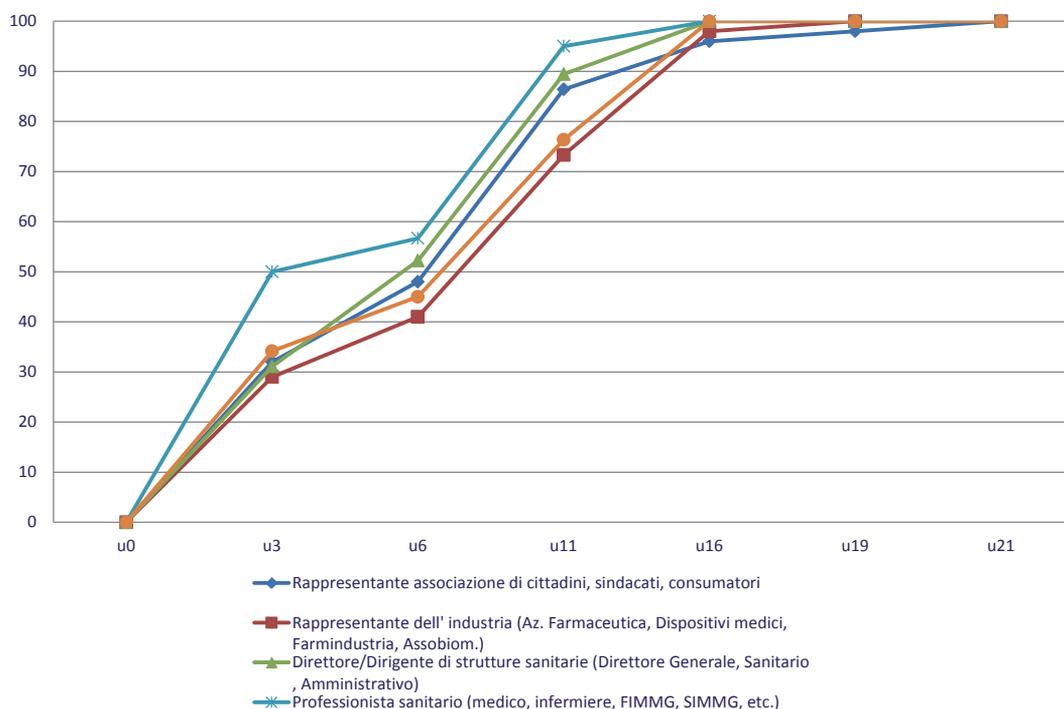


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

La funzione di utilità ottenuta per l'indicatore '% famiglie con spese socio-sanitarie OOP' (Dimensione sociale) presenta per quasi tutte le Categorie un andamento sigmoideale simile a quello dell'indicatore '% famiglie con due figli piccoli impoverite', ovvero una utilità marginale prima crescente, e poi decrescente.

Complessivamente, quanto osservato per i tre indicatori della Dimensione 'Sociale' risulta essere coerente con la teoria della giustizia distributiva, che assume come obiettivo delle politiche equitative il miglioramento prioritario delle posizioni individuali più svantaggiate.

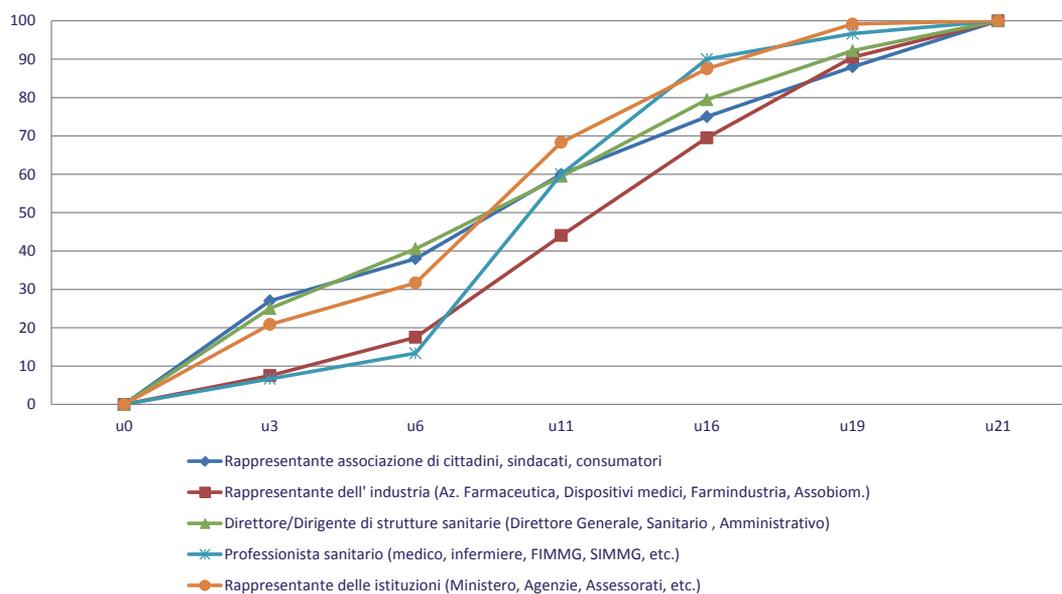
Figura 28.
Funzione utilità indicatore ‘% disavanzo FSR’
Per categoria



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

Passando alla Dimensione ‘Economico finanziaria’ la funzione di utilità relativa all’indicatore ‘% disavanzo su FSR’ presenta un andamento sigmoideale in tutte le Categorie. L’utilità marginale è decrescente per valori a destra del valore centrale (ovvero per miglioramenti di posizioni che implicano percentuali minime, l’1,1%, di disavanzo). In generale riduzioni del disavanzo a partire da deficit inferiori al 10% sono considerate ininfluenti. In particolare le Categorie ‘Industria’ e ‘Istituzioni’ appaiono molto sensibili a miglioramenti dell’efficienza indipendentemente dal valore di partenza. Il comportamento del ‘Management aziendale’ è, invece, assimilabile a quello delle Categorie ‘Professioni sanitarie’ e ‘Utenti’.

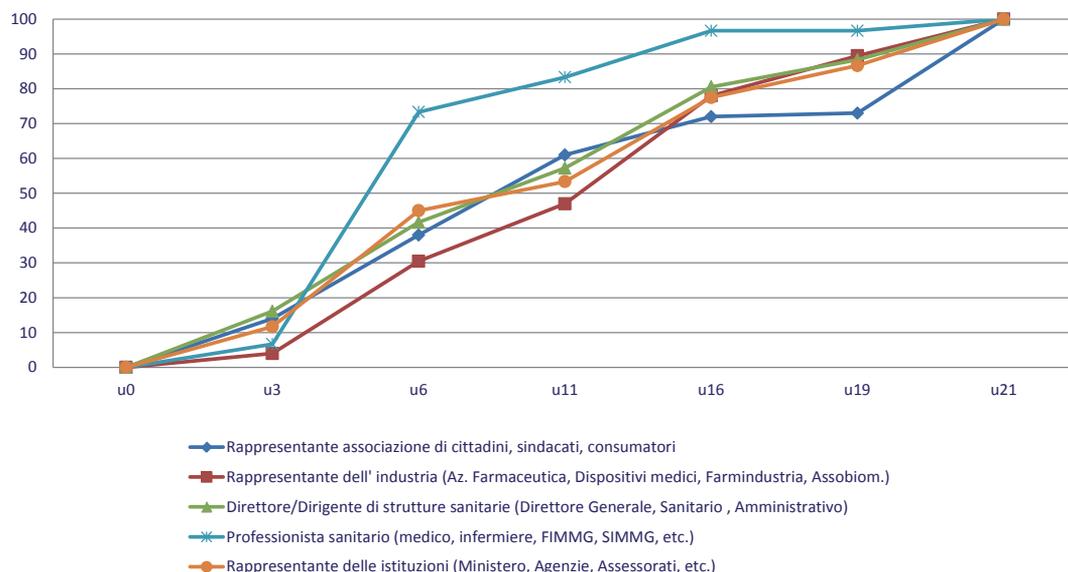
Figura 29.
Funzione utilità indicatore
‘Spesa procapite per investimenti
fissi in sanità e assistenza sociale’
Per categoria



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

Per l'indicatore 'Spesa pro capite per investimenti fissi in sanità e assistenza sociale' la funzione di utilità presenta un andamento pressoché lineare per tutte le Categorie. In particolare le Categorie 'Industria' e 'Professioni sanitarie' assumono la necessità di un livello minimo di investimenti in Sanità e Assistenza Sociale per ottenere benefici significativi.

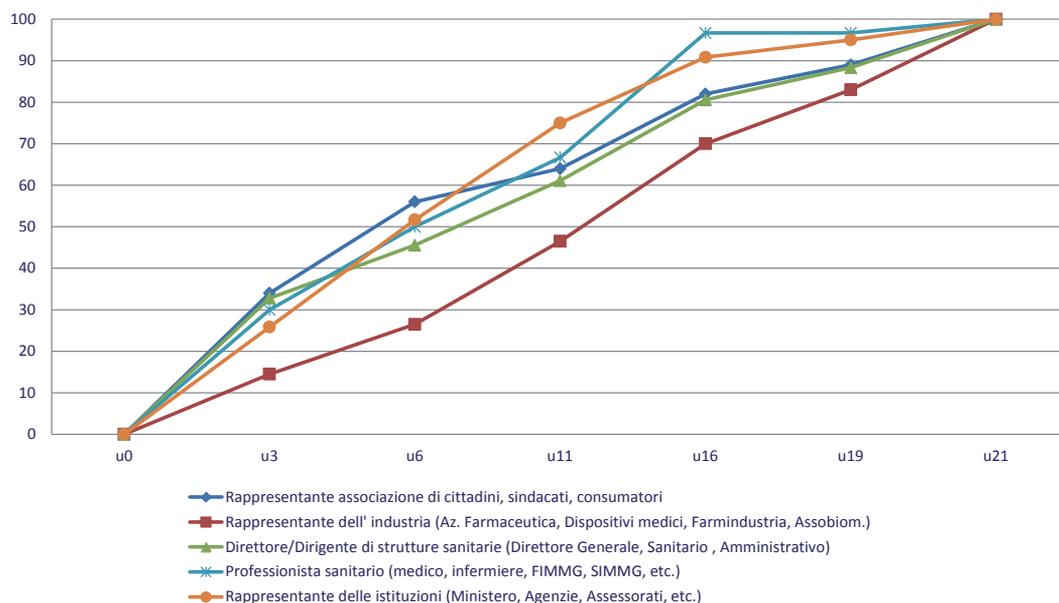
Figura 30.
Funzione utilità indicatore
‘Spesa sanitaria totale pro-capite pesata’
Per categoria



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

Per il terzo e ultimo indicatore della Dimensione economica, ‘Spesa sanitaria totale pro capite pesata’, la funzione di utilità presenta andamenti lineari, in analogia con quanto riscontrato nei due precedenti indicatori di efficienza. Per la Categorie ‘Professioni sanitarie’ riduzioni di spesa oltre certi livelli non portano utilità e quindi miglioramenti di Performance.

