

Una misura di Performance dei SSR



V° edizione

A cura di:
F. Spandonaro
D. d'Angela



Indice

<i>Executive Summary</i>	20
1. Introduzione	26
2. Metodologia (sintesi)	28
3. Risultati	35
3.1 Scelta degli indicatori alla <i>Performance</i> per Dimensione	35
3.2 Scelta degli indicatori alla <i>Performance</i> per categoria	43
3.3 La funzione di valore degli indicatori	68
Riflessioni sulla funzione di valore degli indicatori	118
3.4 La composizione degli indicatori	120
Riflessioni sul contributo degli indicatori alla <i>Performance</i>	129
3.5 La <i>Performance</i> dei SSR	133
Membri del <i>Panel</i> delle Regioni in Piano di Rientro	139
Membri del <i>Panel</i> delle Regioni in sostanziale equilibrio	140
Riflessioni sui <i>ranking</i> di <i>Performance</i>	141
4.0 Dinamica della <i>Performance</i>	146
5.0 Contributi alla politica sanitaria	149
Schede indicatori	163
<i>Project work: Confronto fra stakeholder</i>	175

Indice delle Figure

Figura 3.1 Esito votazione per indicatore Dimensione Sociale	37
Figura 3.2 Esito votazione per indicatore Dimensione Economico-Finanziaria	38
Figura 3.3 Esito votazione per indicatore Dimensione Appropriatezza	38
Figura 3.4 Esito votazione per indicatore Dimensione Esiti	39
Figura 3.5 Esito votazione per indicatore Dimensione Innovazione	40
Figura 3.6 Esito votazione indicatori Dimensione Sociale	
Categoria Utenti	43
Figura 3.7 Esito votazione indicatori Dimensione Economico-Finanziaria	
Categoria Utenti	44
Figura 3.8 Esito votazione indicatori Dimensione Appropriatezza	
Categoria Utenti	45
Figura 3.9 Esito votazione indicatori Dimensione Esiti	
Categoria Utenti	46
Figura 3.10 Esito votazione indicatori Dimensione Innovazione	
Categoria Utenti	47
Figura 3.11 Esito votazione indicatori Dimensione Sociale	
Categoria Professioni sanitarie	48
Figura 3.12 Esito votazione indicatori Dimensione Economico-Finanziaria	
Categoria Professioni sanitarie	49
Figura 3.13 Esito votazione indicatori Dimensione Appropriatezza	
Categoria Professioni sanitarie	50
Figura 3.14 Esito votazione indicatori Dimensione Esiti	
Categoria Professioni sanitarie	51
Figura 3.15 Esito votazione indicatori Dimensione Innovazione	
Categoria Professioni sanitarie	52
Figura 3.16 Esito votazione indicatori Dimensione Sociale	
Categoria <i>Management</i> aziendale	53
Figura 3.17 Esito votazione indicatori Dimensione Economico-Finanziaria	
Categoria <i>Management</i> aziendale	54
Figura 3.18 Esito votazione indicatori Dimensione Appropriatezza	
Categoria <i>Management</i> aziendale	55
Figura 3.19 Esito votazione indicatori Dimensione Esiti	
Categoria <i>Management</i> aziendale	56
Figura 3.20 Esito votazione indicatori Dimensione Innovazione	
Categoria <i>Management</i> aziendale	57

Figura 3.21 Esito votazione indicatori Dimensione Sociale	
Categoria 'Istituzioni'	58
Figura 3.22 Esito votazione indicatori Dimensione Economico-Finanziaria	
Categoria 'Istituzioni'	59
Figura 3.23 Esito votazione indicatori Dimensione Appropriatezza	
Categoria 'Istituzioni'	60
Figura 3.24 Esito votazione indicatori Dimensione Esiti	
Categoria 'Istituzioni'	61
Figura 3.25 Esito votazione indicatori Dimensione Innovazione	
Categoria 'Istituzioni'	62
Figura 3.26 Esito votazione indicatori Dimensione Sociale	
Categoria 'Industria medicale'	63
Figura 3.27 Esito votazione indicatori Dimensione Economico-Finanziaria	
Categoria 'Industria medicale'	64
Figura 3.28 Esito votazione indicatori Dimensione Appropriatezza	
Categoria 'Industria medicale'	65
Figura 3.29 Esito votazione indicatori Dimensione Esiti	
Categoria 'Industria medicale'	66
Figura 3.30 Esito votazione indicatori Dimensione Innovazione	
Categoria 'Industria medicale'	67
Figura 3.31 Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici - Funzione valore per Categoria	69
Figura 3.32 Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici - Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	70
Figura 3.33 Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici - Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in Piano di Rientro	71
Figura 3.34 Quota di persone che rinuncia a curarsi	
Funzione valore per Categoria	72
Figura 3.35 Quota di persone che rinuncia a curarsi	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	73
Figura 3.36 Quota di persone che rinuncia a curarsi	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in Piano di Rientro	74
Figura 3.37 Quota spesa sanitaria delle famiglie (Out of Pocket)	
Funzione valore per Categoria	75
Figura 3.38 Quota spesa sanitaria delle famiglie (Out of Pocket)	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	76

Figura 3.39 Quota spesa sanitaria delle famiglie (<i>Out of Pocket</i>)	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in Piano di Rientro	77
Figura 3.40 Dimensione Sociale	
Funzione valore media per Categoria	78
Figura 3.41 Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata	
Funzione valore per Categoria	79
Figura 3.42 Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	80
Figura 3.43 Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in Piano di Rientro	81
Figura 3.44 Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata	
Funzione valore per Categoria	82
Figura 3.45 Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	83
Figura 3.46 Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in Piano di Rientro	84
Figura 3.47 Spesa sanitaria privata pro-capite	
Funzione valore per Categoria	85
Figura 3.48 Spesa sanitaria privata pro-capite	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	86
Figura 3.49 Spesa sanitaria privata pro-capite	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in Piano di Rientro	87
Figura 3.50 Dimensione Economico-Finanziaria	
Funzione valore media per indicatore	88
Figura 3.51 Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie	
Funzione valore per Categoria	89
Figura 3.52 Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	90
Figura 3.53 Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in Piano di Rientro	91
Figura 3.54 Pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni	
Funzione valore per Categoria	92
Figura 3.55 Pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	93
Figura 3.56 Pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in Piano di Rientro	94
Figura 3.57 Tasso ricorso al pronto soccorso	
Funzione valore per Categoria	95
Figura 3.58 Tasso ricorso al pronto soccorso	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	96

Figura 3.59 Tasso ricorso al pronto soccorso	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in Piano di Rientro	97
Figura 3.60 Dimensione Appropriatezza	
Funzione valore media per indicatore	98
Figura 3.61 Prevalenza di disabilità	
Funzione valore per Categoria	99
Figura 3.62 Prevalenza di disabilità	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	100
Figura 3.63 Prevalenza di disabilità	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in Piano di Rientro	101
Figura 3.64 Speranza di vita libera da disabilità (75+)	
Funzione valore per Categoria	102
Figura 3.65 Speranza di vita libera da disabilità (75+)	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	103
Figura 3.66 Speranza di vita libera da disabilità (75+)	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in Piano di Rientro	104
Figura 3.67 Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili	
Funzione valore per Categoria	105
Figura 3.68 Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	106
Figura 3.69 Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in Piano di Rientro	107
Figura 3.70 Dimensione Esiti	
Funzione valore media per indicatore	108
Figura 3.71 Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia	
- Funzione valore per Categoria	109
Figura 3.72 Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia	
- Funzione valore per Categoria	
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	110
Figura 3.73 Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia	
- Funzione valore per Categoria	
Componenti di Regioni in Piano di Rientro	111
Figura 3.74 Quota pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci	
Funzione valore per Categoria	112
Figura 3.75 Quota pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	113

Figura 3.76 Quota pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in Piano di Rientro	114
Figura 3.77 Quota di pazienti con fibrillazione atriale CHADS₂ in trattamento con nuovi anticoagulanti orali	
Funzione valore per Categoria	115
Figura 3.78 Quota di pazienti con fibrillazione atriale CHADS₂ in trattamento con nuovi anticoagulanti orali	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	116
Figura 3.79 Quota di pazienti con fibrillazione atriale CHADS₂ in trattamento con nuovi anticoagulanti orali	
Funzione valore per Categoria - Componenti di Regioni in Piano di Rientro	117
Figura 3.80 Dimensione Innovazione	
Funzione valore media per indicatore	118
Figura 3.81 Contributo degli indicatori alla <i>Performance</i> dei SSR	
Sociale – Valore %	123
Figura 3.82 Contributo degli indicatori alla <i>Performance</i> dei SSR	
Economico - Finanziario – Valore %	124
Figura 3.83 Contributo degli indicatori alla <i>Performance</i> dei SSR	
Appropriatezza – Valore %	125
Figura 3.84 Contributo degli indicatori alla <i>Performance</i> dei SSR	
Esiti – Valore %	127
Figura 3.85 Contributo degli indicatori alla <i>Performance</i> dei SSR	
Innovazione – Valore %	128
Figura 3.86 Contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> dei SSR	
Per Categoria Valore %	130
Figura 3.87 Contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> dei SSR	
Valore %	131
Figura 3.88 <i>Performance</i> dei SSR	133
Figura 3.89 <i>Performance</i> dei SSR	
Categoria Utenti	135
Figura 3.90 <i>Performance</i> dei SSR	
Categoria Professioni sanitarie	136
Figura 3.91 <i>Performance</i> dei SSR	
Categoria <i>Management</i> aziendale	137
Figura 3.92 <i>Performance</i> dei SSR	
Categoria Istituzioni	138

Figura 3.93 Performance dei SSR	
Categoria Industria medicale	139
Figura 3.94 Performance dei SSR	
Secondo gli <i>stakeholder</i> delle Regioni in Piano di Rientro	140
Figura 3.95 Performance dei SSR	
Secondo gli <i>stakeholder</i> delle Regioni in sostanziale equilibrio	141

Indice delle Tabelle

Tabella 3.1 Indicatori di Performance	35
Tabella 3.2 Indicatori di Performance	41
Tabella 3.3 Variazione ranking Categorie vs ranking generale	144
Tabella 4.1 Variazione indice di Performance e ranking 2015/2013	147
Tabella 5.1 Variazione ranking generale vs ranking con funzione valore lineare e pesi uguali	151

Credits

- d'ANGELA Daniela
C.R.E.A. Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" (Project leader)
- SPANDONARO Federico
C.R.E.A. Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" (Supervisore scientifico)

Hanno collaborato

- CARRIERI Ciro
C.R.E.A. Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- CIOPPA Marco
C.R.E.A. Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- GIORDANI Cristina
C.R.E.A. Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- PLONER Esmeralda
C.R.E.A. Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- POLISTENA Barbara
C.R.E.A. Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Supervisor del Progetto

- BARBON GALUPPI Renza
Presidente Onorario Federazione Italiana Malattie Rare onlus - UNIAMO
- DOTTI Carla Camilla
*Direttore Casa di Cura Ambrosiana S.P.A. e responsabile sanitario
Fondazione Istituto "Sacra Famiglia" Onlus*
- LATTARULO Michele
*Presidente Collegio Provibiri Società Italiana di Farmacia ospedaliera
e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie - SIFO*
- ZUCCATELLI Giuseppe
Consigliere Age.Na.S.

Componenti gruppi di lavoro

GRUPPO DI LAVORO 1

CARTABELLOTTA Nino, DE FILIPPIS Giuseppe, DE GIORGI Serafino, GAGLIARDI Alessandra, IANNONE Primiano, MONTORSI Marco, PANNUTI Raffaella, PIETRANTONIO Filomena, SILVESTRI Norberto, VILLANI Alberto.

GRUPPO DI LAVORO 2

CIACCIO Marcello, LEONARDI Filippo, MAURO Raffaele, MISCIO Leonardo, PITOTTI Claudia, ROGLIANI Paola, VIORA Ugo Giuseppe.

GRUPPO DI LAVORO 3

BORDON Paolo, CORRADI Maria Paola, DEGRASSI Flori, DI LIEGRO Luigina, FLOR Luciano, MOIRANO Fulvio, STARACE Fabrizio, SURACI Concetta, ZENI Luca.

GRUPPO DI LAVORO 4

AMERIO Paolo, CUNSOLO Rosario, DAL MASO Maurizio, D'ARPINO Alessandro, GORGONI Giovanni, LIBERTI Michela, TANESE Angelo, ZANCHI Amanda.

GRUPPO DI LAVORO 5

BARBIERA Maurizio, BOLDRINI Paolo, BOSIO Marco, BRANCA Federico, CATTINA Grazia, CELANO Antonella, GRISILLO Dario, LOMBARDO Massimo, RUTIGLIANO Claudia.

GRUPPO DI LAVORO 6

ALGHISI Marco, ANNICCHIARICO Giuseppina, CASTOLDI Massimo, CHIAMENTI Giampietro, COBELLO Francesco, FAVARETTI Carlo, IORNO Tommasina, LESSIANI Gianfranco.

GRUPPO DI LAVORO 7

ALTAMURA Gianluca, CANTONE Nicola, CASATI Giorgio, MORGANTE Maria, NALDONI Carlo, TARANTINO Fabio, VECCHIETTI Marco.

GRUPPO DI LAVORO 8

CUGNO Giuseppe Nicolò, ERRICO Mariangela, FISHWICK Julia, FRITTELLI Tiziana, GIANNOTTI Luca, MERANTE Giovanni, MOLINARI Sergio Maria, MONCHIERO Giovanni, SCARCELLA Carmelo.

Panel di esperti

- **ACETI Tonino**
Coordinatore Nazionale Tribunale per i Diritti del Malato, Cittadinanzattiva
- **ALGHISI Marco**
Nestlé Health Science
- **ALUIGI Leonardo**
Presidente Società Italiana di Diagnostica Vascolare - SIDV
- **AMOROSO Lorenzo**
Bristol-Myers Squibb
- **ANDRETTA Margherita**
Centro Regionale Unico del Farmaco - Regione Veneto
- **ANNICCHIARICO Giuseppina**
Coordinatrice del Co.Re.Ma.R. (Coordinamento Regionale Malattie Rare – A.Re.S. Puglia)
- **BALZANELLI Mario Giosue'**
Segretario Nazionale SIS 118
- **BARBIERA Maurizio**
Boehringer Ingelheim
- **BEVERE Francesco**
Direttore Age.Na.S.
- **BLASI Francesco**
Presidente Società Italiana di Pneumologia - SIP
- **BOLDRINI Paolo**
Presidente Società Italiana Medicina Fisica E Riabilitativa - SIMFER
- **BORDON Paolo**
Direttore Generale APSS Trento
- **BOSIO Marco**
Direttore Generale ATS della Città Metropolitana di Milano
- **BRANCA Marta**
Direttore Generale IRCCS Lazzaro Spallanzani di Roma
- **CALZAVARA PINTON Piergiacomo**
Presidente Società Italiana di Dermatologia medica, chirurgica, estetica e delle Malattie Sessualmente Trasmesse - SIDeMaST

- **CANTONE Nicola**
*Direttore Generale Azienda Ospedaliera Universitaria
San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona*
- **CARRADORI Tiziano**
Direttore Generale A.O.U. di Ferrara
- **CARTABELLOTTA Nino**
Presidente Fondazione GIMBE
- **CASATI Giorgio**
Commissario Straordinario ASL Latina
- **CASTOLDI Massimo**
Direzione Sanitaria Humanitas Gavazzeni Bergamo
- **CATTINA Grazia**
*Direttore P.O. "Nostra Signora della Mercedes" Lanusei, Responsabile
Programmazione Ospedaliera Azienda per la Tutela della Salute Sardegna*
- **CELANO Antonella**
*Presidente Associazione nazionale Persone con Malattie Reumatologiche
e Rare - APMAR onlus*
- **CHIAMENTI Giampietro**
Presidente Federazione Italiana Medici Pediatri - FIMP
- **CHILELLI Enzo**
Direttore Generale FederSanità 'ANCI'
- **CIACCIO Marcello**
*Presidente Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia
Molecolare Clinica - SIBioC*
- **COBELLO Francesco**
Direttore Generale A.O.U. di Verona
- **CORRADI Maria Paola**
Direttore Generale ARES 118 Lazio
- **CUGNO Giuseppe Nicolò**
Direttore Generale IRCCS CROB - Rionero In Vulture (PZ)
- **CUNSOLO Rosario**
Direttore Medico P.O. Taormina - ASP di Messina
- **DAL MASO Maurizio**
Direttore Generale A.O. S. Maria di Terni

Una misura di *Performance* dei SSR

- **D'AMATO Alessio**
Cabina di Regia SSR Regione Lazio
- **D'ANTONA Rosanna**
Presidente Europa Donna
- **D'ARPINO Alessandro**
Segretario Nazionale Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie - SIFO
- **DE FILLIPIS Giuseppe**
Direttore Sanitario ASST Ovest Milanese
- **DE GIORGI Serafino**
Presidente Società Italiana di Psichiatria Sociale - SIPS
- **DEGRASSI Flori**
Direttore Generale ASL Roma 2
- **DEI Simona**
Direttore Sanitario Azienda USL Toscana 'Sud Est'
- **DELVINO Vito Antonio**
Direttore Generale - Istituto Tumori I.R.C.C.S. "Giovanni Paolo II" - Bari
- **DESIDERI Enrico**
Direttore Generale Azienda USL Toscana Sud Est
- **DI BISCEGLIE Domenico**
Direttore Sanitario "Casa Sollievo Della Sofferenza" S. Giovanni Rotondo
- **DI LIEGRO Luigina**
Presidente Fondazione di Liegro
- **ERRICO Mariangela**
Presidente Network Persone Sieropositive - NPS Italia Onlus
- **FAVARETTI Carlo**
Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano
- **FLOR Luciano**
Direttore Generale A.O.U. Padova
- **FONTANELLA Andrea**
Presidente Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti - FADOI
- **FRITTELLI Tiziana**
Direttore Generale Policlinico Universitario "Tor Vergata", Roma
- **GADDO Flego**
Direttore Sanitario, Ospedale Evangelico Internazionale;

Coordinatore Rete Ligure HTA, Regione Liguria

- **GAGLIARDI Alessandra**
Bayer
- **GALEAZZI Mauro**
Presidente Società Italiana di Reumatologia - SIR
- **GASPARI Lucio Achille**
Direttore Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- **GIANOTTI Luca**
Presidente Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo - SINPE
- **GIORDANO Antonio**
Direttore Generale ASL Salerno
- **GORGONI Giovanni**
Commissario Straordinario A.Re.S. Puglia
- **GRISILLO Dario**
Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - Toscana
- **GUERRA Ranieri**
Direttore Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ministero della Salute
- **IORNO Tommasina**
Presidente Federazione Italiana Malattie Rare onlus - UNIAMO
- **LOMBARDO Massimo**
Direttore Generale ASST Ovest Milanese
- **MANCUSO Anna Maria**
Presidente Salute Donna onlus
- **MANTOAN Domenico**
Direttore Generale Area Sanità e Sociale - Regione Veneto
- **MANTOVANI Andrea**
Sanofi
- **MARCOLONGO Adriano**
Direttore Generale Assessorato Salute - Regione Friuli Venezia Giulia
- **MAURO Raffaele**
Direttore Generale ASP Cosenza
- **MELAZZINI Mario**
Direttore Generale Agenzia Italiana del Farmaco - AIFA

Una misura di *Performance* dei SSR

- **MERANTE Giovanni**
Eli Lilly
- **MOIRANO Fulvio**
Direttore Generale ATS Sardegna e ASL Sassari
- **MOLINARI Sergio Maria**
Direttore Sanitario IRCCS CROB - Rionero In Vulture (PZ)
- **MONCHIERO Giovanni**
Componente XII Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati
- **MONTORSI Marco**
Presidente Società Italiana di Chirurgia - SIC
- **MORGANTE Maria**
Direttore Generale ASL Avellino
- **MUSACCHIO Nicoletta**
Presidente Associazione Medici Diabetologi - AMD
- **MUSUMECI Giuseppe**
Presidente Società Italiana di Cardiologia Interventistica - GISE
- **ORLANDI Walter**
*Direttore Direzione Regionale Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse Umane
Regione Umbria*
- **PANI Marcello**
*Presidente Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle
Aziende Sanitarie - SIFO*
- **PANNUTI Raffaella**
Presidente Fondazione ANT (Assistenza Nazionale Tumori) onlus
- **PEDRETTI Roberto**
Presidente Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva - GICR
- **PELISSERO Gabriele**
Presidente Associazione Italiana Ospedalità Privata - AIOP
- **PERUSELLI Carlo**
Presidente Società Italiana Cure Palliative - SICP
- **PIAZZOLLA Vito**
Direttore Generale ASL Foggia
- **PINTO Carmine**
Presidente Associazione Italiana di Oncologia Medica - AIOM

- **PITOTTI Claudia**
Novartis
- **RICCIARDI Gualtiero Walter**
Presidente Istituto Superiore di Sanità
- **RUTIGLIANO Claudia**
Fondazione MSD
- **SANTARELLI Daniela**
Lundbeck
- **SCARCELLA Carmelo**
Direttore Generale ATS Brescia
- **SCHAEL Thomas**
Direttore Generale Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
- **SCHITTULLI Francesco**
Presidente Lega Italiana Lotta ai Tumori - LILT
- **SILVESTRI Norberto**
Direttore Sanitario Università Campus Bio-Medico Roma
- **STARACE Fabrizio**
Presidente Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica - SIEP
- **STELLA Andrea**
Presidente Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare - SICVE
- **TANESE Angelo**
Direttore Generale ASL Roma 1
- **TOSCANO Vincenzo**
Presidente Associazione Medici Endocrinologi - AME
- **TURCO Lucia**
Coordinatore Nucleo Tecnico Regionale Direzione della Programmazione Area Vasta Centro - Regione Toscana
- **TURNO Roberto**
Vice Direttore Il Sole 24 Ore Sanità
- **VECCHIETTI Marco**
Consigliere Delegato/Managing Director RBM Assicurazione Salute S.p.A.
- **VIGGIANI Vincenzo**
Direttore Generale Azienda Ospedaliera 'Federico II' Napoli

Una misura di *Performance* dei SSR

- VILLANI Alberto
Presidente Società Italiana di Pediatria - SIP
- VIORA Ugo Giuseppe
Presidente Associazione Nazionale Malati Reumatici Piemonte – ANMAR onlus
- VISONA' Adriana
Presidente Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare - SIAPAV
- VITA Antonio
Presidente Gruppo Italiano per lo studio ed il trattamento della Cognitività in Psichiatria - GICoPsi
- ZANCHI Amanda
3M
- ZANETTA Gian Paolo
Direttore Generale A.O. Città della Salute Torino
- ZENI Luca
Assessore alla Salute e Politiche Sociali - Provincia Autonoma di Trento

Ringraziamenti

La V edizione del progetto “Una misura di *Performance* dei SSR”
è stata realizzata grazie ai *grant* incondizionati di:



e al supporto organizzativo di:
Sidera S.r.l. (Chiari, BS)



Executive summary

Il progetto “Una misura di *Performance* dei SSR”, giunto nel 2017 alla sua quinta annualità, ha il duplice obiettivo di fornire una valutazione dell’evoluzione della *Performance* dei servizi sanitari e di analizzare e sviluppare metodologie utilizzabili per le valutazioni di *Performance* dei SSR in senso lato.

La metodologia implementata si fonda sul principio della multi-dimensionalità della *Performance* e sulla multi-prospettiva, utilizzando un metodo originale di valutazione, proposto e sviluppato dal *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) dell’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, con la collaborazione di un qualificato *Panel* di esperti afferenti a cinque categorie di *stakeholder* (Industria medicale, Istituzioni, Management aziendale, Professioni sanitarie, Utenti).

Preme sottolineare che la valutazione effettuata riguarda il SSR, inteso in senso lato; non si limita, infatti, a considerare i risultati del sistema pubblico regionale di offerta, o per meglio dire, il raggiungimento degli obiettivi istituzionali e programmatici del *Welfare* pubblico, ma allarga il suo spettro di analisi agli impatti della spesa privata e, in generale, agli *outcome* di salute della popolazione.

Il progetto, quindi, non è tanto finalizzato a valutare la capacità di garantire l’*accountability* dei SSR pubblici, quanto a rappresentare una modalità “terza” di valutazione complessiva della Sanità a livello regionale: in altri termini, esso ambisce a fornire una indicazione sul livello di legittima aspettativa del cittadino nei confronti della Salute, a seconda del contesto in cui risiede (Regione).

Un importante aspetto emerso in questa annualità è il palesarsi dell’evidenza di come il dibattito di politica sanitaria assuma connotati differenti nelle diverse aree del Paese, in funzione dello “stato” dei diversi SSR (in Piano di Rientro o in sostanziale equilibrio economico).

Le preferenze degli *stakeholder* appaiono significativamente influenzate, e pertanto diversificate, in ragione dell’appartenenza alle diverse categorie, ma anche (all’interno delle medesime categorie) in funzione della provenienza da Regioni in Piano di Rientro piuttosto che da Regioni in sostanziale equilibrio: la nota “spaccatura” Nord-Sud del SSN italiano trova, quindi, una sua nuova “dimensione” nei criteri di misurazione della *Performance*.

Corollario di tale frattura è una netta differenziazione che osserviamo sul giudizio dato agli indicatori di Spesa: per i partecipanti al *Panel* che provengono dalle Regioni in Piano di Rientro, una spesa più bassa è “sinonimo” di una *Performance* nettamente

migliore, mentre per quelli provenienti dalle Regioni in sostanziale equilibrio una spesa più alta non pregiudica necessariamente a priori la *Performance*.

Appaiono degne di approfondita riflessione tanto l'attribuzione di un potere "salvifico" alle riduzioni di spesa nelle Regioni (tipicamente) meridionali, che pure hanno una spesa inferiore alla media, quanto la (implicita) dimostrazione di consapevolezza, in chi dispone di più risorse, del fatto che tale disponibilità può tramutarsi in una maggiore *Performance* di sistema.

Inoltre, è opportuno far presente come la disponibilità di informazioni utili a costruire indicatori significativi di *Performance* e le carenze in alcuni settori impattino sul processo di valutazione. In particolare, dalle valutazioni del *Panel* emerge che le fonti informative ad oggi disponibili non riescono a rappresentare esaustivamente la *Performance* dei SSR, soprattutto con riferimento alle attività di assistenza extra-ospedaliera dei malati cronici e alla continuità delle cure ospedale-territorio.

L'esito della valutazione finale, quindi, rappresenta una "media" fra la classifica degli *stakeholder* afferenti alle Regioni in Piano di Rientro, che tende a "premiare" i SSR con una spesa sanitaria pro-capite più bassa e quella degli *stakeholder* che operano nelle altre Regioni, che tendono a non considerare una spesa sanitaria elevata come fattore dirimente della *Performance*.

Nel primo caso, l'effetto è la risalita del Meridione nel *ranking* e un arretramento delle realtà con la più alta spesa sanitaria come le Province Autonome di Trento e Bolzano, la Valle d'Aosta e il Molise.

Di contro, considerando le valutazioni degli *stakeholder* afferenti alle Regioni in sostanziale equilibrio, largamente maggioritari nella precedente edizione, si evidenziano livelli peggiori di *Performance* attribuiti alle Regioni del Sud, molto simili a quelli dello scorso anno, nonostante siano stati solo sette gli indicatori confermati e sia stata introdotta una nuova Dimensione di valutazione (Innovazione).