Figura 31.
Funzione utilità indicatore
‘Tasso di mortalità evitabile’
Per categoria

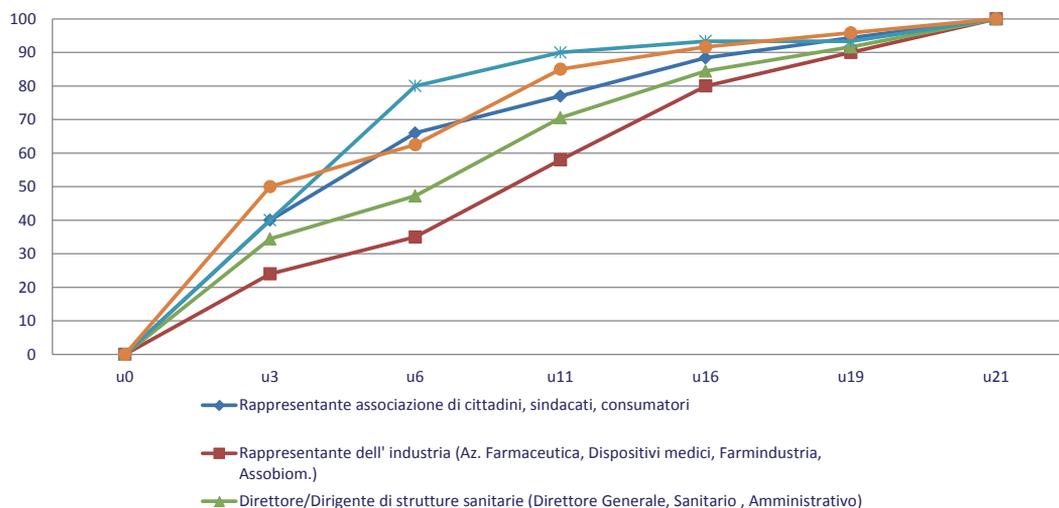


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

Nella Dimensione ‘Esiti’ la funzione utilità dell’indicatore ‘Tasso di mortalità evitabile’ ha un andamento pressoché lineare per tutte le Categorie.

La Categoria ‘Industria’ ha una posizione più neutrale delle altre rispetto ai valori, “pesando” ugualmente i benefici, indipendentemente dal livello di partenza; di contro la Categoria ‘Professioni sanitarie’ tende ad assumere una utilità marginale decrescente (oltre certi livelli il beneficio cala). In ogni caso, per tutte le Categorie, si riscontra che in corrispondenza di valori superiori a quello effettivamente registrato dal 25% delle Regioni più performanti, il beneficio è praticamente nullo.

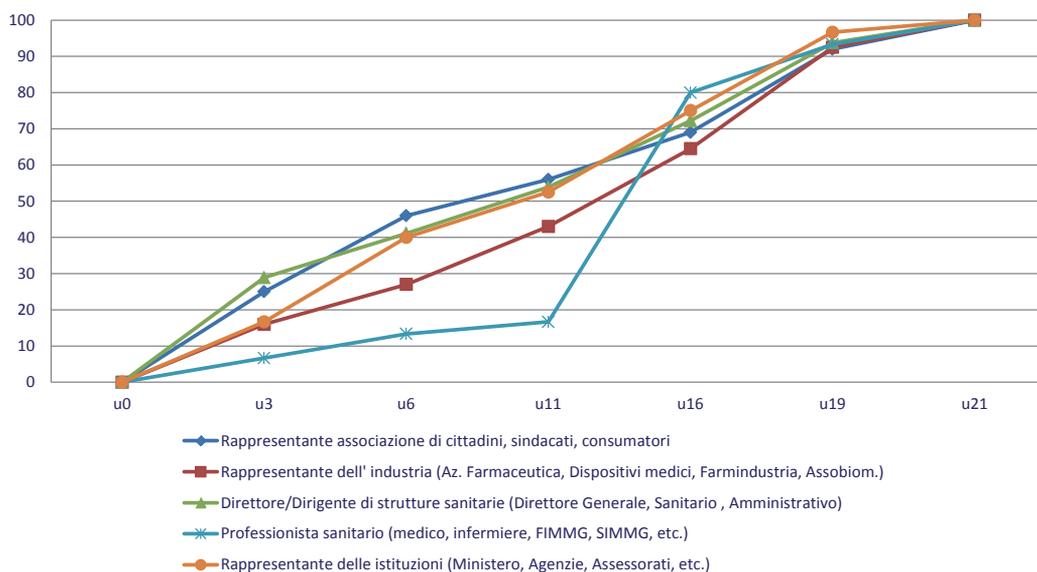
Figura 32.
Funzione utilità indicatore
‘Speranza di vita libera da disabilità (75+)’
Per categoria



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

Per quanto riguarda il secondo indicatore ‘Speranza di vita libera da disabilità (75+)’ l’atteggiamento è simile a quello riscontrato nel precedente indicatore: l’unica differenza significativa riguarda la Categoria ‘Professioni sanitarie’ in corrispondenza della quale si riscontra un andamento sigmoideale e non lineare. La Categoria ‘Utenti’ e ‘Professioni Sanitarie’ più delle altre danno valore a miglioramenti anche “minimi”; al contrario della categoria ‘Industria’.

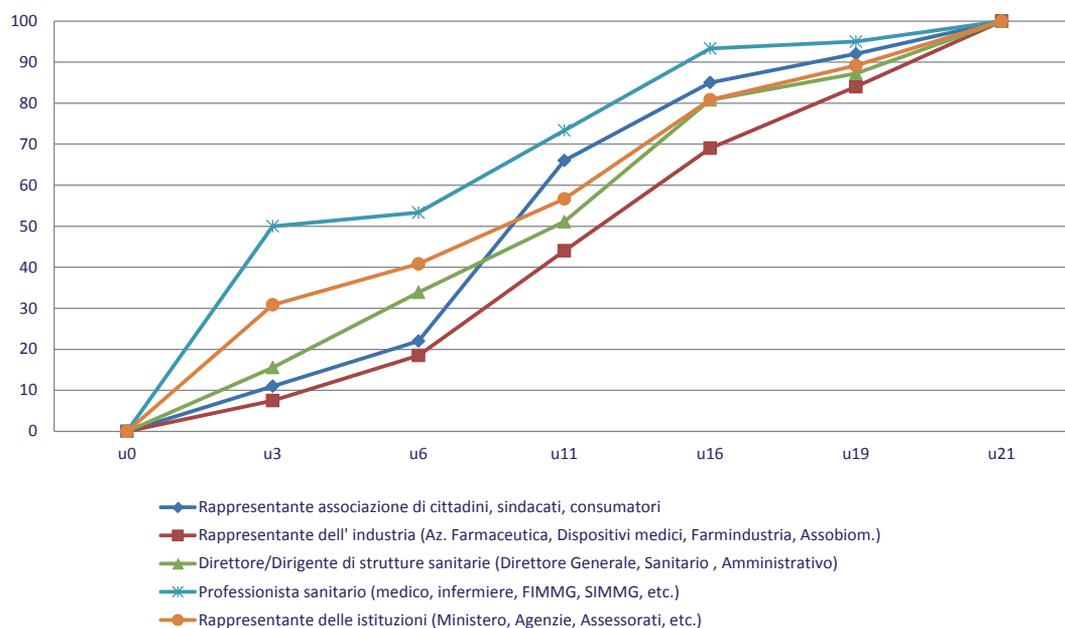
Figura 33.
Funzione utilità indicatore
‘Persone molto soddisfatte dell’assistenza
medica ospedaliera’
Per categoria



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

L'andamento della funzione utilità dell'indicatore 'Persone molto soddisfatte dell'assistenza medica ospedaliera' risulta essere sostanzialmente lineare per tutte le Categorie, tranne 'Professioni sanitarie', che assume una posizione dicotomica: valori di soddisfazione sotto un certo livello non sono ritenuti accettabili; superata una certa soglia (circa a metà dei valori effettivi registrati a livello regionale), l'utilità marginale ottenibile scema rapidamente. 'Management aziendale' e 'Utenti' sono più "sensibili" ai guadagni in termini di soddisfazione.

Figura 34.
Funzione utilità dell'indicatore
'Tasso di ricovero per BPCO,
diabete e scompenso (50-74 anni)'
Per categoria

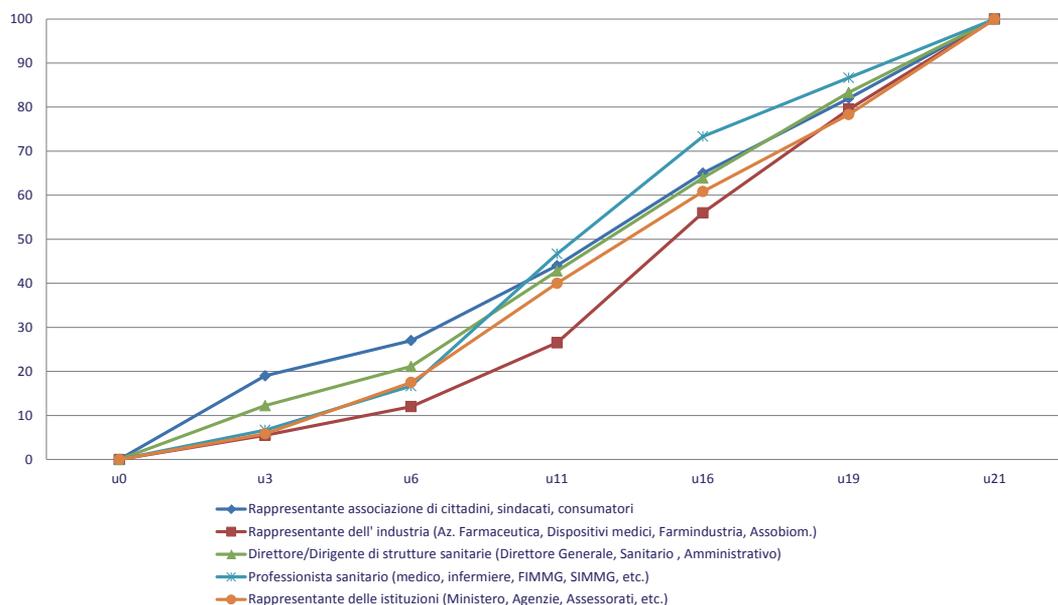


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

Prendendo in analisi l'ultima Dimensione, 'Appropriatezza', in merito all'indicatore 'Tasso di ricovero per BPCO, diabete e scompenso (50-74 anni)' l'andamento della funzione di utilità è sigmoideale per tutte le Categorie.

La categoria 'Professioni sanitarie' risulta essere l'unica ad "accontentarsi" di livelli relativamente modesti dell'indicatore, esprimendo una utilità marginale fortemente decrescente. Tutte le altre Categorie (e in particolare gli 'Utenti'), invece, a valori prossimi o inferiori al primo quarto della distribuzione associano un valore di utilità prossimo allo zero, bocciando completamente il sistema.