Il *gap* in termini di misura di *Performance* tra il SSR "migliore" ed il "peggiore" si sta riducendo, oscillando da un massimo di 0,54 ad un minimo di 0,38. Ma il dato di fatto è che la composizione del gruppo delle Regioni che permangono, anno dopo anno, nell'area dell'eccellenza (Toscana, Lombardia, Liguria, Veneto ed Emilia Romagna), così come quella del gruppo, numericamente rilevante, delle Regioni che rimangono nell'area critica (Calabria, Abruzzo, Puglia, Friuli Venezia Giulia e Molise), resta sostanzialmente stabile.

Dall'analisi della dinamica della *Performance* dal 2013 al 2015 emerge che nel complesso si è assistito ad un peggioramento, dovuto essenzialmente ad un aumento del fenomeno delle rinunce e della spesa privata (e totale). In alcuni SSR, quali quelli di Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Abruzzo, Piemonte, Liguria e Provincia Auto-

ma di Trento, si è assistito ad un miglioramento della *Performance*, mentre negli altri si è registrato un peggioramento: si va da un valore minimo del -0,1% del Lazio ad uno massimo pari al -5,8% della Puglia.

In questa quinta edizione del progetto sono stati riscontrati diversi cambiamenti nei *ranking* regionali e una forte volatilità dei *ranking* al cambiare delle categorie; le motivazioni di questi “avvenimenti” sono ascrivibili a una *congerie* di aspetti che agiscono congiuntamente; fra i principali citiamo:

- aumento dei componenti del *Panel*, anche con una rappresentanza maggiore di *stakeholder* operanti in Regioni in Piano di Rientro (meno rappresentate nelle precedenti edizioni), che ha portato ad evidenziare come abbiano priorità e, quindi, aspettative diverse in termini di *Performance*
- introduzione della Dimensione Innovazione, con indicatori poi ritenuti dal *Panel* non ancora ottimali
- presenza per la prima volta di tre indicatori di spesa sanitaria (pubblica, privata e totale), che evidentemente portano a penalizzare i SSR con la spesa pro-capite più elevata, e contestuale eliminazione dell'indicatore relativo al disavanzo finanziario.

Sul primo punto osserviamo che, in generale, dalla elicitazione delle funzioni di valore è emerso un atteggiamento che attribuisce ai valori peggiori degli indicatori un contributo minimo o nullo alla *Performance*, che, di contro, aumenta in maniera più che proporzionale solo per valori numerici degli indicatori prossimi ai risultati migliori.

Questo è un “atteggiamento” che si riscontra in particolare per la Dimensione Sociale e per quella dell'Appropriatezza, come del resto già avvenuto nelle precedenti edizioni, sebbene per gli indicatori di appropriatezza organizzativa la risposta tenda ad essere maggiormente neutrale (una funzione di valore/utilità lineare indica una diretta proporzionalità fra miglioramento dell'indicatore e contributo alla *Performance*).

Un'ulteriore evidenza degna di nota è la posizione molto più netta dei membri del *Panel* delle Regioni in sostanziale equilibrio nel ritenere inaccettabili i valori peggiori degli indicatori; di contro, i partecipanti provenienti dalle Regioni in Piano di Rientro assumono un atteggiamento “più tollerante” verso i risultati peggiori, associando ad essi un beneficio non nullo, sebbene modesto, forse effetto di una consapevolezza che in certe realtà non si possa migliorare se non gradualmente.

Per le Dimensioni Esiti e Innovazione le funzioni appaiono tendenzialmente lineari (neutrali), anche se, al “crescere” della severità del fenomeno considerato, si tende (e questo sembra razionale) a ritenere maggiormente inaccettabili i risultati peggiori degli indicatori: questo vale sia per gli esiti di mortalità che per le innovazioni applicate a patologie severe (ad esempio Epatite C). Atteggiamento, quest'ultimo, che si esaspera

negli *stakeholder* dei SSR in sostanziale equilibrio, che ritengono inaccettabili i valori peggiori di esito.

Nella Dimensione Economico-Finanziaria si assiste ad una netta separazione di tipo “geografico”: livelli di spesa alti sono fundamentalmente giustificati nelle Regioni in sostanziale equilibrio e, in particolare, dai rappresentanti delle Istituzioni locali, mentre la riduzione della spesa è considerata foriera di miglioramenti di *Performance* nelle Regioni in Piano di Rientro.

In termini analoghi, va segnalato come la Categoria Utenti, ovviamente, consideri la quota di spesa privata come un indicatore di insufficiente *Performance* dei sistemi sanitari pubblici, mentre all'interno di questi ultimi, i rappresentanti delle Istituzioni, e, in generale, coloro che contribuiscono all'erogazione pubblica, la ritengano una variabile fuori dal loro controllo.

Analizzando il contributo alla *Performance* aggregato per Dimensione, osserviamo che Economico-Finanziaria ed Esiti incidono maggiormente (21,2%), seguite dall'Appropriatezza (21,0%) e dal Sociale (20,3%); la Dimensione Innovazione, introdotta *ex novo* quest'anno, contribuisce meno di tutte le altre fermandosi al 16,2%.

Gli Utenti sembrano attribuire una valenza maggiore alla Dimensione Sociale e a quella Economico-Finanziaria (oltre il 50%); seguono, poi, Appropriatezza, Innovazione ed Esiti.

Le Professioni sanitarie attribuiscono, invece, all'Appropriatezza quasi un terzo (26,5%) del peso della *Performance*, a cui fanno seguire l'aspetto economico (23,5%) e gli Esiti (22,1%). Modesto è il contributo dell'Innovazione e del Sociale (13,9% e 13,4%).

Il *Management* aziendale ritiene essere il Sociale la Dimensione che contribuisce maggiormente alla *Performance*, con il 28,8%, seguita dall'Appropriatezza con il 25,3% e dall'Economico-Finanziaria con il 23,7%; l'Innovazione è, invece, quella che contribuisce in minor misura (7,2%).

Le Istituzioni ritengono che oltre il 75% del contributo alla *Performance* sia associato ad Esiti (31,6%), Appropriatezza (22,9%) ed Innovazione (22,5%); decisamente modesto è il contributo della Dimensione economica e sociale (9,9% e 13,1%).

Infine, i rappresentanti dell'Industria attribuiscono un maggior peso alla componente economica (23,6%), agli Esiti (22,9%) e all'Innovazione (22,3%); Sociale ed Appropriatezza contribuiscono complessivamente per meno di un terzo alla *Performance* (19,0% e 12,2% rispettivamente).

Analizzando i pesi distintamente per *stakeholder* provenienti o meno da Regioni in Piano di Rientro, si riscontra come per l'Industria afferente a Regioni in Piano di Rientro sia maggiormente importante il contributo del Sociale (42,7%) seguito da quello della Dimensione Economico-finanziaria (23,4%); per Istituzioni e Professioni sanitarie

affendenti a Regioni in Piano di Rientro è maggiormente importante il contributo dell'Innovazione: 28,1% e 39,2% rispettivamente; per queste stesse categorie, afferenti, però, alle Regioni in sostanziale equilibrio, risulta essere Esiti la Dimensione che pesa maggiormente: 38,1% e 35,5% rispettivamente; per le Istituzioni anche l'Innovazione ha un peso importante (30,3%). Per il *Management* aziendale delle Regioni in sostanziale equilibrio è importante il contributo del Sociale (41,9%), così come anche per gli Utenti (35,0% per Regioni in Piano di Rientro e 28,1% per le altre).

Complessivamente, si rileva come, in questa annualità del progetto, sia nuovamente aumentato il peso della Dimensione Economico-Finanziaria, il cui contributo rimane oggetto di dibattito, nella misura in cui si è reso evidente un differente, e quasi opposto, approccio dei membri del *Panel* a seconda della Regione di residenza, come precedentemente argomentato. Complessivamente diminuisce il peso della Dimensione Sociale, per la quale si evidenzia una "spaccatura" geografica: rimane importante nelle Regioni in sostanziale equilibrio, mentre nel Meridione una quota di disagio viene "pragmaticamente" considerata ineliminabile, almeno nel breve periodo.

La Dimensione Innovazione, introdotta per la prima volta in via sperimentale riscuote poco "successo", ma riteniamo che sia in qualche modo sottostimata, a causa degli indicatori individuati, non ancora perfettamente rappresentativi della Dimensione.

Notiamo ancora che si riequilibra il peso fra le dimensioni Appropriatezza e Esiti: il forte incremento dello scorso anno di questa ultima Dimensione possiamo immaginare fosse legato alla recente acquisizione del Piano Nazionale Esiti (PNE). L'Appropriatezza risale, quindi, come contributo fornito alla *Performance* ed è ritenuta un elemento essenziale in verità più nelle Regioni in sostanziale equilibrio che in quelle che non lo sono.

Infine, va segnalato come il contributo di Appropriatezza ed Esiti sia frutto di una media della differente struttura dei pesi attribuiti agli indicatori (per entrambe le dimensioni) che si riferiscono a esiti di patologie severe o appropriatezza clinica (dove valori peggiori vengono ritenuti inaccettabili e quindi non produttivi di benefici in termini di *Performance*) e quelli attribuiti a esiti di patologie meno severe e appropriatezza organizzativa (per cui si registra una maggiore tolleranza verso i risultati peggiori).

In conclusione, lo strumento di valutazione della *Performance* implementato consente una misura coerente e significativa del valore relativo dei SSR e fornisce numerose indicazioni utili ai *policy maker* sulla natura della *Performance* e dei processi evolutivi dei SSR.

Sicuramente, il sistema presenta ancora dei limiti legati principalmente alla scelta degli indicatori, o meglio ad alcune carenze delle fonti informative ad oggi disponibili. Durante il *Panel meeting* è emerso che sarebbe opportuno integrare le aree di assistenza oggetto di valutazione attraverso un contestuale aggiornamento delle fonti informative. Per alcune di tali aree, occorre far presente che, pur essendo disponibili fonti informative, esse non consentono la costruzione di indicatori che soddisfino i criteri riportati nella metodologia, in particolare in termini di confrontabilità. Tra le aree individuate dal *Panel* si citano: assistenza sul territorio, continuità ospedale-territorio, presa in carico dei pazienti cronici, emergenza-urgenza.

Nonostante i limiti sopra esposti ed i margini di miglioramento possibili, si conferma che la complessità dei processi di misura della *Performance* e la metodologia proposta da C.R.E.A. Sanità nel progetto “Una misura di *Performance* dei SSR” possono rappresentare uno strumento utile di analisi, ma anche di incentivazione al miglioramento degli interventi di politica sanitaria e di valutazione dell’efficacia/efficienza della risposta garantita dalle Istituzioni sanitarie.



1. Introduzione

Il progetto “*Una misura di Performance dei SSR*”, giunto nel 2017 alla sua quinta annualità, ha un duplice obiettivo:

- fornire una valutazione dell'evoluzione della *Performance* dei servizi sanitari
- analizzare e sviluppare metodologie utilizzabili per le valutazioni di *Performance*.

Adotta un approccio fondato sul principio della multi-dimensionalità della *Performance* e sulla multi-prospettiva, ovvero sulla composizione delle diverse prospettive di cui sono portatori i diversi *stakeholder* dei sistemi sanitari.

Inoltre, utilizza un metodo originale di valutazione delle *Performance*, proposto e sviluppato dal *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) dell'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, con la collaborazione di un qualificato *Panel* di esperti, che fornisce annualmente la sua valutazione di merito.

Rimandando ai *report* delle precedenti edizioni del progetto per i dettagli, ricordiamo che la metodologia sviluppata elicita il valore attribuito da un campione di *stakeholder* alle varie dimensioni di *Performance*; sin dalla prima annualità (2013), si è palesata la effettiva dipendenza della misura di *Performance* dalle diverse prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder*, avvalorando l'approccio alla base della valutazione.

La quinta annualità del progetto è in primo luogo caratterizzata da un ulteriore aumento del numero di componenti del *Panel* di esperti, che ha raggiunto le 102 unità, essendone anche aumentata la rappresentatività grazie ad una più equa distribuzione tra le diverse ripartizioni geografiche di provenienza; il *Panel* risulta attualmente composto come segue:

- 11 rappresentanti dell'Industria: 10 dirigenti di aziende medicali (farmaci e *device*) e 1 presidente di compagnia assicurativa sanitaria
- 34 componenti del *Management* aziendale: 25 direttori generali di aziende sanitarie, 8 direttori sanitari di aziende sanitarie e 1 coordinatore di nucleo tecnico regionale di area vasta
- 15 rappresentanti delle Istituzioni: 7 nazionali e 8 regionali
- 31 rappresentanti delle Professioni sanitarie: 25 presidenti di società scientifiche, 2 segretari nazionali di società scientifiche, 2 dell'università, 2 coordinatori regionali di aree cliniche specifiche
- 11 rappresentanti degli Utenti: 10 presidenti/coordinatori nazionali di associazioni dei pazienti e 1 direttore di media (testata giornalistica sanitaria).

Un altro aspetto qualificante da citare di questa edizione è l'aumento degli indicatori sottoposti a valutazione, giunti al numero di 186.

Sul piano metodologico è stata poi inserita una nuova Dimensione di valutazione, l'Innovazione, ed è stato anche migliorato il processo di elicitazione delle costanti di scambio (ovvero i fattori con cui i membri del *Panel* ritengono che un miglior risultato di un indicatore compensi un peggior risultato di altri).

Passando alle elaborazioni, in ragione della maggiore rappresentatività geografica raggiunta dal *Panel*, da questa annualità è stata aggiunta una valutazione delle preferenze anche di tipo territoriale/organizzativo. In particolare, si sono volute analizzare le differenti preferenze degli esperti delle Regioni in Piano di Rientro rispetto a quelle di coloro che operano in Regioni in equilibrio.

Sempre in termini di elaborazioni, è stata anche aggiunta un'analisi della dinamica della *Performance* dei SSR, confrontando se, sulla base degli indicatori e delle preferenze elicitate nell'attuale edizione, le *Performance* delle singole Regioni sono migliorate o peggiorate nel tempo.

Un'ultima novità di questa edizione è rappresentata dal confronto tra i componenti dell'*Expert Panel*, avvenuto durante il *Panel meeting*, finalizzato a rilevare le opinioni in merito alla rappresentatività del set degli indicatori disponibili in partenza e di conseguenza di quelli selezionati: l'obiettivo è stato quello di evidenziare eventuali criticità nelle disponibilità informative e valutare in che misura la selezione degli indicatori che è stata effettuata possa essere stata condizionata dalla disponibilità di dati.

Il *report* è organizzato come segue: dopo una breve descrizione del progetto, viene riportata una breve sintesi della metodologia di lavoro; segue la descrizione del processo e degli esiti della selezione degli indicatori; quindi, si analizzano le funzioni di valore attribuite agli indicatori, distinte anche per "gruppo" di Regioni (Piano di Rientro e non) di afferenza degli *stakeholder*; analogamente si analizza il grado di potenziale compensazione degli indicatori ai fini della *Performance*, nonché i contributi che i singoli indicatori, e le Dimensioni a cui appartengono, forniscono alla *Performance*; l'analisi dei risultati termina con la descrizione del *ranking* dei SSR, analizzato nel complesso, per singola Categoria di *stakeholder* e per gruppo di Regioni di afferenza; nonché la dinamica della *Performance* negli anni 2013 e 2015.

Il *report* si conclude con alcune riflessioni sugli sviluppi e sulle implicazioni della valutazione, e sul suo contributo alle politiche sanitarie.

2. Metodologia (sintesi)

La metodologia utilizzata per questa edizione del progetto è sostanzialmente coerente con quella delle edizioni precedenti, dando così continuità alle analisi; tuttavia, anno dopo anno, la metodologia ha subito modifiche e integrazioni per poter essere sempre più aderente alla finalità primaria del progetto, che è quella di produrre una valutazione multi-dimensionale e multi-prospettiva della *Performance* dei SSR.

Questi adattamenti della metodologia risultano peraltro funzionali al raggiungimento dell'ulteriore obiettivo primario del progetto, che, come già richiamato nel paragrafo precedente, è quello di contribuire ad una area di ricerca tutt'altro che consolidata, quale quella delle metodologie di valutazione della *Performance* in Sanità.

Da questo punto di vista preme sottolineare che la valutazione effettuata riguarda il Sistema Sanitario Regionale, inteso in senso lato; non si limita infatti a considerare i risultati del sistema pubblico regionale di offerta, o per meglio dire, il raggiungimento degli obiettivi istituzionali e programmatici del *Welfare* pubblico, intendendo allargare il suo spettro di analisi agli impatti della spesa privata e in generale agli *outcome* di salute della popolazione.

Il progetto non ha quindi una vocazione "istituzionale", nel senso che non è finalizzato a garantire l'*accountability* dei SSR pubblici, esercizio evidentemente svolto da Enti istituzionali, quanto a rappresentare una modalità "terza" di valutazione complessiva della Sanità a livello regionale: in altri termini, esso ambisce a fornire una indicazione sul livello di legittima aspettativa del cittadino nei confronti della Salute, a seconda del contesto in cui risiede (Regione).

Rimandando, per gli aspetti strettamente metodologici, ai precedenti volumi di sintesi del progetto (reperibili su www.creasanita.it), di seguito ne ricordiamo le principali assunzioni.

In primo luogo, assiomaticamente, viene assunto che la natura della *Performance* in campo sanitario abbia un carattere multi-dimensionale: da questo derivano almeno due conseguenze fra loro strettamente interrelate.

La prima evidenza come sia certamente necessario identificare e, quindi, esplicitare le diverse Dimensioni di valutazione che generano la *Performance*. Questa ultima ha, in essenza, il significato di una "media" (composizione) di singole *Performance* (specifiche) attribuite alle diverse Dimensioni: per fornire un esempio che aiuti a comprendere l'affermazione precedente, immaginiamo che efficienza, efficacia e qualità siano le diverse Dimensioni della *Performance* e che per ognuna sia possibile una autonoma valutazione; la *Performance* (complessiva) sarà allora una sintesi

capace di riassumere in un'unica espressione quantitativa il grado di *Performance* (specifica) raggiunto nelle singole Dimensioni.

Ogni Dimensione può, peraltro, essere rappresentata in modo alternativo, e quindi essere misurata utilizzando diversi indicatori: questi ultimi hanno, però, unità di misura diverse e, quindi, per giungere ad una *Performance* complessiva, è prima necessario riportarli (e di conseguenza le Dimensioni) ad una stessa unità di misura.

Un elemento aggiuntivo di riflessione è legato alla natura dei sistemi sanitari oggetto di analisi: nel caso specifico italiano, la natura pubblica dei SSR va certamente tenuta nel debito conto, condizionando tanto la scelta delle Dimensioni, quanto la prospettiva dell'analisi.

Ad esempio, l'equità è una Dimensione propria della *Performance* di un sistema che si fonda su una tutela costituzionale della salute, ma non lo sarebbe necessariamente di un sistema "privatistico".

Secondo un approccio peraltro tipico della scienza economica, la funzione di composizione delle varie Dimensioni (e all'interno di queste dei vari indicatori che la rappresentano) si ritiene debba rappresentare la composizione della preferenza sociale per le diverse conseguenze prodotte dai SSR.

La logica della proposta, che verrà nel dettaglio descritta di seguito, si fonda quindi sull'ipotesi che gli *stakeholder* del sistema perseguano obiettivi (Dimensioni) condivisi, ma plurimi, a cui attribuiscono gradi di utilità diversificati: questo per effetto delle diverse prospettive adottate, a loro volta derivanti dagli interessi di cui gli *stakeholder* sono portatori.

Usando una terminologia economica, potremmo sintetizzare dicendo che ogni *stakeholder*, in base alle sue preferenze soggettive, sconta un diverso saggio marginale di sostituzione degli obiettivi.

In pratica, nella visione di *Performance* adottata, non tutti gli obiettivi forniscono in via di principio la stessa utilità sociale, e l'esito di un indicatore di *Performance* può, in via di principio, essere scambiato con quello di un altro, così che un miglioramento della *Performance* di un indicatore possa compensare il peggioramento di un altro (e viceversa) ai fini del risultato finale: un esempio potrebbe essere l'accettazione di una maggiore spesa, in "cambio" di migliori esiti (o il viceversa).

Volendo riepilogare, il progetto "*Una misura di Performance dei SSR*" si fonda sull'adozione di una metodologia atta a misurare la *Performance* (comprensiva di soddisfazione per i servizi, di esiti clinici, di impatto sociale, economico, etc.) dei SSR, effetto della "composizione" delle differenti prospettive degli *stakeholder* del sistema sanitario sulle plurime dimensioni di valutazione possibili.

L'approccio metodologico, replicando di fatto il processo decisionale che è alla base della teoria del consumatore sviluppata nelle scienze economiche, non è evidentemente nuovo, ma risulta, per quanto di nostra conoscenza, originale in campo sanitario: finora, la ricerca delle misure di *Performance* si è, infatti, basata su composizioni i cui "pesi" sono definiti (spesso in modo non del tutto trasparente) a priori, seguendo così logiche implicite caratteristiche delle tecnostutture che le hanno proposte. Tale approccio accetta un atteggiamento paternalistico, ovvero l'esistenza di un rapporto di agenzia perfetto, tale per cui le azioni sviluppate dai gestori dell'offerta rappresenterebbero risposte perfettamente allineate alle istanze della domanda, ovvero degli utilizzatori dei servizi.

Un siffatto approccio, pur certamente accettabile e condivisibile nella autovalutazione della propria *Performance* da parte dei servizi pubblici, in una logica invece di sussidiarietà, non può essere esteso *tout court* alla valutazione della *Performance* sociale dei sistemi sanitari.

Il progetto vuole, quindi, superare il limite sopra esposto, adottando una prospettiva di valutazione democratica dei sistemi sanitari, basata sulla elicitazione delle preferenze soggettive di tutti gli *stakeholder*.

Ai fini della sua implementazione, l'approccio adottato è ricondotto al paradigma dell'analisi delle decisioni, largamente utilizzato nel *Project Management*; in termini pratici, a partire da un *set* finito di obiettivi prefissati e da un *set* di indicatori capaci di rappresentarli, sulla base delle determinazioni di questi ultimi si generano potenziali *Performance* alternative, e la finalità del ricercatore è giungere alla determinazione di quella ritenuta "migliore". Nella teoria delle decisioni la scelta dell'alternativa migliore avviene determinandone l'ordine di preferenza.

Trattandosi di scelte tipicamente multi-dimensionali, si pone la questione di comporre valutazioni di *outcomes* di natura differente. A tal fine, gli indicatori sono valutati in base alla "utilità", o valore, da essi prodotta, associando ad ognuno di essi una funzione di valore, atta a trasformarne le determinazioni numeriche in espressioni di utilità.

La funzione di valore è, a sua volta, elicitata a partire dalle preferenze individuali degli *stakeholder*.

Il contributo dei diversi indicatori alla *Performance* è peraltro considerato potenzialmente difforme: per elicitarlo, si identificano, sempre sulla base delle preferenze individuali, le "costanti di scambio", che esprimono il contributo relativo di ogni indicatore alla *Performance* finale.

Gli effetti dei SSR sono stati “rappresentati” con 5 Dimensioni: l’impatto Sociale (equità), quello Economico-finanziario, gli Esiti (di salute) prodotti, l’Appropriatezza nella erogazione dell’assistenza e l’Innovazione.

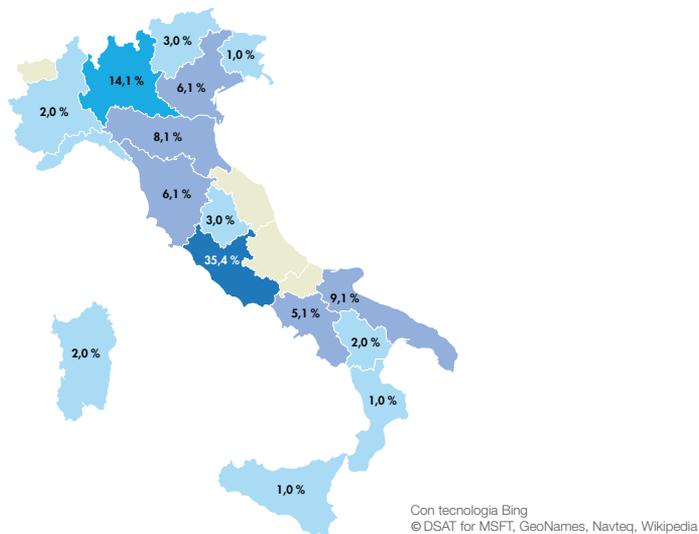
La metodologia prevede la costituzione di un *Panel* di esperti, scelti in funzione delle loro competenze e della loro appartenenza a diverse categorie di *stakeholder*; le categorie considerate sono:

- Utenti, ovvero rappresentanti di associazioni dei pazienti o della stampa.
- Professioni sanitarie, ovvero medici di famiglia, medici ospedalieri, del servizio di emergenza-urgenza 118, infermieri, farmacisti, etc.
- *Management* aziendale rappresentato da direttori generali, sanitari e amministrativi di aziende sanitarie
- Istituzioni, rappresentate da membri di assessorati regionali, agenzie nazionali e regionali, politici, etc.
- Industria medica, ovvero appartenenti a industrie del settore di produzione medica (farmaceutiche, dispositivi medici, etc.).

Per quanto concerne gli adattamenti applicati al processo di valutazione nella V edizione del progetto, sottolineiamo che nel mese di Aprile 2017 i (102) componenti del *Panel*, provenienti da 17 Regioni, sono stati chiamati a selezionare, avvalendosi di un applicativo *web-based*, i 5 (numero massimo predeterminato) indicatori ritenuti più rappresentativi di ogni Dimensione; la selezione è stata condotta a partire da un set preselezionato di 186 indicatori (elaborati dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità) prescelti per le loro caratteristiche di standardizzabilità, rilevanza e disponibilità di dettaglio a livello regionale.

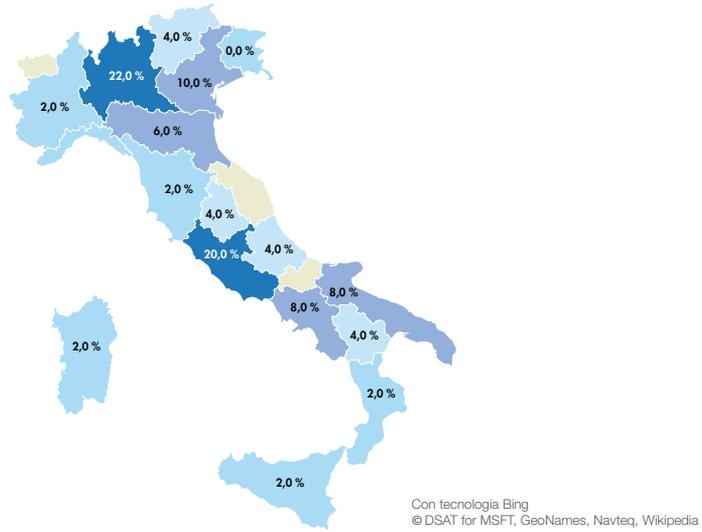
Una misura di *Performance* dei SSR

Distribuzione regionale componenti *Expert Panel V* edizione (%)

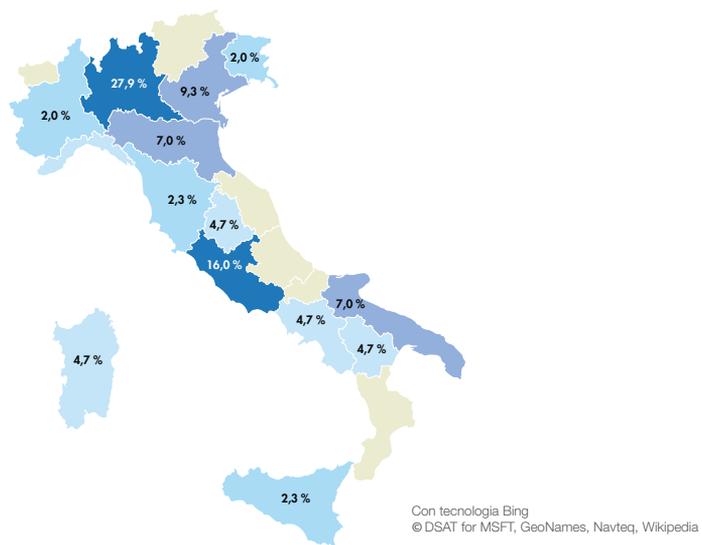


Successivamente, il 10 Maggio 2017, il *Panel* (73 membri presenti provenienti da 14 Regioni, equamente distribuite tra Nord, Centro e Sud e Isole) si è riunito, per determinare, mediante una ulteriore selezione, il *set* finale di 25 indicatori ritenuti maggiormente rappresentativi della *Performance* dei SSR.