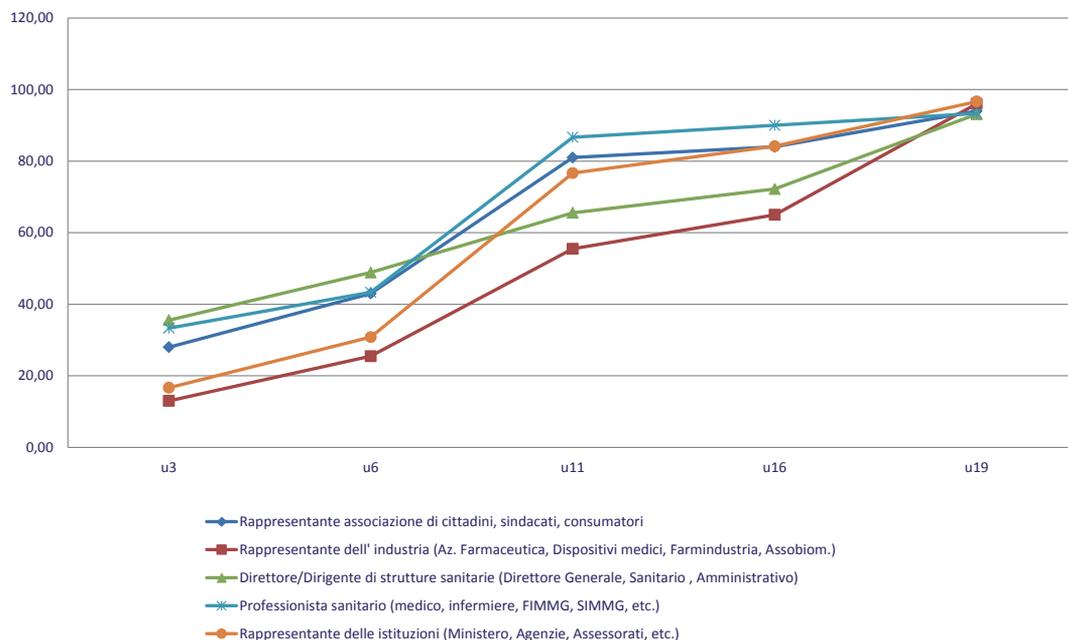
Figura 35.
Funzione utilità dell'indicatore
'% anziani in ADI (65+)'
Per categoria



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

La funzione di utilità ottenuta per l'indicatore '% anziani in ADI (65+)' presenta un andamento abbastanza lineare per 'Management aziendale' e 'Istituzioni', tende ad avere una utilità marginale decrescente per 'Utenti' e 'Professioni sanitarie', e al contrario crescente per l' 'Industria'.

Figura 36.
Funzione utilità indicatore
‘Quota ricoveri ospedalieri ordinari
con DRG inappropriati’
Per categoria



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

La funzione utilità ottenuta per l'indicatore 'Quota ricoveri ospedalieri ordinari con DRG inappropriati' presenta un andamento sigmoideale per tutte le Categorie. Per tutte le Categorie in corrispondenza di valori a destra del valore centrale gli aumenti di utilità associati a miglioramenti del valore dell'indicatore sono praticamente non significativi.

3.2.1 Riflessioni sulle funzioni di utilità degli indicatori

Nonostante i piccoli numeri (34 esperti partecipanti) ed il numero limitato di valori per i quali è stato chiesto di esprimere il valore corrispondente di utilità, i risultati emersi risultano essere ragionevoli e coerenti con le aspettative implicite nelle diverse visioni di cui sono portatrici le Categorie.

In particolare in tutti gli indicatori associati alla Dimensione Economico Finanziaria l'utilità marginale risulta essere decrescente: l'efficienza è importante, ma specialmente quando se ne è lontani; per valori vicini alla migliore Performance ulteriori miglioramenti portano benefici minimi. E' stato invece riscontrato un andamento sigmoideale in corrispondenza delle funzioni di utilità relative alla Dimensione Sociale: ovvero sotto certi livelli la Performance è ritenuta del tutto inaccettabile.

Su Appropriatezza e Esiti le posizioni sono più neutrali; si consideri, però, che come anticipato le misure di Esito aggregate proposte sono state ritenute a priori non sufficienti a dare conto della Dimensione Esiti, e questo può avere condizionato il valore attribuito agli indicatori disponibili.

3.3 III step: la sostituibilità fra indicatori

Il III step della metodologia proposta è necessario per valutare l'importanza relativa attribuita agli indicatori, e quindi il loro contributo nella "formazione" della Performance.

Come detto, l'assunzione è che nella Performance (complessiva) si possano compensare cattivi e buoni risultati su diverse Dimensioni.

Certamente si tratta del passaggio più delicato, in quanto la definizione dell'importanza relativa degli indicatori è un vero e proprio esercizio di elicitazione dei "tassi marginali di sostituzione". Allo stato attuale delle conoscenze metodologiche, l'elicitazione avviene procedendo per confronti a coppie degli indicatori, dovendosi poi ricostruire il quadro d'insieme delle coerenze.

Appare altresì evidente che effettuare tutti i possibili confronti a coppie fra gli indicatori renderebbe il metodo operativamente inapplicabile.

In questo step è quindi risultato necessario operare facendo una scelta a priori sulla forma analitica della funzione di utilità, tesa a semplificare il processo, e utilizzare poi un apposito software.

Sul primo punto viene incontro la teoria delle decisioni multi attributo sviluppata nell'ambito del Project Management: in linea con tali studi si è proceduto adottando una funzione di utilità multi attributo moltiplicativa. La funzione può presentarsi in diverse forme (additiva, moltiplicativa, multilineare), con diverse proprietà; nel nostro caso è stata adottata quella moltiplicativa che si presenta nella forma:

$$U(\bar{X}) = \frac{1}{k} \left\{ \prod_{i=1}^N [1 + k k_i U_i(x_i)] - 1 \right\}$$

Per poter elicitarne il quadro dei tassi di sostituzione, un apposito applicativo software (Logical Decisions for groups® sviluppato dall'azienda americana Logical Decisions), per alcune coppie di indicatori, casualmente determinate, chiede ai partecipanti di fare un esercizio di scelta in condizioni di trade-off, ovvero scambiando miglioramenti di un indicatore con peggioramenti di un altro, mantenendo costante l'esito complessivo in termini di Performance; e questo fino ad arrivare al punto di indifferenza fra i contributi forniti dai due indicatori.

Il software, in base alla funzione di utilità prescelta, permette di generare i contributi dei singoli indicatori/Dimensioni alla Performance (complessiva) e, quindi, di elaborare una misura sintetica di Performance.

Per convenzione, un SSR teoricamente ottimale, ovvero con tutti i valori degli indicatori pari a quello migliore nazionale, avrà associato un indice Performance pari a 1; mentre un valore di indice pari a 0 equivale ad avere tutti gli indicatori al livello peggiore (nazionale).

3.3.1 Il contributo degli indicatori alla Performance

La forma analitica della funzione di utilità prescelta permette di ottenere il quadro generale della sostituibilità fra indicatori, analizzandone 11 coppie.

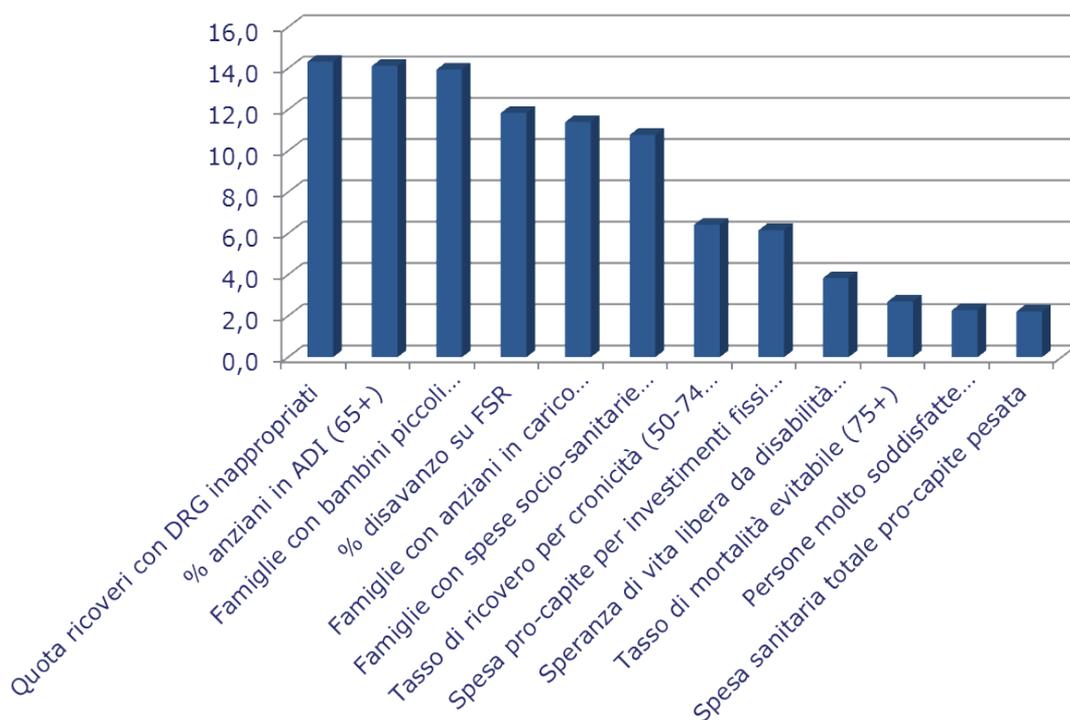
Le coppie sottoposte ai partecipanti sono state:

- o % famiglie impoverite con spese Out Of Pocket vs % di disavanzo su FSR
- o % di disavanzo su FSR vs Tasso di ricovero per BPCO, diabete e scopenso per residenti 50-74 anni
- o Tasso di ricovero per BPCO, diabete e scopenso per residenti 50-74 anni vs Persone molto soddisfatte dall'assistenza medica ospedaliera
- o Persone molto soddisfatte dall'assistenza medica ospedaliera vs Spesa sanitaria totale pro-capite pesata
- o Spesa sanitaria totale pro-capite pesata vs Speranza di vita libera di disabilità (75+)
- o Speranza di vita libera di disabilità (75+) vs Tasso di mortalità evitabile
- o Tasso di mortalità evitabile vs % famiglie con anziani in carico impoverite
- o % famiglie con anziani in carico impoverite vs % anziani in ADI sul totale della popolazione anziana (65+)
- o % anziani in ADI sul totale della popolazione anziana (65+) vs % famiglie con due figli piccoli impoverite
- o % famiglie con due figli piccoli impoverite vs Spesa pro-capite per investimenti fissi in sanità e assistenza sociale
- o Spesa pro-capite per investimenti fissi in sanità e assistenza sociale vs Quota ricoveri ospedalieri ordinari con DRG inappropriati

Sulla base delle preferenze espresse è stato possibile costruire "i tassi di sostituibilità", non solo tra i singoli indicatori, ma anche fra le relative Dimensioni di Performance.