Distribuzione regionale partecipanti *Panel meeting* V edizione.



Distribuzione regionale partecipanti *Panel meeting* IV edizione



Una misura di *Performance* dei SSR

I membri del *Panel*, sempre durante il *meeting*, adiuvati da un sistema informatico *web-based* sviluppato ad hoc dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità, hanno poi partecipato ad un processo di elicitazione, prima delle preferenze in tema di utilità/valore attribuito ai livelli dei vari indicatori, quindi della sostituibilità tra gli *outcome* prodotti dai diversi indicatori.

Ogni membro del *Panel* ha effettuato le valutazioni singolarmente, utilizzando procedure *computer assisted*; tutte le elicitazioni sono state, infine, elaborate da un applicativo (*LogicalDecision*[®]) che, mediante l'implementazione di funzioni di utilità multi-attributo, permette di produrre la sintesi, espressa da una misura unica di *Performance*.

Nella presente edizione, grazie all'elevato numero di componenti del *Panel* intervenuti al *meeting* e all'equilibrata distribuzione tra rappresentanti delle diverse ripartizioni geografiche, ci si è posti l'ulteriore obiettivo di valutare se il sistema delle preferenze dipendesse anche dallo "stato" della Regione di provenienza, considerando separatamente le Regioni in Piano di Rientro Economico-Finanziario (o appena uscite) e quelle invece in sostanziale equilibrio.

3. Risultati

3.1 Scelta degli indicatori di *Performance* per Dimensione

La valutazione della *Performance* 2017 è stata effettuata su un *set* di 15 indicatori, 3 per Dimensione, selezionati dal *Panel* di esperti in funzione della loro rilevanza e attendibilità.

Alla scelta si è arrivati attraverso un percorso che è partito da 186 indicatori iniziali, predisposti dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità; successivamente il *Panel* ne ha selezionati 25 mediante una procedura di votazione a distanza, attraverso un applicativo *web-based*; per finire, il *Panel* ha effettuato una nuova votazione, stavolta in presenza, per individuare i tre indicatori ritenuti maggiormente rappresentativi di ogni singola Dimensione (per un totale di 15 indicatori).

I 186 indicatori iniziali sono stati individuati in base a criteri di replicabilità, specificità, standardizzabilità, robustezza e infine di disponibilità a livello regionale.

Il criterio adottato per la prima selezione è stato quello dei primi 5 più votati (in media, fra le categorie di *stakeholder*), per tenere conto della diversa numerosità nel *Panel* di rappresentanti delle diverse categorie di *stakeholder*.

Nella Tabella 3.1 è riportato il *set* di indicatori selezionati (in appendice sono riportate le schede sintetiche descrittive dei singoli indicatori).

Tabella 3.1. Indicatori di *Performance*

DIMENSIONE	INDICATORE
Sociale (Equità)	Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
	Quota di persone che rinuncia a curarsi
	Quota spesa sanitaria delle famiglie (<i>Out of Pocket</i>)
	Famiglie a rischio di impoverimento per spese sanitarie <i>Out of Pocket</i>
	Famiglie con disagio economico per spese sanitarie <i>Out of Pocket</i>

Tabella 3.1. Indicatori di *Performance*

DIMENSIONE	INDICATORE
Economico finanziaria	Disavanzo pro-capite
	Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	Spesa sanitaria privata pro-capite
	Quota spesa sanitaria intermediata sulla spesa sanitaria privata
Appropriatezza	Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie
	Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in riabilitazione e lungodegenza
	Tasso di ricorso al pronto soccorso
	Pazienti con IMA trattati con PCTA entro 2 giorni
	Copertura preventiva con <i>pap-test</i> o HPV
Esiti	Prevalenza di disabilità
	Tasso standardizzato di mortalità femminile per tumori
	Quota di persone in buona salute
	Speranza di vita libera da disabilità (75+)
	Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili
Innovazione	Quota interventi di colecistectomia e appendicectomia eseguiti in laparoscopia
	Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia
	Quota pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci
	Quota di pazienti con fibrillazione atriale e CHADS ₂ ≥2 in trattamento con nuovi anticoagulanti orali
	Quota di TAVI eseguite su pazienti con stenosi aortica severa, non operati

Il criterio della successiva “votazione” in presenza, è stato quello di votare i due indicatori da eliminare, poiché ritenuti meno rappresentativi.

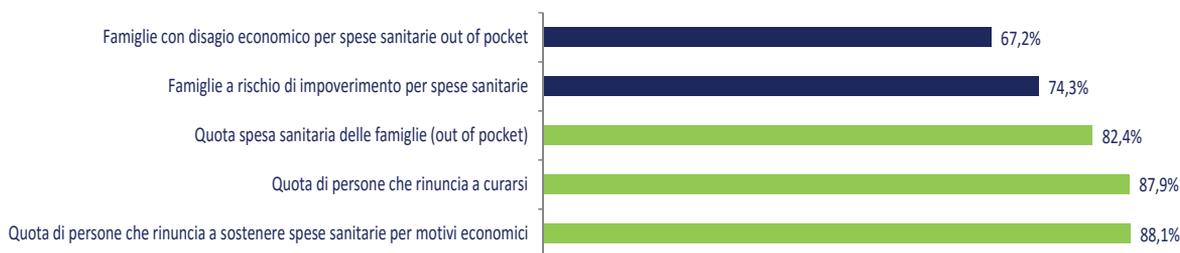
Dimensione Sociale

Per la Dimensione Sociale, i tre indicatori selezionati come più rappresentativi sono risultati:

- Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici (l'88,1% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Quota di persone che rinuncia a curarsi (87,9%)
- Quota di spesa sanitaria delle famiglie (*Out of Pocket*) (82,4%).

Gli indicatori scartati sono stati: Famiglie a rischio di impoverimento per spese sanitarie (74,3%) e Famiglie con disagio economico per spese sanitarie *Out of Pocket* (67,2%).

Figura 3.1
Esito votazione per indicatore
Dimensione Sociale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Dimensione Economico-Finanziaria

Per quanto riguarda la Dimensione Economico-Finanziaria i tre indicatori più rappresentativi sono risultati:

- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata (il 91,6% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata (90,7%)
- Spesa sanitaria privata pro-capite (82,4%).

Invece i due indicatori scartati sono stati: Disavanzo pro-capite (68,4%) e Quota spesa sanità intermediata sulla spesa sanitaria privata (66,9%).

Figura 3.2
Esito votazione per indicatore
Dimensione Economico - Finanziaria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

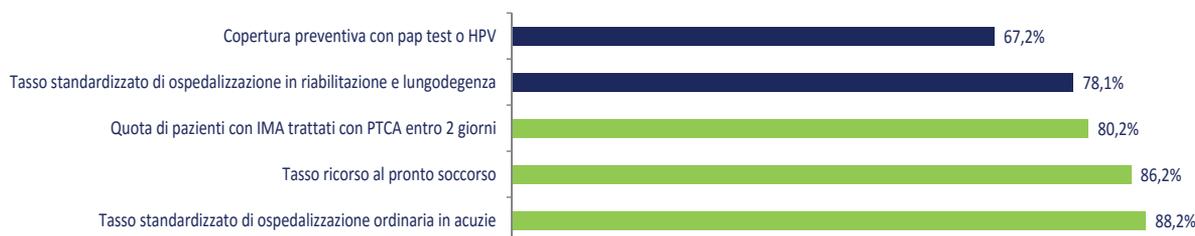
Dimensione Appropriatelyzza

In questa Dimensione, gli indicatori ritenuti più rappresentativi sono stati:

- Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie (l'88,2% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Tasso ricorso al pronto soccorso (86,2%)
- Quota di pazienti con IMA trattati con PCTA entro due giorni (80,2%)

Sono stati scartati: Tasso standardizzato di ospedalizzazione in riabilitazione e lungodegenza (78,1%) e Copertura preventiva con *pap test* o *HPV test* (67,2%).

Figura 3.3
Esito votazione per indicatore
Dimensione Appropriatelyzza



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Dimensione Esiti

Per la Dimensione Esiti i tre indicatori ritenuti più rappresentativi sono, invece, risultati:

- Prevalenza di disabilità (l'82,2% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Speranza di vita libera da disabilità (75+) (81,9%)
- Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili (81,3%).

I due scartati sono: Quota di persone in buona salute (80,2%) e Tasso standardizzato di mortalità femminile per tumori (74,4%).

Figura 3.4
Esito votazione per indicatore
Dimensione Esiti



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

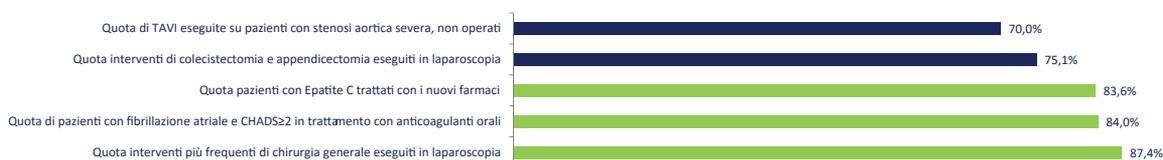
Dimensione Innovazione

Per la Dimensione Innovazione, introdotta in via sperimentale per la prima volta in questa edizione, i tre indicatori più votati sono stati:

- Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia (l'87,4% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Quota di pazienti con fibrillazione atriale e CHADS₂ in trattamento con anticoagulanti orali (84,0%)
- Quota pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci (83,6%).

Quota interventi di colecistectomia e appendicectomia eseguiti in laparoscopia (75,1%) e Quota di TAVI eseguite in pazienti con stenosi aortica severa, non operati (70,0%) sono invece stati gli indicatori scartati dopo la prima selezione.

Figura 3.5
Esito votazione per indicatore
Dimensione Innovazione



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Sintesi

La tabella 3.2 riporta i 15 indicatori individuati ai fini della misura della *Performance* dei SSR, ovvero quelli ritenuti dai componenti del *Panel* maggiormente rappresentativi.

Tabella 3.2. Indicatori di *Performance*

DIMENSIONE	INDICATORE
Sociale (Equità)	Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
	Quota spesa sanitaria delle famiglie (<i>Out of Pocket</i>)
	Quota di persone che rinuncia a curarsi
Economico - Finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
	Spesa sanitaria privata pro-capite
Appropriatezza	Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie
	Tasso ricorso al pronto soccorso
	Pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni
Esiti	Prevalenza di disabilità
	Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili
	Speranza di vita libera da disabilità (75+)
Innovazione	Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia
	Quota pazienti con Epatite C trattati con nuovi farmaci
	Quota di pazienti con fibrillazione atriale e CHADS ₂ ≥2 in trattamento con anticoagulanti orali

Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto del *Panel*

Si noti che due indicatori risultano essere stati confermati in tutte le edizioni:

- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
- Speranza di vita libera da disabilità (75+)

Sette indicatori risultano già adottati nell'edizione precedente (IV).

Una misura di *Performance* dei SSR

In particolare:

Dimensione Sociale

- Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici
- Quota di persone che rinuncia a curarsi

Dimensione Economico-Finanziaria

- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
- Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata

Dimensione Appropriatezza

- Tasso ricorso al pronto soccorso
- Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie

Dimensione Esiti

- Speranza di vita libera da disabilità (75+)

Tre indicatori erano stati scelti anche nella III edizione:

Dimensione Sociale

- Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici

Dimensione Economico-Finanziaria

- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata

Dimensione Esiti

- Speranza di vita libera da disabilità (75+)

Tre indicatori erano stati scelti anche nella II edizione:

Dimensione Sociale

- Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici

Dimensione Economico-Finanziaria

- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
- Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata

Due, infine, erano presenti anche nel set utilizzato nella I edizione:

Dimensione Economico-Finanziaria

- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata

Dimensione Esiti

- Speranza di vita libera da disabilità (75+)

3.2 Scelta degli indicatori alla *Performance* per categoria

Di seguito si riportano i risultati della votazione per singola Categoria di *stakeholder*, in modo da rendere evidente come la diversa prospettiva generi diverse preferenze.

Categoria Utenti

Gli appartenenti alla Categoria Utenti, per quanto concerne la Dimensione Sociale, hanno messo sullo stesso livello (85,7%) dei partecipanti li ha ritenuti rappresentativi tre indicatori:

- Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
- Quota di persone che rinuncia a curarsi
- Famiglie con disagio economico per spese sanitarie *Out of Pocket*.
- Di questi solo i primi due sono poi confluiti nel *set* selezionato.

Restano invece esclusi:

- Famiglie a rischio di impoverimento per spese sanitarie (72,9%)
- Famiglie con disagio economico per spese sanitarie *Out of Pocket* (70,0%)

Figura 3.6
Esito votazione indicatori Dimensione Sociale
Categoria Utenti



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Una misura di *Performance* dei SSR

Per la Dimensione Economico-Finanziaria, l'indicatore Spesa sanitaria privata pro-capite è risultato essere il più rappresentativo per gli Utenti (nessuno lo ha eliminato).