Complessivamente i primi tre indicatori che contribuiscono maggiormente alla Performance dei SSR (per quasi il 45%) sono: 'Quota ricoveri con DRG inappropriati', '% anziani in ADI (65+)' e '% famiglie con bambini piccoli impoverite a causa delle spese socio-sanitarie'. Quelli che contribuiscono meno, complessivamente per poco più del 7%, 'Tasso di mortalità evitabile (75+)', 'Persone molto soddisfatte dell'assistenza medica ospedaliera' e 'Spesa sanitaria totale pro-capite pesata'.

Figure 37.
Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR
Valore %

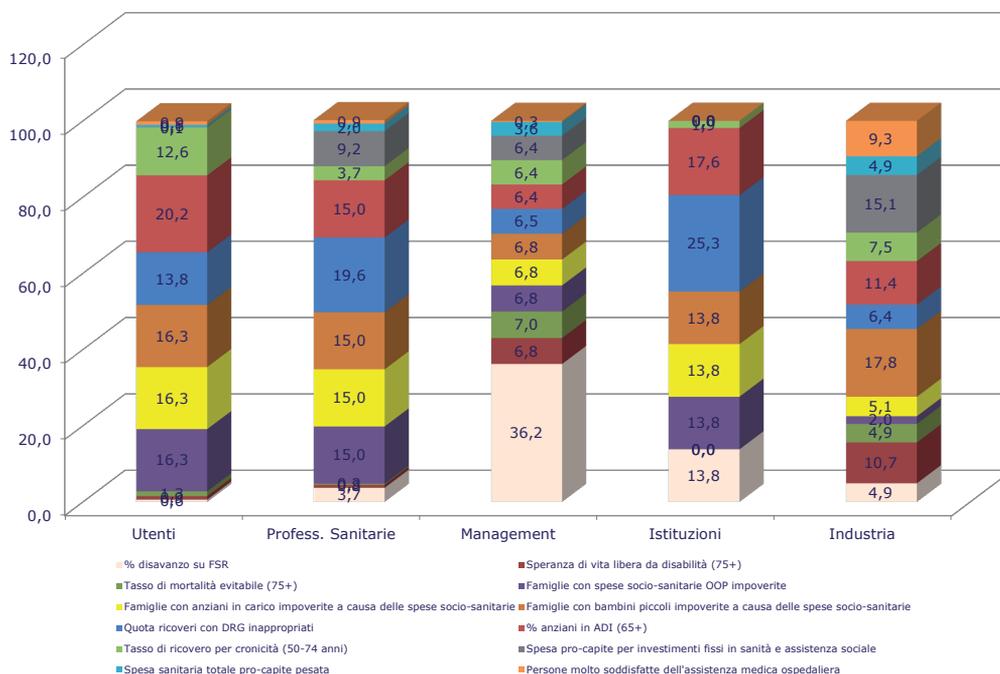


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

Anche in questo caso le preferenze appaiono significativamente diverse per categoria di stakeholders.

Prendendo in analisi i singoli indicatori, la ‘% disavanzo su FSR’ è quello che per il ‘Management aziendale’ contribuisce in maggior misura alla Performance (36,2%); per le ‘Istituzioni’ e le ‘Professioni sanitarie’ lo è in maggior misura l’indicatore ‘Quota di ricoveri con DRG inappropriati’ (25,2% e 19,6% rispettivamente); per gli ‘Utenti’ contribuisce in maggior misura l’indicatore ‘% di anziani in ADI’ (20,2%) e per l’‘Industria’ quello sociale ‘Famiglie con bambini piccoli impoverite’ (17,8%).

Figure 38.
Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR
Per Categoria - Valore %



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

Dall'analisi dei contributi dei diversi indicatori alla performance dei SSR emerge che gli 'Utenti sono l'unica Categoria che attribuisce un "peso" elevato al tasso di ricovero per cronicità. Per questa Categoria la Dimensione 'Sociale' contribuisce per il 50% alla Performance del sistema, e la gestione delle cronicità per il 30%.

Le 'Professioni sanitarie' ritengono di "dover rispondere" a quesiti di natura tecnica, ovvero contenere i ricoveri a rischio di inappropriately, e inoltre di garantire l'equità.

Il 'Management aziendale' ritiene che a lui sia affidata la dimensione dell'efficienza: infatti ritiene che l'indicatore '% disavanzo su FSR' contribuisca per più di un terzo alla misura di Performance.

Le 'Istituzioni' ritengono che la Performance dei SSR dipenda invece da ben sei fattori: in maggior misura dalla quota di ricoveri inappropriati (25,3%), poi da fattori legati alla cronicità (% pazienti in ADI), dal disavanzo economico finanziario e dalla dimensione sociale. Questa Categoria sembra presentare una visione affine a quella delle 'Professioni sanitarie'.

3.3.2 Il contributo delle dimensioni alla Performance

La Dimensione ‘Sociale’ contribuisce alla Performance per il 37,4%, quella dell’‘Appropriatezza’ per il 33,2%, quella ‘Economico Finanziaria’ per il 20,6% e quella ‘Esiti’ per l’8,9% (si tenga conto quanto detto sugli indicatori aggregati di esito).

Per la Categoria ‘Utenti’ le Dimensioni ‘Sociale’ e ‘Appropriatezza’ contribuiscono per più del 95% alla Performance di un sistema sanitario (49,3% e 46,1% rispettivamente); le altre Dimensioni, ‘Esiti’ ed ‘Economico finanziaria’, seguono a grande distanza: rispettivamente per il 3,2% e l’1,4%.

Superiore rispetto agli ‘Utenti’ è invece il peso attribuito dalla Categoria ‘Professioni sanitarie’ alla Dimensione ‘Economico finanziaria’, pari al 15,6%; minore è quella attribuita all’ ‘Appropriatezza’ (35,2%); una quota residuale, 2,1%, è invece rappresentata da quella ‘Esiti’.

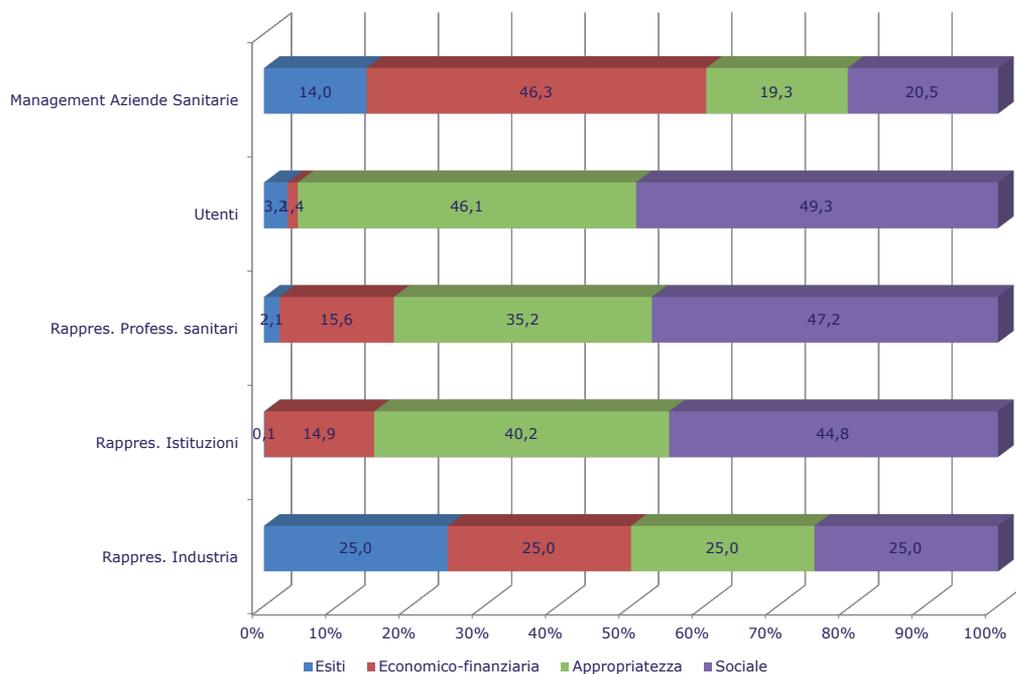
Prendendo in analisi la Categoria delle ‘Professioni sanitarie’, la Dimensione ‘Sociale’ contribuisce alla Performance del SSR per il 47,2%, la Dimensione ‘Appropriatezza’ per il 35,2%; cinque volte superiore rispetto agli ‘Utenti’ è invece il peso dato da questa Categoria alla Dimensione ‘Economico finanziaria’, pari al 15,6%; una quota residuale, 2,1%, è invece rappresentata dalla Dimensione ‘Esiti’.

Secondo la Categoria ‘Industria medicale’, tutte e quattro le Dimensioni contribuiscono in egual misura alla Performance dei SSR.

Per la Categoria del ‘Management aziendale’, la Dimensione Economico Finanziaria’ ha invece il “peso” prioritario, contribuendo per il 46,2% alla Performance del SSR, seguita da quella ‘Sociale’ e ‘Appropriatezza’ che contribuiscono ognuna per circa il 20%; la Dimensione ‘Esiti’ contribuisce per il 14,0%.

Per la Categoria delle ‘Istituzioni’, in analogia con quanto riscontrato per la Categoria ‘Utenti’, le Dimensioni ‘Sociale’ ed ‘Appropriatezza’ forniscono i contributi maggiori alla Performance dei SSR, rispettivamente 44,8% e 40,2%, seguite da quella ‘Economico Finanziaria’ (14,9%) e ‘Appropriatezza’, il cui contributo è quasi nullo.

Figura 39.
Contributo delle Dimensioni alla Performance dei SSR
Per categoria - Valore %

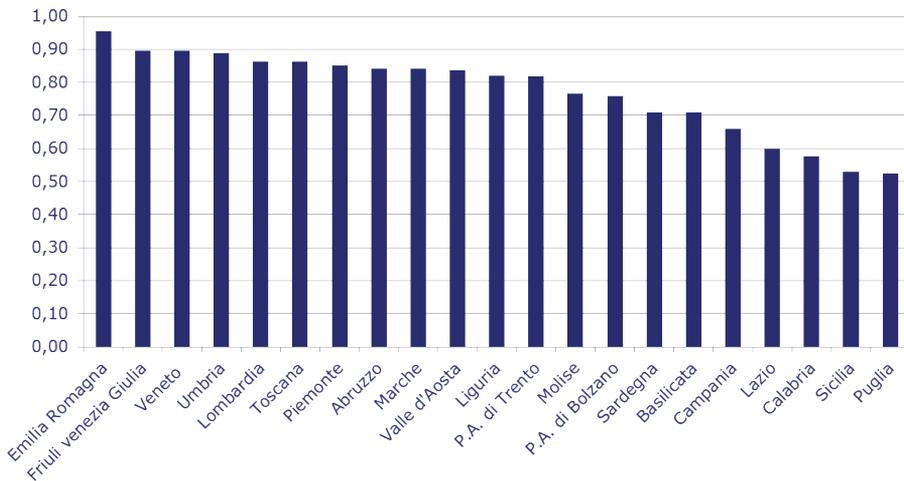


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

3.4 Misure di Performance dei SSR

Dall'analisi della misura della Performance ottenuta, sintesi delle preferenze espresse da tutte e cinque le Categorie di stakeholder rappresentate nel Panel di Esperti, l'indice oscilla da un massimo di 0,95 ad un minimo di 0,52: il primo valore è associato al SSR dell'Emilia Romagna e il secondo a quello della Regione Puglia.

Figura 40.
Misura di performance dei SSR



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

A dodici SSR è associato una misura di Performance superiore a 0,80 (80% della Performance massima teoricamente ottenibile); ai SSR di Molise, P.A. di Bolzano, Sardegna e Basilicata un valore maggiore a 0,71; e a cinque SSR quali Campania, Lazio, Calabria, Sicilia e Puglia, un valore inferiore a 0,70.

Una mera "interpretazione grafica" sembra far emergere 4 Regioni "complessivamente eccellenti" (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Umbria), un folto gruppo di Regioni "con Performance complessive in media accettabili", e un gruppo di Regioni con Performance complessive progressivamente peggiori, che comprende tutto il meridione, più P.A. Bolzano e Lazio.

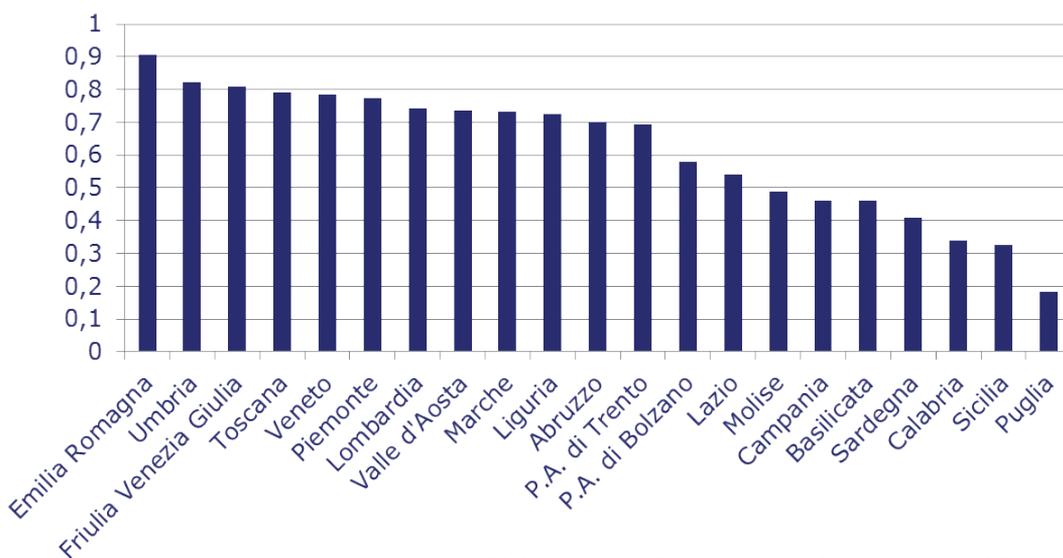
L'interesse per l'esercizio, come dichiarato in premessa, è però duplice: dimostrare ove possibile che esiste una "compensazione" fra Dimensioni, e che differenti stakeholders sono portatori di diverse valutazioni delle Performance dei SSR.

La conferma del primo punto, e quindi l'importanza relativa delle singole Dimensioni, nonché le differenze riscontrabili fra Categorie, sono evidenti in quanto discusso nel paragrafo precedente. Avendo come obiettivo del progetto quello di analizzare la Performance complessiva, come "composizione" delle diverse Dimensioni, non riportiamo i ranking per singola Dimensione, e preferiamo di seguito concentrarci, invece, sui ranking per Categoria.

3.4.1 Misura di Performance SSR Prospettiva ‘Utenti’

Per la Categoria ‘Utenti’, la misura di Performance dei SSR varia dallo 0,90 dell’Emilia Romagna allo 0,19 del SSR Puglia. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,50; Emilia Romagna, Umbria e Friuli Venezia Giulia compresi tra 0,81 e 0,90.

Figura 41.
Misura di performance dei SSR
Prospettiva ‘Utenti’



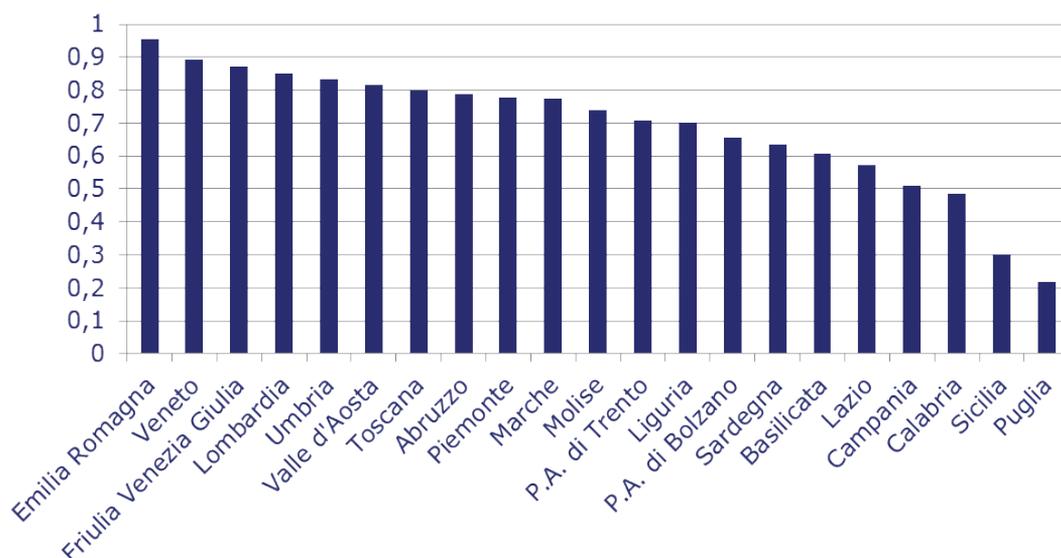
Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

Nella prospettiva degli ‘Utenti’ i SSR umbro e toscano recuperano due posizioni diventando rispettivamente secondo e quarto. L’Emilia Romagna conferma la sua posizione (prima). Il SSR laziale da quartultimo recupera cinque posizioni. Restano invece invariate le ultime tre posizioni di Calabria, Sicilia e Puglia.

3.4.2 Misura di Performance SSR Prospettiva ‘Professioni sanitarie’

Secondo la Categoria ‘Professioni sanitarie’ la misura di Performance varia dallo 0,95 dell’Emilia Romagna allo 0,22 del SSR Puglia. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,50; Emilia Romagna, Umbria e Friuli Venezia Giulia compresi tra 0,81 e 0,90.

Figura 42.
Misura di performance dei SSR
Prospettiva ‘Professioni sanitarie’



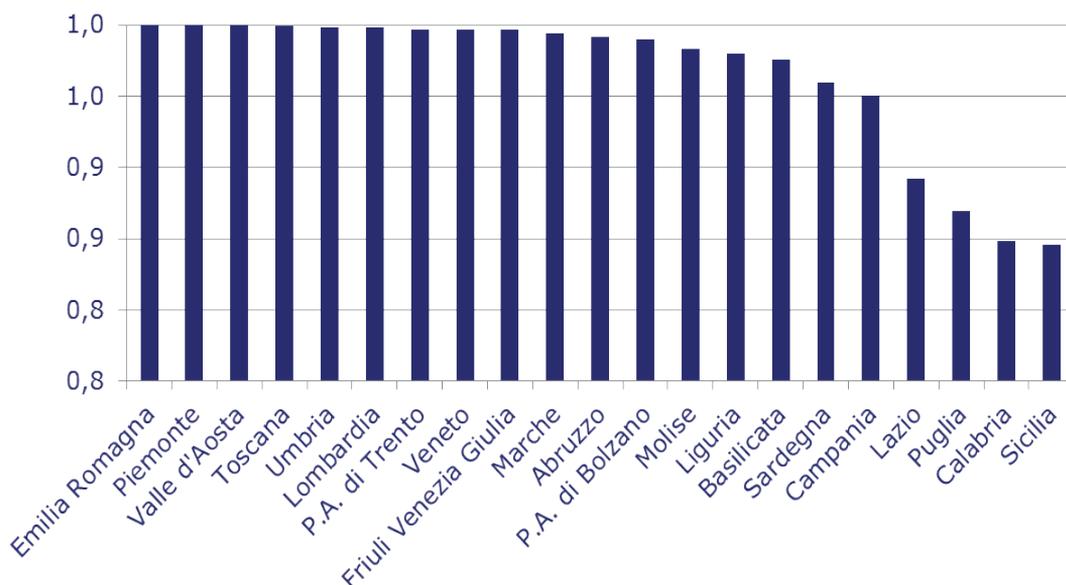
Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

Restano invariate rispetto alla valutazione complessiva le prime tre (Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia) e le ultime tre posizioni (Calabria, Sicilia e Puglia). Nella prospettiva dei ‘Professionisti sanitari’ i SSR piemontese e molisano perdono due posizioni (da settimo a nono il primo e da undicesimo a tredicesimo il secondo), quello toscano e marchigiano una (da sesto a settimo e da nono a decimo rispettivamente). Il SSR molisano recupera due posizioni, passando da quattordicesimo a dodicesimo.

3.4.3 Misura di Performance SSR Prospettiva ‘Industria medicale’

Per la Categoria ‘Industria medicale’, la misura di Performance varia dall’1,0 dell’Emilia Romagna allo 0,85 del SSR della Sicilia. Solo quattro Regioni hanno un valore di Performance inferiore allo 0,90, ossia, Lazio, Puglia, Calabria e Sicilia.