I restanti quattro indicatori presentano un livello di preferenza differente:

- Disavanzo pro-capite (il 91,7% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata (79,2%)
- Quota spesa sanità intermedia sulla spesa sanitaria privata (70,8%)
- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata (58,3%)

Da notare che l'indicatore Disavanzo pro-capite, pur avendo registrato un livello di preferenza molto alto per gli Utenti, non è poi rientrato nel set finale degli indicatori.

Figura 3.7
Esito votazione indicatori Dimensione Economico - Finanziaria
Categoria Utenti



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Per l'Appropriatezza, l'indicatore Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie è stato ritenuto il più "rappresentativo". Segue, sullo stesso livello (91,7%), la copertura preventiva con *pap-test* o HPV, che però non è nel set selezionato.

I restanti indicatori sono:

- Quota di pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni (il 79,2% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Tasso ricorso al pronto soccorso (70,8%)
- Tasso standardizzato di ospedalizzazione in riabilitazione e lungodegenza (66,7%).

Di questi entra nel set finale solo il secondo della lista.

Figura 3.8
Esito votazione indicatori Dimensione Appropriatezza
Categoria Utenti



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Una misura di *Performance* dei SSR

Per la Dimensione Esiti gli indicatori ritenuti più “rappresentativi”, entrati entrambi nel set finale, sono stati:

- Prevalenza da disabilità (il 90,0% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Speranza di vita libera da disabilità (75+) (87,5%)

L'indicatore Giorni persuti standardizzati pro-capite per morti prevenibili, pur facendo parte del set finale, è stato ritenuto il meno significativo dagli Utenti.

Figura 3.9
Esito votazione indicatori Dimensione Esiti
Categoria Utenti



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Per la nuova Dimensione Innovazione, i due indicatori ritenuti più rappresentativi (a pari merito) sono risultati:

- Quota pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci (l'84,5% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Quota di TAVI eseguite su pazienti con stenosi aortica severa, non operati (84,5%).

Solo il primo è rientrato nel *set* finale; a seguire è stato scelto l'indicatore Quota interventi di colecistectomia e appendicectomia eseguiti in laparoscopia (83,3%); il meno rappresentativo per la Categoria (70,2%), Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia, risulta essere peraltro nel *set* finale della Dimensione Innovazione.

Figura 3.10
Esito votazione indicatori Dimensione Innovazione
Categoria Utenti



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Categoria Professioni sanitarie

La Categoria Professioni sanitarie, per la Dimensione Sociale, ha espresso maggiore “interesse” per gli indicatori:

- Quota di persone che rinuncia a curarsi (il 91,5% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici (83,2%).

Entrambi sono presenti nel *set* finale selezionato.

Il terzo indicatore presente nel *set* finale, Quota spesa sanitaria delle famiglie, è stato invece ritenuto il meno rappresentativo dalla Categoria, che ha votato come terzo le Famiglie con disagio economico per spese sanitarie *Out of Pocket*.

Figura 3.11
Esito votazione indicatori Dimensione Sociale
Categoria Professioni sanitarie



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Economico-Finanziaria le Professioni sanitarie hanno attribuito maggiore rilevanza a due indicatori che non sono però rientrati nel *set* finale selezionato:

- Disavanzo pro-capite (97,2% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Quota spesa sanità intermediata sulla spesa sanitaria privata (89,2%).

Uno dei tre indicatori presenti nel *set* finale, ovvero la Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata, è stato però ritenuto molto rappresentativo dalla Categoria.

I meno rappresentativi sono risultati:

- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata (65,8%)
- Spesa sanitaria privata pro-capite (63,3%).

Questi ultimi entrambi presenti nel *set* finale di indicatori.

Figura 3.12
Esito votazione indicatori Dimensione Economico-Finanziaria
Categoria Professioni sanitarie



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Invece per la Dimensione Appropriatelyzza i tre più votati, rientrati poi fra quelli del *set* finale, sono:

- Quota di pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni (97,6% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Tasso ricorso al pronto soccorso (82,1%)
- Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie (79,4%).

Quelli invece ritenuti meno rappresentativi sono:

- Copertura preventiva con *pap-test* o HPV
- Tasso standardizzato di ospedalizzazione in riabilitazione e lungodegenza.

Figura 3.13
Esito votazione indicatori Dimensione Appropriatelyzza
Categoria Professioni sanitarie



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Esiti, gli indicatori ritenuti più rappresentativi dalla Categoria non coincidono con quelli complessivamente scelti dal *Panel* (infatti, entrambi non rientrano nel *set* finale):

- Tasso standardizzato di mortalità femminile per tumori (95,0% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Quota di persone in buona salute (81,7%).

L'indicatore Prevalenza di disabilità è il terzo in ordine di preferenza per i Professionisti sanitari; i meno rappresentativi per la Categoria fanno, invece, parte del *set* selezionato e sono:

- Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili (76,7%)
- Speranza di vita libera da disabilità (75+) (65,3%).

Figura 3.14
Esito votazione indicatori Dimensione Esiti
Categoria Professioni sanitarie



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Una misura di *Performance* dei SSR

Per la Dimensione Innovazione, la Categoria Professioni sanitarie ha ritenuto significativo:

- Quota interventi di colecistectomia e appendicectomia eseguiti in laparoscopia (95,0%), pur non rientrando nel *set* finale selezionato
- Quota di pazienti con fibrillazione atriale e CHADS₂ in trattamento con anticoagulanti orali (88,9%) che rientra nel *set* finale selezionato.

Sono stati ritenuti meno significativi dalla Categoria:

- Quota pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci (71,1%)
- Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia (63,1%).

Figura 3.15
Esito votazione indicatori Dimensione Innovazione
Categoria Professioni sanitarie



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Categoria *Management* aziendale

Per la Dimensione Sociale il *Management* aziendale ha ritenuto maggiormente rappresentativi, e allo stesso livello, gli indicatori:

- Quota di persone che rinuncia a curarsi (il 91,6% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Famiglie con disagio economico per spese sanitarie *Out of Pocket* (91,6%).
Di questi solo il primo è nel *set* finale.

Segue l'indicatore Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici, che rientra anch'esso nel *set* di indicatori selezionato; la Categoria avrebbe ritenuto meno rappresentativo l'indicatore Quota spesa sanitaria delle famiglie (*Out of Pocket*), presente nel *set* finale.

Figura 3.16
Esito votazione indicatori Dimensione Sociale
Categoria *Management* aziendale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Una misura di *Performance* dei SSR

Per la Dimensione Economico-Finanziaria l'indicatore ritenuto più rappresentativo dalla Categoria fa parte del *set* finale:

- Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata (90,2% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo).

Seguono:

- Quota spesa sanità intermedia sulla spesa sanitaria privata (87,1%)
- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata (84,4%)
- Disavanzo pro-capite (73,8%)
- Spesa sanitaria privata pro-capite (64,6%).

Degno di nota è che l'indicatore ritenuto meno significativo dalla Categoria (l'ultimo dell'elenco sopra riportato) è invece nel *set* finale.

Figura 3.17
Esito votazione indicatori Dimensione Economico-Finanziaria
Categoria *Management* aziendale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Appropriatelyzza il *Management* aziendale ha ritenuto particolarmente rappresentativi due dei tre indicatori rientrati poi nel *set* finale selezionato:

- Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie (91,7% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Quota di pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni (91,0%).

Seguono in ordine decrescente di preferenza:

- Copertura preventiva con *pap-test* o HPV (85,8%)
- Tasso ricorso al pronto soccorso (71,2%)
- Tasso standardizzato di ospedalizzazione in riabilitazione e lungodegenza (60,4%).

Tra questi, il penultimo è presente nel *set* finale.

Figura 3.18
Esito votazione indicatori Dimensione Appropriatelyzza
Categoria *Management* aziendale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Una misura di *Performance* dei SSR

Per la Dimensione Esiti i rappresentanti del *Management* aziendale ritengono più rappresentativo il Tasso standardizzato di mortalità femminile per tumori, peraltro non incluso nel *set* finale. Segue l'indicatore Prevalenza di disabilità (83,3%), che invece rientra tra gli indicatori finali.

Gli indicatori ritenuti meno rappresentativi, di cui però il primo fa parte del *set* finale, sono:

- Speranza di vita libera da disabilità (75+) (75,0% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Quota di persone in buona salute (69,4%).

Figura 3.19
Esito votazione indicatori Dimensione Esiti
Categoria *Management* aziendale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Innovazione, la Categoria *Management* aziendale ha scelto e posto sullo stesso livello due indicatori:

- Quota di pazienti con fibrillazione atriale e CHADS₂≥2 in trattamento con anticoagulanti orali (84,7% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Quota di TAVI eseguite su pazienti con stenosi aortica severa, non operati.

Di cui solo il primo rientra nel *set* degli indicatori finali. A seguire:

- Quota pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci (80,9%)
- Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia (74,9%)
- Quota interventi di colecistectomia e appendicectomia eseguiti in laparoscopia (74,7%).

Il penultimo e il terz'ultimo fanno parte del *set* finale.

Figura 3.20
Esito votazione indicatori Dimensione Innovazione
Categoria *Management* aziendale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Categoria Istituzioni

Per gli appartenenti alla Categoria Istituzioni, per la Dimensione Sociale, l'indicatore più rappresentativo è Famiglie con disagio economico per spese sanitarie *Out of Pocket* (non incluso nel *set* finale) e il meno rappresentativo è Quota spesa sanitaria delle famiglie (*Out of Pocket*), incluso invece nel *set* finale. Hanno poi messo sullo stesso livello:

- Quota di persone che rinuncia a curarsi (80,0% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
- Famiglie a rischio di impoverimento per spese sanitarie.

I primi due sono stati scelti anche dalle altre categorie.

Figura 3.21
Esito votazione indicatori Dimensione Sociale
Categoria Istituzioni



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Per quanto riguarda la Dimensione Economico-Finanziaria, i rappresentanti delle Istituzioni hanno attribuito massima importanza all'indicatore Quota spesa sanità intermediata sulla spesa sanitaria privata (si noti che nessuno lo ha eliminato durante la votazione). Hanno poi posto sullo stesso livello:

- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata (83,3%)
- Spesa sanitaria privata pro-capite (83,3%)

entrambi rientranti nel *set* finale.

Seguono a pari merito due indicatori di cui solo il primo entra nel *set* finale:

- Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata (66,7%)
- Disavanzo pro-capite (66,7%).

Figura 3.22
Esito votazione indicatori Dimensione Economico-Finanziaria
Categoria Istituzioni



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Una misura di *Performance* dei SSR

Per la Dimensione Appropriatezza i primi tre posti sono occupati dagli indicatori:

- Tasso di ricorso al pronto soccorso (il 91,7% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Copertura preventiva con *pap-test* o HPV (87,5%)
- Quota di pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni (83,3%)
di cui solo il primo e il terzo fanno parte del *set finale*.

L'indicatore Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie (incluso nel *set finale*) è stato ritenuto meno significativo dalla Categoria, come anche il Tasso standardizzato di ospedalizzazione in riabilitazione e lungodegenza.

Figura 3.23
Esito votazione indicatori Dimensione Appropriatezza
Categoria Istituzioni



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Per quanto concerne la Dimensione Esiti, nelle prime due posizioni (a pari merito) ci sono due indicatori scelti nel *set* finale:

- Prevalenza di disabilità (87,5% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Speranza di vita libera da disabilità (87,5%).

Anche i restanti hanno ottenuto pari livello di rappresentatività fra loro (75,0%):

- Tasso standardizzato di mortalità femminile per tumori
- Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili
- Quota di persone in buona salute.

Solo il penultimo è entrato a far parte del *set* finale di indicatori.

Figura 3.24
Esito votazione indicatori Dimensione Esiti
Categoria Istituzioni



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Una misura di *Performance* dei SSR

Per la Dimensione Innovazione, infine, l'indicatore ritenuto maggiormente rappresentativo dalle Istituzioni è stato Quota di TAVI eseguite su pazienti con stenosi aortica severa, non operati, che però non rientra nel *set* finale degli indicatori.

A pari merito (il 75,0% dei partecipanti li ha ritenuti rappresentativi) ci sono i restanti quattro indicatori:

- Quota di pazienti con fibrillazione atriale e CHADS₂ in trattamento con anticoagulanti orali
- Quota pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci
- Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia
- Quota interventi di colecistectomia e appendicectomia eseguiti in laparoscopia.

I primi tre fanno parte del *set* di indicatori finali.

Figura 3.25
Esito votazione indicatori Dimensione Innovazione
Categoria Istituzioni



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Categoria Industria medicale

Per gli appartenenti alla Categoria Industria medicale, per quanto concerne la Dimensione Sociale, ritengono maggiormente rappresentativi:

- Famiglie con disagio economico per spese sanitarie *Out of Pocket* (nessuno dei partecipanti lo ha eliminato)
- Quota di persone che rinuncia a curarsi (92,9%)
- Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici (90,0%).

Il secondo e il terzo rientrano nel *set* finale.

Da notare che quello ritenuto meno rappresentativo dalla Categoria, Quota spesa sanitaria delle famiglie (*Out of Pocket*), fa invece parte del *set* finale selezionato.

Figura 3.26
Esito votazione indicatori Dimensione Sociale
Categoria Industria medicale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Una misura di *Performance* dei SSR

Invece per la Dimensione Economico-Finanziaria, gli appartenenti alla Categoria Industria medicale sono allineati con la media del *Panel*, avendo posto nelle prime due posizioni due indicatori che fanno anche parte del *set* finale selezionato:

- Spesa sanitaria privata pro-capite (nessun partecipante lo ha eliminato)
- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata (90,0%).

A pari merito (l'80% dei partecipanti li ha ritenuti rappresentativi) troviamo gli indicatori:

- Quota spesa sanità intermediata sulla spesa sanitaria privata
- Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata.

Solo l'ultimo dell'elenco rientra nel *set* selezionato.

Disavanzo pro-capite è l'indicatore che ha ricevuto meno consensi: solo il 50% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo.