Figura 43.
Misura di performance dei SSR
Prospettiva ‘Industria medicale’



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

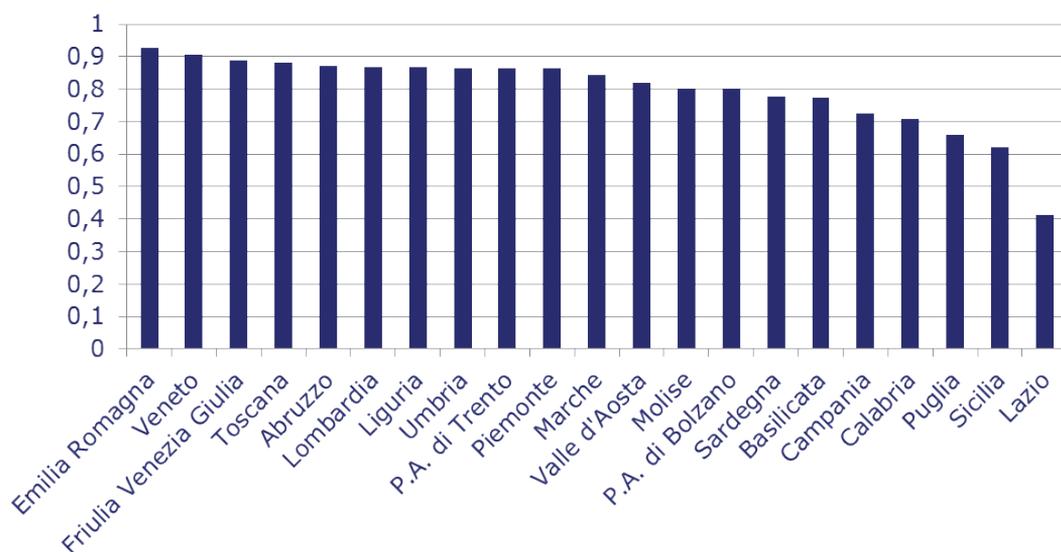
Emilia Romagna, Piemonte e Valle d'Aosta detengono le prime tre posizioni con un indice pari a 1.

In questa prospettiva i SSR siculo e calabrese perdono una posizione diventando rispettivamente ultimo e penultimo; quello pugliese e toscano ne recuperano due diventando terzultimo e quarto.

3.4.4 Misura di Performance SSR Prospettiva ‘Management aziendale’

Per la Categoria ‘Management Aziendale’ la misura di Performance varia dallo 0,93 dell’Emilia Romagna allo 0,41 del SSR del Lazio. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,50; Emilia Romagna, Umbria e Friuli Venezia Giulia compresi tra 0,81 e 0,90.

Figura 44.
Misura di performance dei SSR
Prospettiva ‘Management aziendale’



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

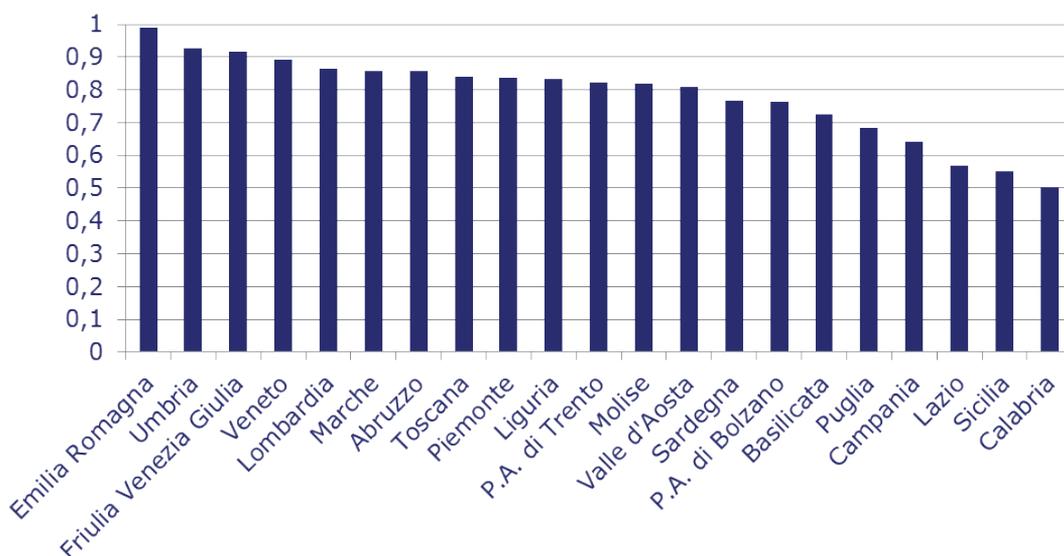
Mentre restano invariate rispetto alla valutazione complessiva le prime tre posizioni (Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia), sono variate le ultime: il SSR della Regione Lazio da quartultimo diventa ultimo, quello pugliese recupera due posizioni diventando terz'ultimo, quello calabrese prende il posto di quello laziale.

Restano invariate le posizioni di Sardegna, Basilicata e Campania (quattordicesima, quindicesima e sedicesima rispettivamente).

3.4.5 Misura di Performance SSR Prospettiva 'Istituzioni'

Per la Categoria delle 'Istituzioni', la misura di Performance varia dallo 0,99 dell'Emilia Romagna allo 0,50 del SSR della Calabria. Emilia Romagna, Umbria e Friuli Venezia Giulia ricoprono le prime tre posizioni, con un indice di Performance superiore allo 0,90. Le ultime cinque Regioni, Puglia, Campania, Lazio, Sicilia e Calabria, hanno invece indici di Performance inferiori a 0,70.

Figura 45.
Misura di performance dei SSR
Prospettiva 'Istituzioni'



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal panel

Il SSR calabrese perde due posizioni rispetto alla valutazione complessiva, diventando ultimo, quello pugliese ne lascia l'ultima posizione recuperandone cinque. Quelli campano e laziale ne perdono due.

L'Emilia Romagna conserva anche in questa prospettiva la prima posizione, seguita dall'Umbria, che ne recupera due, e dal Friuli Venezia Giulia, che ne ha persa una.

3.4.6 Riflessioni sui ranking di Performance

I risultati ottenuti confermano che benché possano essere definite molte misure di Performance, queste non possono prescindere dalle prospettive dei diversi stakeholders del sistema.

L' esercizio condotto produce ranking per Categoria che, malgrado alcuni punti fermi, risultano significativamente differenti.

Alcuni SSR risultano occupare delle posizioni, le prime e le ultime, più o meno sempre, indipendentemente dalla prospettiva adottata; ma per altre la posizione è variabile a seconda della prospettiva presa in analisi.

I risultati ottenuti dimostrano quindi che è fondamentale individuare una misura di Performance complessiva, sintesi delle diverse prospettive dei diversi stakeholders.

A riprova della complessità della Sanità, la Performance si rileva funzione tanto delle dimensioni prescelte (e in subordine evidentemente degli indicatori utilizzati per rappresentarle), quanto delle diverse istanze di cui diversi stakeholders risultano portatori.

4. CONTRIBUTI ALLA POLITICA SANITARIA

Negli ultimi anni l'attenzione verso l'accountability delle politiche pubbliche, e quindi anche di quelle sanitarie, è cresciuta enormemente, con una ampia fioritura di sistemi e metodi.

Il progetto “Una misura di performance dei SSR” si inserisce in questo filone, cercando di portare un contributo su due elementi sostanziali.

Il primo è l'importanza di considerare la Performance in termini multidimensionali: gli obiettivi delle politiche (sanitarie nel caso specifico) sono molteplici e il “rendere conto”, intrinseco nel concetto di accountability, richiede la trasparenza sull'oggetto di analisi.

Valutazioni specifiche, come possono essere quelle sugli Esiti o, dall'altro estremo, sulla Efficienza, sono utilissime e anzi necessarie, ma non possono da sole esaurire l'esigenza di accountability.

Il secondo, e fondamentale, elemento è quello della prospettiva adottata: persone o gruppi di interesse (stakeholders) diversi, possono legittimamente avere idee (preferenze) diverse in termini di priorità degli obiettivi: ad esempio, nulla fa pensare a priori che il peso dato ad un risultato in termini di Esiti possa essere uguale ad uno in termini di Efficienza, né tanto meno che soggetti diversi “pesino” analogamente le eventuali differenze.

Entrambi gli elementi portano ad un problema eminentemente metodologico: come mettere insieme, comporre, democraticamente, la multidimensionalità e anche le diverse prospettive? E anche, come rendere esplicito, e quindi accountable, anche il sistema di preferenze, ovvero di valori, utilizzato nelle analisi?

Il team di ricerca di CREA Sanità - Università di Roma Tor Vergata (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) ha cercato prima di rispondere al quesito metodologico, proponendo un metodo basato sulla elicitazione delle Utilità, mutuato dalla logica della teoria economica, e già operativo nell'approccio delle decisioni multi attributo, proposto dalla teoria del Project Management.

Il metodo, adattato alle specifiche esigenze di una applicazione finalizzata a misurare la Performance dei sistemi sanitari a livello regionale, prevede che i decisori si esprimano in sequenza:

- Sugli attributi della Performance, ovvero sugli indicatori preferibili per rappresentare gli obiettivi perseguibili dai SSR
- Sul valore attribuito alle determinazioni che i singoli indicatori possono assumere, ovvero sul valore dato a livelli numerici diversi dell'indicatore
- Sulla eventuale sostituibilità fra obiettivi (Dimensioni), ovvero sulla possibilità che un migliore risultato su un obiettivo, possa almeno parzialmente compensare un peggiore risultato su un altro.

L'implementazione del metodo ha richiesto lo sviluppo di un software ad hoc ed anche l'utilizzo di un apposito applicativo per le decisioni multi attributo.

Il progetto “Una misura di performance dei SSR” ha testato in pratica il metodo, ponendosi come una prima originale indagine esplorativa: l'ambizione era quella di verificare da una parte le gestibilità di una complessità significativa, quale quella implicita nella composizione in Sanità di obiettivi e prospettive diverse fra loro; dall'altra di verificare l'ipotesi di ricerca

da vari punti di vista, di cui due particolarmente interessanti: le differenze nelle prospettive adottate dai diversi stakeholders, pesano davvero nella valutazione finale delle Performance dei sistemi sanitari? Il valore attribuito ai vari indicatori segue logiche lineari, di proporzionalità, o dipende dai livelli degli indicatori stessi?

Entrambi gli obiettivi possono dirsi pienamente raggiunti; la metodologia e gli strumenti approntati hanno permesso di gestire un esercizio di elicitazione svolto con 34 esperti, appartenenti a 5 categorie di stakeholder, sulla base di 4 dimensioni fondamentali di analisi: Economico Finanziaria, Appropriatazza, Esiti, Equità; inoltre, l'esercizio ha permesso di apprezzare che:

- le prospettive dei diversi stakeholder non sono effettivamente sovrapponibili
- il valore attribuito agli indicatori non varia necessariamente in modo lineare (ad esempio, dimezzare un disavanzo non necessariamente equivale ad ottenere il doppio di utilità), ma dipende invece dal livello degli indicatori, oltre che della prospettiva adottata
- il contributo che le varie Dimensioni di analisi danno alla Performance sono fortemente difformi e, di nuovo, dipendenti dalla prospettiva.

Nei capitoli precedenti sono stati analizzati in dettaglio metodologia e risultati. Ci sembra utile, in conclusione, rilevare alcuni elementi chiave.

Il valore attribuito alle determinazioni degli indicatori, come anticipato, non è necessariamente lineare, e segue logiche sostanzialmente intelleggibili e, potremmo dire, razionali.

Per gli indicatori di tipo 'Sociale', equitativo, si percepisce come valori sotto una certa soglia sono considerati inaccettabili, risultato coerente con la teoria della Giustizia Distributiva, che premia il miglioramento della posizione di chi sta peggio.

Analogamente, superate soglie di "buona Performance" il beneficio aggiuntivo viene valutato rapidamente decrescente.

Per le valutazioni di 'Efficienza', anche qui con logiche assolutamente spiegabili, i risultati più negativi sono penalizzati, ma si individua una soglia di accettabilità, oltre la quale, di nuovo, ulteriori miglioramenti comportano benefici decrescenti; ad esempio si evince come sopra la soglia di un disavanzo del 10%, il contributo di una ulteriore riduzione alla Performance risulti modesto.

Gli indicatori di 'Esito', che peraltro in questa prima applicazione soffrono di una carenza di specificità, essendo tutte misure aggregate: quelli più clinici sembrano seguire la logica dell'utilità marginale decrescente, mentre viene attribuito un valore "neutrale" alla customer satisfaction. Si noti che, anche in questo caso in modo non sorprendente, le 'Professioni Sanitarie' sembrano essere le più sensibili a quest'ultimo elemento, "bocciando" definitivamente i sistemi a basso livello di qualità percepita dagli utenti.

Gli indicatori di 'Appropriatazza', infine, assumono andamenti proporzionali.

Andando ad esplorare il contributo alla Performance delle diverse Dimensioni, possiamo apprezzare come il contributo di quella 'Economico Finanziaria' sia quasi nullo per gli 'Utenti', mentre è molto forte per il 'Management aziendale' (46,2%), con valori del 25% per l' 'Industria' e circa pari al 15% per 'Professioni sanitarie' e 'Istituzioni'.

Di contro, la Dimensione 'Sociale' ha un ruolo molto importante nella misura di Per-

formance per 'Utenti' (49,3%), 'Professioni sanitarie' (47,2%) e 'Istituzioni' (44,8%), e minore per 'Industria' e 'Management aziendale' (25,0% e 20,5% rispettivamente).

La Dimensione 'Appropriatezza' fornisce un contributo importante secondo le Categorie 'Utenti' (46,1%) e 'Istituzioni' (40,2%); minore, ma comunque significativo, per 'Industria' (25,0%) e 'Management aziendale' (19,3%).

Si noti che gli 'Esiti', con i caveat sopra esposti, sono ritenuti quasi trascurabili dagli 'Utenti', le 'Professioni sanitarie' e le 'Istituzioni' (che evidentemente si ritengono "già soddisfatti" da questo punto di vista), e crescono di importanza solo per il 'Management aziendale' (14%) e l' 'Industria'.

Anche in questo caso siamo di fronte a preferenze, e quindi sistemi di valore, che qualitativamente possiamo considerare attesi, di cui però l'esercizio permette di apprezzare la quantificazione.

Non stupisce allora, che i ranking di merito ottenibili per i SSR dipendano effettivamente dalla prospettiva utilizzata.

In generale, la misura della Performance ottenuta dall'analisi, sintesi delle preferenze espresse da tutte e cinque le Categorie di stakeholder rappresentate nel Panel di Esperti, posto il valore teorico di 1 per il sistema "ottimale" (ovvero quello che dovesse avere il risultato migliore su tutti gli indicatori) e il valore 0 per il sistema "peggiore" (ovvero quello che dovesse avere il risultato peggiore su tutti gli indicatori), la misura stimata oscilla da un massimo di 0,95 ad un minimo di 0,52: il primo valore è associato al SSR dell'Emilia Romagna e il secondo a quello della Regione Puglia.

A dodici SSR è associato una misura di Performance superiore a 0,80; ai SSR di Molise, P.A. di Bolzano, Sardegna e Basilicata un valore maggiore a 0,71; e a cinque quali Campania, Lazio, Calabria, Sicilia e Puglia, un valore inferiore a 0,70.

Una mera "interpretazione grafica" sembra far emergere 4 Regioni "complessivamente eccellenti" (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Umbria), un folto gruppo di Regioni "con Performance complessive in media accettabili", e un gruppo di Regioni con Performance complessive progressivamente peggiori, che comprende tutto il meridione, più P.A. Bolzano e Lazio.

Ma se l'Emilia Romagna conserva anche nelle diverse prospettive, la prima posizione, le altre posizioni cambiano a volte anche significativamente: ad esempio la Puglia "cede" l'ultima posizione secondo la prospettiva del 'Management aziendale', delle 'Istituzioni' e dell' 'Industria medica' rispettivamente a Lazio, Calabria e Sicilia, mentre gli 'Utenti' premiano di più Umbria e Toscana.

In conclusione, convinti che l'accountability, in particolare da parte delle istituzioni pubbliche, sia un dovere, e che solo stilando classifiche di merito si può incentivare il miglioramento e la crescita delle istituzioni (nel nostro caso sanitarie), ci sembra di poter portare un contributo al dibattito segnalando come sia fondamentale:

- garantire la trasparenza del sistema di valori che è sottostante a qualsiasi valutazione
- rappresentare democraticamente le varie istanze, e quindi le diverse priorità, che compongono il tessuto sociale.

Schede Indicatori

PROSPETTIVA	ID	INDICATORE
Sociale (Equità)	1%	famiglie impoverite con spese <i>out of pocket</i>
	2%	famiglie impoverite
	3	% famiglie con spese catastrofiche
	4	% famiglie con spese catastrofiche con spese <i>out of pocket</i>
	5%	famiglie con anziani in carico impoverite
	6	% famiglie con anziani con spese catastrofiche
	7	% famiglie con due figli piccoli impoverite
	8	% famiglie con due figli piccoli con spese catastrofiche
Economico-finanziaria	9%	di disavanzo su FSR
	10	Spesa sanitaria pubblica pro-capite pesata
	11	Spesa sanitaria totale pro-capite pesata
	12	Spesa per ticket in % spesa farmaceutica pubblica
	13	Spesa farmaceutica ospedaliera e convenzionata pro-capite pesata
	14	Spesa pubblica per il personale delle Aziende Sanitarie pro-capite
	15	Spesa per investimenti fissi in sanità e assistenza sociale pro-capite
Esiti	16	Tasso di persone in buona salute
	17	Persone molto soddisfatte dall'assistenza medica ospedaliera
	18	Speranza di vita libera di disabilità (75+)
	19	Tasso di mortalità evitabile
	20	Tasso di mortalità standardizzata
	21	% procedure chirurgiche in artroscopia e laparoscopia sui DRG chirurgici
	22	Quota spesa per la formazione sul totale
	23	Numero di PET per 750.000 ab.
Appropriatezza	24	Tasso di ricovero per BPCO, diabete e scompenso per residenti 50-74 anni
	25	Adesione screening prevenzione donna (mammogr 40+ e pap-test 25-34 anni)
	26	Tasso di copertura vaccinale in età pediatrica (morbillo, rosolia e parotite)
	27	Tasso posti letto in residenze
	28	% anziani in ADI sul totale della popolazione anziana (65+)
	29	Tasso standardizzato di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario
	30	Quota ricoveri ospedalieri ordinari con DRG inappropriati

PROSPETTIVA SOCIALE (EQUITÀ)

INDICATORE N. 1 <i>% famiglie impoverite con spese out of pocket</i>	
Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, le famiglie residenti che hanno sostenuto delle spese sanitarie <i>out of pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.), e che per causa loro si sono impoverite (sono scese al di sotto della soglia di povertà relativa)
Numeratore	Numero di famiglie impoverite per spese sanitarie <i>out of pocket</i>
Denominatore	Numero di famiglie con spese sanitarie <i>out of pocket</i>
Unità di misura	Valore in %
Valore migliore	0,5
Valore peggiore	5,3
INDICATORE N. 2 <i>% famiglie impoverite</i>	
Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, le famiglie residenti che a causa delle spese sanitarie <i>out of pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.), si sono impoverite (sono scese al di sotto della soglia di povertà relativa.)
Numeratore	Numero di famiglie impoverite per spese sanitarie <i>out of pocket</i>
Denominatore	Numero di famiglie residenti
Unità di misura	Valore in %
Valore migliore	0,5
Valore peggiore	3,1
INDICATORE N. 3 <i>% famiglie con spese catastrofiche</i>	
Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, la quota di famiglie residenti soggette a spese sanitarie <i>out of pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.) catastrofiche, ovvero a spese che superano il 40% della loro <i>capacity to pay</i> (disponibilità al netto delle spese di sussistenza)
Numeratore	Numero di famiglie con spese sanitarie catastrofiche
Denominatore	Numero di famiglie residenti
Unità di misura	Valore in %
Valore migliore	0,48
Valore peggiore	3,06

INDICATORE N. 4
% famiglie con spese catastrofiche con spese out of pocket

Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, la quota di famiglie residenti che sostengono spese sanitarie <i>out of pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.) che sono soggette a spese catastrofiche, ovvero a spese che superano il 40% della loro <i>capacity to pay</i> (disponibilità al netto delle spese di sussistenza)
Numeratore	Numero di famiglie soggette a spese catastrofiche
Denominatore	Numero di famiglie con spese sanitarie <i>out of pocket</i>
Unità di misura	Valore in %
Valore migliore	2,3
Valore peggiore	9,6

INDICATORE N. 5
% famiglie con anziani in carico impoverite

Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, le famiglie residenti, senza figli, la cui persona di riferimento abbia più di sessantacinque anni che si sono impoverite a causa delle spese sanitarie <i>out of pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.), ovvero che a causa di queste spese sono scese al di sotto della soglia di povertà.
Numeratore	Numero di famiglie impoverite con persona di riferimento over 65
Denominatore	Numero di famiglie con persona di riferimento over 65
Unità di misura	Valore in %
Valore migliore	0,0
Valore peggiore	7,2

INDICATORE N. 6
% famiglie con anziani con spese catastrofiche

Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, la quota di famiglie residenti senza figli la cui persona di riferimento abbia più di sessantacinque anni che sono state soggette a spese sanitarie <i>out of pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.) catastrofiche, ovvero di importo superiore al 40% della loro <i>capacity to pay</i> (disponibilità al netto delle spese di sussistenza).
Numeratore	Numero di famiglie con persona di riferimento over 65 con spese catastrofiche
Denominatore	Numero di famiglie con persona di riferimento over 65
Unità di misura	Valore in %
Valore migliore	0,9
Valore peggiore	12,7

INDICATORE N. 7
% famiglie con due figli piccoli impoverite

Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, la quota di famiglie residenti con almeno due figli minorenni che si sono impoverite a causa delle spese sanitarie <i>out of pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.)
Numeratore	Numero di famiglie impoverite con almeno due figli minorenni
Denominatore	Numero di famiglie con almeno due figli minorenni
Unità di misura	Valore in %
Valore migliore	0,0
Valore peggiore	4,3

INDICATORE N. 8
% famiglie con due figli piccoli con spese catastrofiche

Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, la quota di famiglie residenti con almeno due figli minorenni che sono soggette a spese sanitarie <i>out of pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.) catastrofiche
Numeratore	Numero di famiglie catastrofiche con due o più figli minorenni
Denominatore	Numero di famiglie con due o più figli minorenni
Unità di misura	Valore in %
Valore migliore	0,0
Valore peggiore	9,3