Figura 3.27
Esito votazione indicatori Dimensione Economico-Finanziaria
Categoria Industria medicale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Appropriatelyzza, l'indicatore più votato dall'Industria è risultato il Tasso di ricorso al pronto soccorso, che fa anche parte del *set* finale; seguito da Copertura preventiva con *pap-test* o HPV. A pari merito (il 75,0% dei partecipanti li ha ritenuti significativi) seguono gli altri due indicatori che fanno parte del *Panel* selezionato:

- Quota di pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni
- Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie.

Il meno rappresentativo è risultato il Tasso standardizzato di ospedalizzazione in riabilitazione e lungodegenza.

Figura 3.28
Esito votazione indicatori Dimensione Appropriatelyzza
Categoria Industria medicale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Una misura di *Performance* dei SSR

Per la Dimensione Esiti ha riscontrato massima rappresentatività per la Categoria l'indicatore Quota di persone in buona salute, che però non fa parte del *set* finale. A confermare il non allineamento di questa Categoria con la media del *Panel*, i due indicatori ritenuti meno rappresentativi, sono invece quelli che fanno parte del *set* selezionato:

- Prevalenza di disabilità (il 70,0% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Speranza di vita libera da disabilità (75+) (62,5%).

Il terzo ed ultimo indicatore, Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili, che rientra nel *set* finale, è l'unico ad aver ricevuto un buon consenso nella Categoria.

Figura 3.29
Esito votazione indicatori Dimensione Esiti
Categoria Industria medicale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Innovazione, infine, la Categoria Industria medicale ha ritenuto maggiormente rappresentativi due dei tre indicatori poi entrati nel set finale:

- Quota di pazienti con fibrillazione atriale e CHADS₂ in trattamento con anticoagulanti orali (il 92,9% dei partecipanti lo ha ritenuto rappresentativo)
- Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia (91,7%).

Seguono:

- Quota di TAVI eseguite su pazienti con stenosi aortica severa, non operati (84,5%)
- Quota pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci (78,6%)
- Quota interventi di colecistectomia e appendicectomia eseguiti in laparoscopia (52,4%).

Solo il penultimo fa parte del set finale di indicatori selezionato.

Figura 3.30
Esito votazione indicatori Dimensione Innovazione
Categoria Industria medicale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

3.3 Le funzioni di valore degli indicatori

Come descritto nella sintesi della metodologia, si assume che non necessariamente il valore degli indicatori sia proporzionale a quello delle loro determinazioni (ovvero alle espressioni numeriche dell'indicatore): per esemplificare, si ritiene che un raddoppio o un dimezzamento del valore assunto da un indicatore, possa corrispondere anche a più o meno del raddoppio o dimezzamento del contributo offerto dall'indicatore alla *Performance*.

Si pone di conseguenza la necessità di elicitarne il contributo attribuito ad ogni determinazione dell'indicatore, costruendo la cosiddetta funzione di valore o utilità dell'indicatore.

Per far ciò, avvalendosi di un *software* appositamente sviluppato dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità, è stato chiesto ai partecipanti di esprimere le proprie valutazioni attribuendo ad ogni singolo valore che l'indicatore può assumere una corrispettiva "Utilità", espressa in una scala 0-1, dove 0 equivale a utilità nulla, ovvero nessun contributo alla *Performance*, e 1 (utilità massima e quindi massimo contributo alla *Performance*).

Evidentemente per la costruzione della funzione si è dovuto operare per interpolazione, fra i punti in cui l'utilità è stata elicitata: ciò è avvenuto per un numero discreto di punti (8 in tutto): la determinazione dell'indicatore "migliore", "peggiore" e 6 punti intermedi; dove l'indicatore possa assumere valori su una scala aperta, è stato posto come "peggiore" una ipotetica determinazione peggiore a quella peggiore a livello nazionale e simmetricamente, come "migliore" determinazione possibile, una migliore del valore migliore nazionale.

Grazie all'elevato numero di componenti del *Panel* intervenuti al *meeting* e all'equidistribuzione tra rappresentanti delle Regioni del Nord, del Centro e del Mezzogiorno, è stato ritenuto utile in questa edizione, valutare anche se la funzione di valore degli indicatori risulti dipendente dallo "stato" della Regione di provenienza, ovvero fra membri del *Panel* provenienti da Regioni in Piano di Rientro Economico-Finanziario (o appena uscite) e componenti operanti invece in Regioni in sostanziale equilibrio.

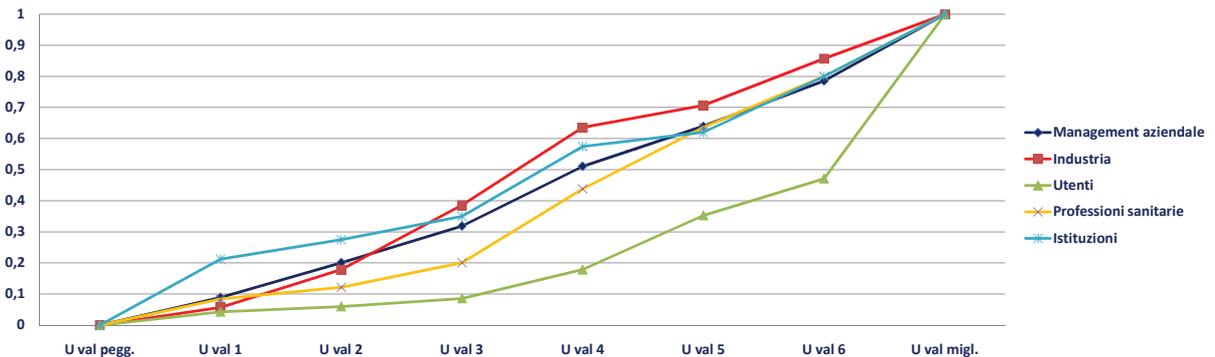
Dimensione Sociale – Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici

La funzione di valore ottenuta per l'indicatore non risulta omogenea fra le categorie.

L'andamento della funzione per gli Utenti e i Professionisti sanitari, evidenzia una crescita del valore più che proporzionale alla diminuzione del valore delle determinazioni (ovvero al miglioramento dell'indicatore), particolarmente evidente nella seconda metà della distribuzione; tale approccio è coerente con una forte priorità data all'elemento equitativo, che "condanna" le *Performance* peggiori e premia quelle maggiormente virtuose.

Management, Istituzioni e Industria sembrano invece propendere per un atteggiamento neutrale, ovvero di inversa proporzionalità, fra valore dell'indicatore e contributo alla *Performance*.

Figura 3.31
Quota di persone che rinuncia a sostenere
spese sanitarie per motivi economici
Funzione valore per Categoria

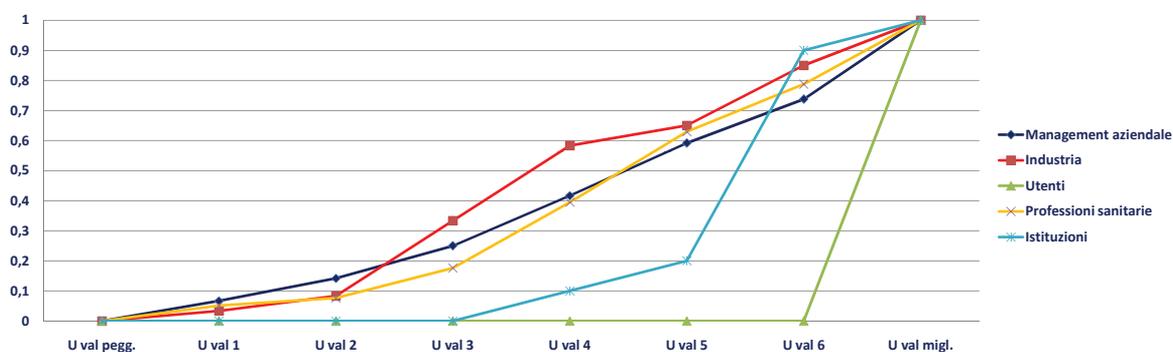


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Una misura di *Performance* dei SSR

Si noti che i componenti del *Panel* provenienti da Regioni non in Piano di Rientro, in particolare quelli appartenenti alle Istituzioni e agli Utenti, tendono a ritenere maggiormente inaccettabili valori peggiori (alta quota di rinunce) dell'indicatore. Gli Utenti ritengono che solo valori nell'ultimo quinto (migliore) della distribuzione, forniscano un contributo significativo alla *Performance*.

Figura 3.32
Quota di persone che rinuncia a sostenere
spese sanitarie per motivi economici
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio

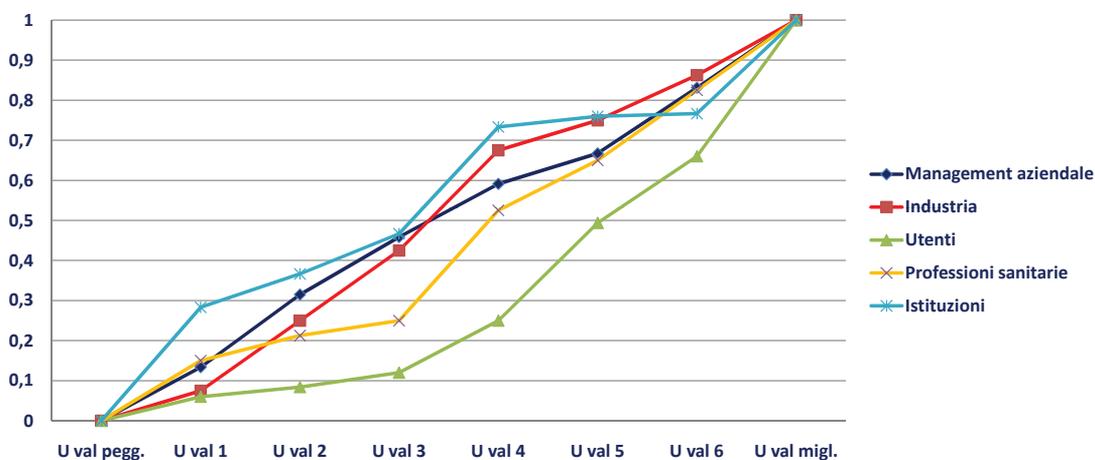


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Per i componenti delle Regioni in Piano di Rientro si riscontra un andamento della funzione lineare (proporzionale) per l'Industria e il *Management*; per le Istituzioni invece, anche piccoli miglioramenti di valori alti dell'indicatore (ovvero miglioramenti delle situazioni peggiori) comportano un aumento della *Performance* più che proporzionale.

Le differenze sembrano razionalmente spiegabili, nel senso di una maggiore "rassegnazione" nelle Regioni dove il minore livello di reddito, spiega la "piaga" delle rinunce.

Figura 3.33
Quota di persone che rinuncia a sostenere
spese sanitarie per motivi economici
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

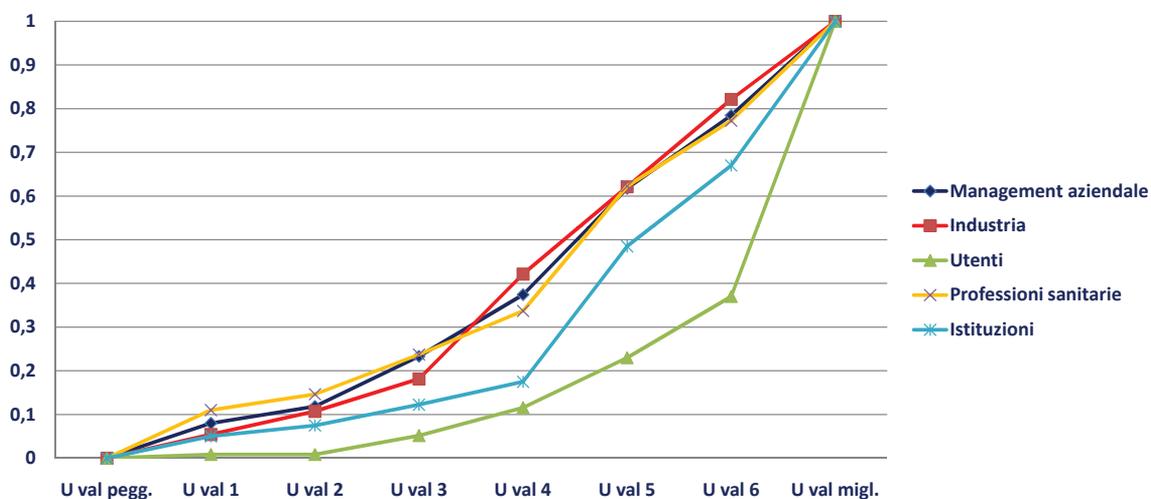


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Sociale - Quota di persone che rinuncia a curarsi

Per l'indicatore Quota di persone che rinuncia a curarsi, ancora gli Utenti, a cui si aggiungono le Istituzioni, assumono una funzione valore che cresce più che proporzionalmente al migliorare dell'indicatore; per tutte le altre categorie si registra invece un andamento lineare (neutralità).