PROSPETTIVA ECONOMICO-FINANZIARIA

INDICATORE N. 9 <i>% disavanzo sul FSR</i>	
Descrizione	L'indicatore rappresenta il contributo, in termini percentuali, di ciascuna Regione alla formazione del disavanzo del SSN
Numeratore	Disavanzo sul Fondo Sanitario Regionale
Denominatore	Disavanzo sul Fondo Sanitario Nazionale
Unità di misura	Valori in %
Valore peggiore	42,3
Valore migliore	0,0
INDICATORE N. 10 <i>Spesa sanitaria pubblica pro-capite pesata</i>	
Descrizione	L'indicatore rappresenta, in euro, la spesa sanitaria pubblica annua per cittadino residente.
Numeratore	Spesa sanitaria pubblica
Denominatore	Popolazione totale
Unità di misura	Valori in €
Valore migliore	1.702,1
Valore peggiore	2.282,3
INDICATORE N. 11 <i>Spesa sanitaria totale pro-capite pesata</i>	
Descrizione	L'indicatore rappresenta, in euro, la spesa sanitaria annua, pubblica e privata, per cittadino residente.
Numeratore	Spesa sanitaria totale (pubblica e privata)
Denominatore	Popolazione totale
Unità di misura	Valore in €
Valore migliore	1.989,2
Valore peggiore	2.877,6

INDICATORE N. 12
Spesa per ticket in % spesa farmaceutica pubblica

Descrizione	L'indicatore esprime l'incidenza delle quote di partecipazione a carico dei cittadini sulla spesa farmaceutica lorda
Numeratore	Spesa per ticket
Denominatore	Spesa farmaceutica lorda
Unità di misura	Valori in %
Valore migliore	5,6
Valore peggiore	15,2

INDICATORE N. 13
Spesa farmaceutica ospedaliera e convenzionata pro-capite pesata

Descrizione	L'indicatore esprime la spesa pesata per singolo cittadino per farmaci (somma di spesa farmaceutica delle strutture pubbliche e di spesa farmaceutica netta classe A del SSN (la spesa netta è ottenuta sottraendo alla spesa lorda lo sconto e il ticket a carico dei pazienti))
Numeratore	Spesa farmaceutica delle strutture pubbliche + spesa farmaceutica netta classe A del SSN
Denominatore	Popolazione pesata
Unità di misura	Valori in €
Valore migliore	238,2
Valore peggiore	348,7

INDICATORE N. 14
Spesa pubblica per il personale delle Aziende Sanitarie pro-capite

Descrizione	L'indicatore rappresenta, in euro, la spesa sanitaria annua per cittadino residente per il personale.
Numeratore	Spesa pubblica per il personale
Denominatore	Popolazione totale
Unità di misura	Valori in €
Valore migliore	515,7
Valore peggiore	1.081,9

INDICATORE N. 15***Spesa per investimenti fissi in sanità e assistenza sociale pro-capite***

Descrizione	L'indicatore rappresenta quanto ciascuna Regione spende per ciascun residente in termini di investimenti fissi sanitari e forme di assistenza sociale
Numeratore	Valore degli investimenti fissi effettuati dalla Regione in sanità e assistenza sociale
Denominatore	Popolazione residente
Unità di misura	Valori in €
Valore peggiore	83,6
Valore migliore	230,4

PROSPETTIVA ESITI

INDICATORE N. 16 <i>Tasso di persone in buona salute</i>	
Descrizione	L'indicatore rappresenta la quota di persone che hanno dichiarato di essere in buona salute
Numeratore	Numero di persone in buona salute
Denominatore	Popolazione totale
Unità di misura	Valori assoluti per 100 abitanti
Valore migliore	63,5
Valore peggiore	84,2
INDICATORE N. 17 <i>Persone molto soddisfatte dall'assistenza medica ospedaliera</i>	
Descrizione	L'indicatore rappresenta coloro che hanno subito un ricovero e hanno dichiarato di essere molto soddisfatte per i servizi ospedalieri
Numeratore	Persone ricoverate molto soddisfatte
Denominatore	Totale delle persone ricoverate
Unità di misura	Valori assoluti per 100 persone ricoverate
Valore peggiore	19,2
Valore migliore	63,5
INDICATORE N. 18 <i>Speranza di vita libera di disabilità (75+)</i>	
Descrizione	L'indicatore esprime il numero medio di anni che una persona con un'età ≥ 75 anni può aspettarsi di vivere in assenza di disabilità
Numeratore	Cumulata degli anni vissuti ($L_{x,x+x}$) dall'età x all'età estrema (T_x) liberi da disabilità
Denominatore	Numero di sopravvissuti all'età x liberi da disabilità
Unità di misura	Anni
Valore peggiore	6,2
Valore migliore	9,9

INDICATORE N. 19
Tasso di mortalità evitabile

Descrizione	L'indicatore illustra la distribuzione dei decessi per cause di morte evitabili nella fascia di età considerata (Decessi avvenuti in Italia nel triennio 2000/2002). Il tasso è standardizzato per 100 mila ab.
Numeratore	Numero di decessi "evitabili" avvenuti nella fascia di età considerata
Denominatore	Numero di decessi totali avvenuti nella fascia di età considerata
Unità di misura	Valori assoluti per 100.000 abitanti
Valore migliore	143,2
Valore peggiore	215,3

INDICATORE N. 20
Tasso di mortalità standardizzata

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di decessi standardizzata in base all'età della popolazione*. Il dato è espresso per 10.000 abitanti
Numeratore	Decessi di età x e genere g * 10.000 ab.
Denominatore	Popolazione totale di età x e genere g
Unità di misura	Valori assoluti per 10.000 ab.
Valore migliore	79,0
Valore peggiore	98,1

INDICATORE N. 21
% procedure chirurgiche in artroscopia e laparoscopia sui DRG chirurgici

Descrizione	L'indicatore rappresenta la quota di DRG chirurgici relativi ad interventi in artroscopia e laparoscopia sui DRG chirurgici totali
Numeratore	Ricoveri con procedure in artroscopia e laparoscopia
Denominatore	Totale ricoveri chirurgici in acuzie
Unità di misura	Valore in %
Valore peggiore	3,4
Valore migliore	6,5

INDICATORE N. 22
Quota spesa per la formazione sul totale

Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, la quota delle spese di produzione che le Aziende Sanitarie a gestione diretta destinano alla formazione, esternalizzata e non.
Numeratore	Spesa per la formazione esternalizzata e non
Denominatore	Spesa di produzione
Unità di misura	Valori in %
Valore peggiore	0,0
Valore migliore	0,6

INDICATORE N. 23
Numero di PET per 750.000 ab.

Descrizione	L'indicatore esprime, il numero di apparecchiature PET e PET/TAC disponibili ogni 750.000 abitanti, ritenendo che il dimensionamento ottimale sia pari ad un tomografo ogni 750.000 abitanti.
Numeratore	Numero di scanner PET e PET/TAC * 750.000
Denominatore	Popolazione totale
Unità di misura	Valori assoluti per 750.000 abitanti
Valore migliore	1,0
Valore peggiore	25,1

PROSPETTIVA APPROPRIATEZZA

INDICATORE N. 24

Tasso di ricovero per BPCO, diabete e scompenso per residenti 50-74 anni

Descrizione	L'indicatore rappresenta il numero di ricoveri per attività in acuto con diagnosi di patologie croniche (BPCO, diabete, ipertensione, scompenso cardiaco) per i residenti appartenenti alla fascia d'età 50-74 anni
Numeratore	Ricoveri ordinari con diagnosi principale di diabete, scompenso, BPCO e ipertensione per età 50-74 anni *1.000
Denominatore	Popolazione nella fascia d'età 50-74 anni
Unità di misura	Valori assoluti per 1.000 abitanti
Valore migliore	2,5
Valore peggiore	28,9

INDICATORE N. 25

Adesione screening prevenzione donna (mammogr. 40+ e pap-test 25-34 anni)

Descrizione	Rappresenta la quota di donne sottoposte a screening mammografico (> 40 anni) e a pap test (25-34 anni) sul totale della popolazione femminile per quelle fasce di età
Numeratore	Numero di donne sottoposte a screening mammografico (> 40 anni) e a pap test (25-34 anni)
Denominatore	Popolazione femminile totale per le fasce di età della popolazione target
Unità di misura	Valori assoluti per 100 donne
Valore peggiore	32,9
Valore migliore	74,3

INDICATORE N. 26

Tasso di copertura vaccinale in età pediatrica (morbillo, rosolia e parotite)

Descrizione	Rappresenta le coperture vaccinali a 24 mesi, intese come numero di cicli vaccinali per Morbillo, Parotite e Rosolia completati nei bambini nati due anni prima dell'anno di riferimento.
Numeratore	Numero di cicli vaccinali MPR completati nei bambini nati due anni prima dell'anno di riferimento * 100 bambini
Denominatore	Numero totale bambini nati due anni prima dell'anno di riferimento
Unità di misura	Valori assoluti per 100 bambini
Valore peggiore	72,4
Valore migliore	94,7

INDICATORE N. 27
Tasso di posti letto in residenze

Descrizione	L'indicatore è misura dell'offerta di assistenza sanitaria e rappresenta il numero di posti letto rapportato alla popolazione residente in strutture residenziali e semiresidenziali accreditate (pubbliche e private)
Numeratore	Posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali *1000
Denominatore	Popolazione residente
Unità di misura	Valori assoluti per 1.000 abitanti
Valore peggiore	0,0
Valore migliore	1,4

INDICATORE N. 28
% anziani in ADI sul totale della popolazione anziana (65+)

Descrizione	L'indicatore rappresenta la quota di assistiti con età ≥ 65 anni trattati in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) sulla popolazione totale ultra 65enne
Numeratore	Numero assistiti con età ≥ a 65 anni trattati in ADI
Denominatore	Popolazione con età ≥ 65 anni
Unità di misura	Valori in %
Valore peggiore	0,4
Valore migliore	11,6

INDICATORE N. 29
Tasso standardizzato di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario

Descrizione	L'indicatore esprime il numero di ricoveri in acuto eseguiti in regime ordinario ogni 1.000 residenti
Numeratore	Ricoveri ordinari, attività in acuto, effettuati nella regione * 1.000 abitanti
Denominatore	Popolazione totale
Unità di misura	Valore per 1.000 abitanti
Valore migliore	99,0
Valore peggiore	146,0

INDICATORE N. 30
Quota ricoveri ospedalieri ordinari con DRG inappropriati

Descrizione	L'indicatore rappresenta la quota di ricoveri associati ai 108 DRG a rischio di inappropriatazza sul totale dei ricoveri
Numeratore	Ricoveri in regime ordinario con DRG ad alto rischio di inappropriatazza
Denominatore	Totale dei ricoveri (attività per acuti) in regime ordinario
Unità di misura	Valori in %
Valore migliore	20,0
Valore peggiore	31,0



ISBN 978-88-905927-6-8



€ 50,00 IVA inclusa