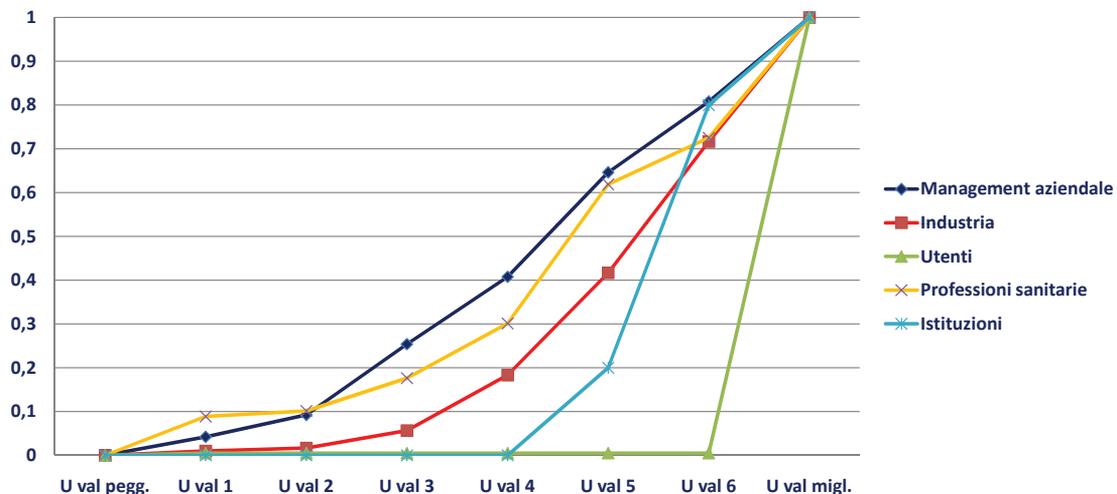
Figura 3.34
Quota di persone che rinuncia a curarsi
Funzione valore per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Per i componenti provenienti da Regioni non in Piano di Rientro, analogamente al precedente indicatore, si riscontra una attribuzione di valore ancora più drastica e specialmente fra le Istituzioni e gli Utenti: i valori peggiori, per tutta la prima metà della distribuzione, sono ritenuti assolutamente inaccettabili da entrambe le categorie: gli Utenti “danno valore” solo a determinazioni dell’indicatore posti nell’ultimo (migliore) quintile della distribuzione. Per le altre categorie si riscontra un atteggiamento di proporzionalità, sebbene l’Industria risulti un po’ più “critica” ritenendo del tutto inaccettabili i valori del primo quinto della distribuzione. Anche per i Professionisti miglioramenti più che proporzionali si registrano solo nella seconda metà della distribuzione.

Figura 3.35
Quota di persone che rinuncia a curarsi
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



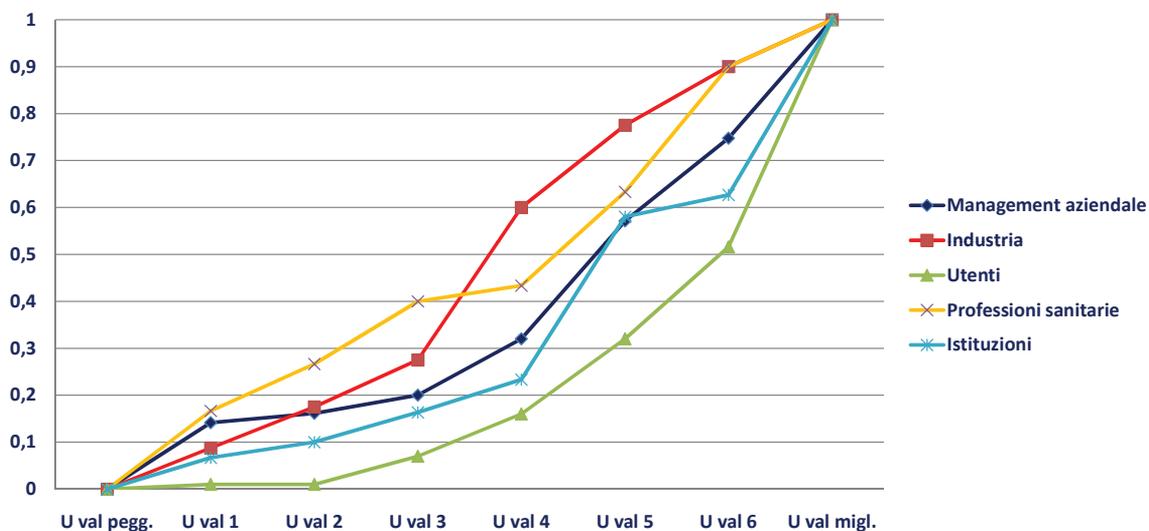
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Una misura di *Performance* dei SSR

Fra i componenti del *Panel* appartenenti alle Regioni in Piano di Rientro, gli Utenti continuano a ritenere totalmente inaccettabili valori peggiori dell'indicatore; per tutte le altre Categorie si riscontra un atteggiamento di neutralità.

Valgono in sostanza le osservazioni fatte sull'indicatore precedente.

Figura 3.36
Quota di persone che rinuncia a curarsi
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

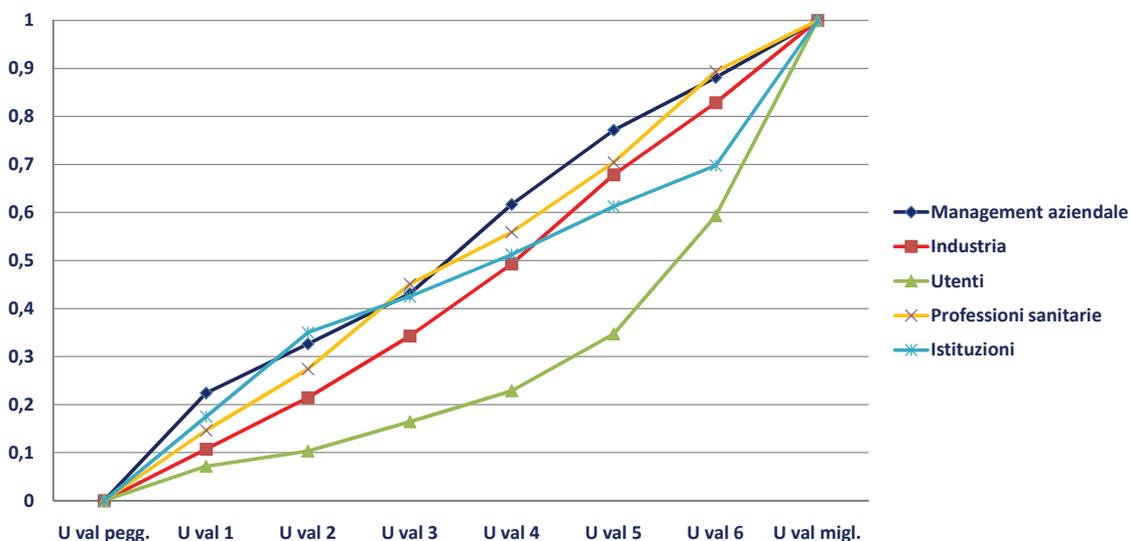


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Sociale - Quota spesa sanitaria delle famiglie (*Out of Pocket*)

Per l'indicatore Quota di spesa sanitaria delle famiglie (*Out of Pocket*), ad eccezione delle Istituzioni, si registra un andamento abbastanza simile a quello degli indicatori precedenti. Per i membri del *Panel* appartenenti alle Istituzioni, invece, si rileva in questo caso un miglioramento più che proporzionale della *Performance* al miglioramento dei valori per il primo e ultimo terzo della distribuzione, ovvero in caso di spostamenti dalle posizioni peggiori o avvicinamento a quelle migliori.

Figura 3.37
Quota spesa sanitaria delle famiglie (*Out of Pocket*)
Funzione valore per Categoria

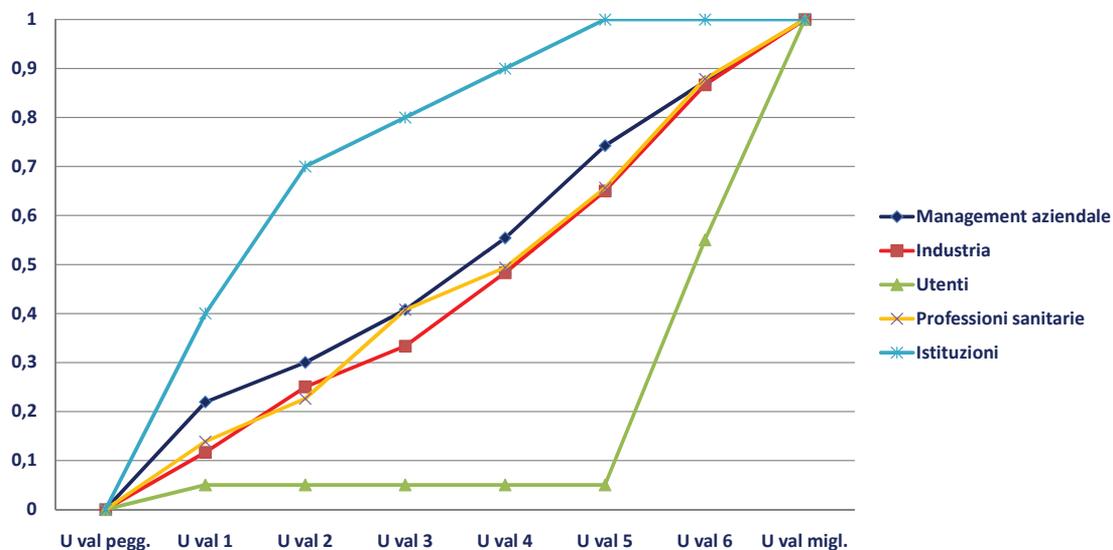


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Una misura di *Performance* dei SSR

Gli Utenti delle Regioni non in Piano di Rientro, come per i due indicatori precedenti, attribuiscono un livello di *Performance* assolutamente inaccettabile a valori elevati di ricorso delle famiglie alla spesa sanitaria privata *Out of Pocket*; l'andamento della funzione di valore per gli appartenenti alle Istituzioni, descrive l'opinione per cui anche un maggior ricorso alla spesa privata *Out of Pocket* può essere accettabile.

Figura 3.38
Quota spesa sanitaria delle famiglie (*Out of Pocket*)
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio

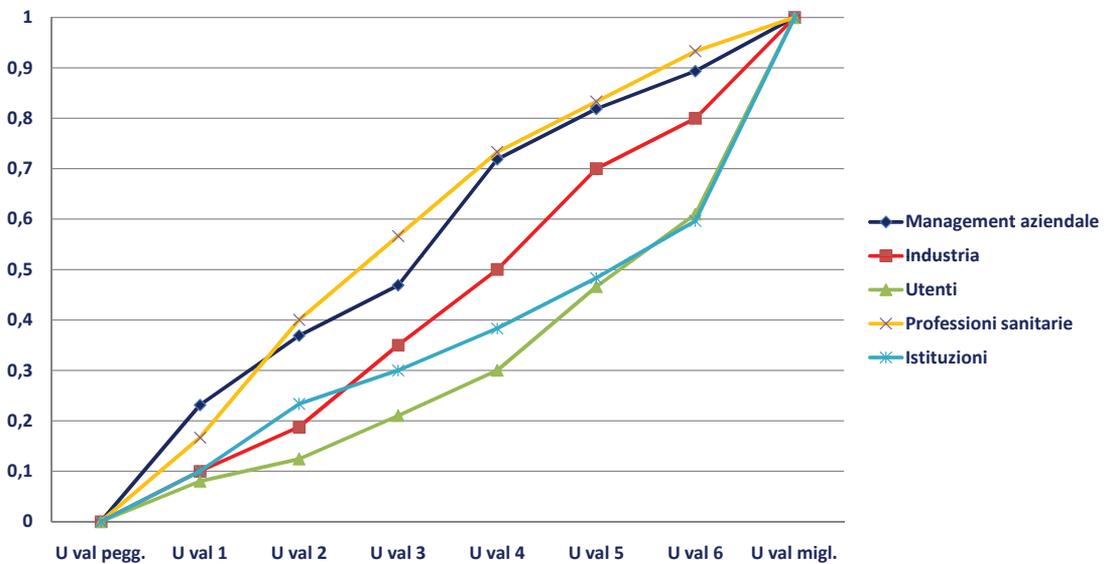


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Assolutamente neutrale (lineare) è invece l'andamento attribuito da tutte le categorie che afferiscono a Regioni in Piano di Rientro.

In queste Regioni, prevalentemente meridionali, sembra che non si attribuisca all'indicatore una valenza strategica, evidenza spiegabile con il fatto che in tali Regioni la spesa privata rimane residuale.

Figura 3.39
Quota spesa sanitaria delle famiglie (Out of Pocket)
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

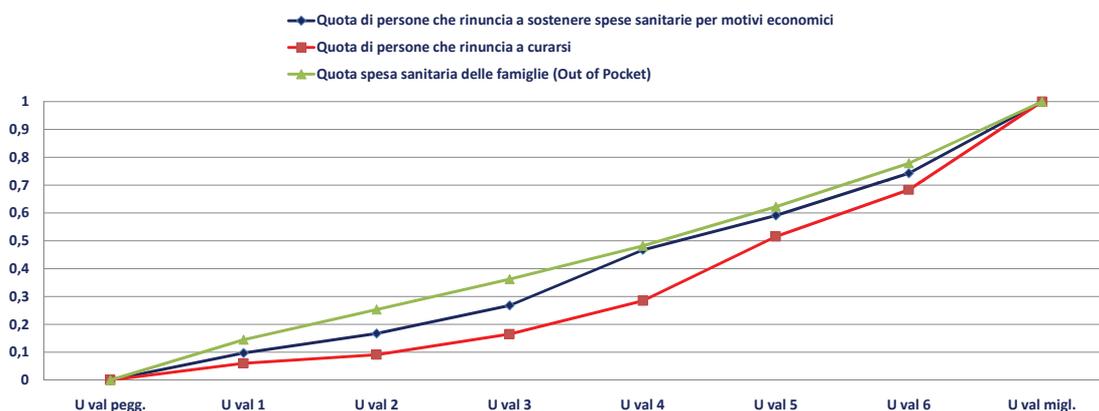


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Sociale – Sintesi funzioni di valore

Complessivamente, e confermando quanto riscontrato nelle precedenti edizioni, sulla Dimensione Sociale si registrano valori che tendono a descrivere atteggiamento di “stigma” verso le situazioni che evidenziano maggiori iniquità; tale approccio si esaspera per chi opera in Regioni in sostanziale equilibrio, soprattutto per gli appartenenti alle categorie degli Utenti e delle Istituzioni.

Figura 3.40
Dimensione Sociale
Funzione valore media per indicatore



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

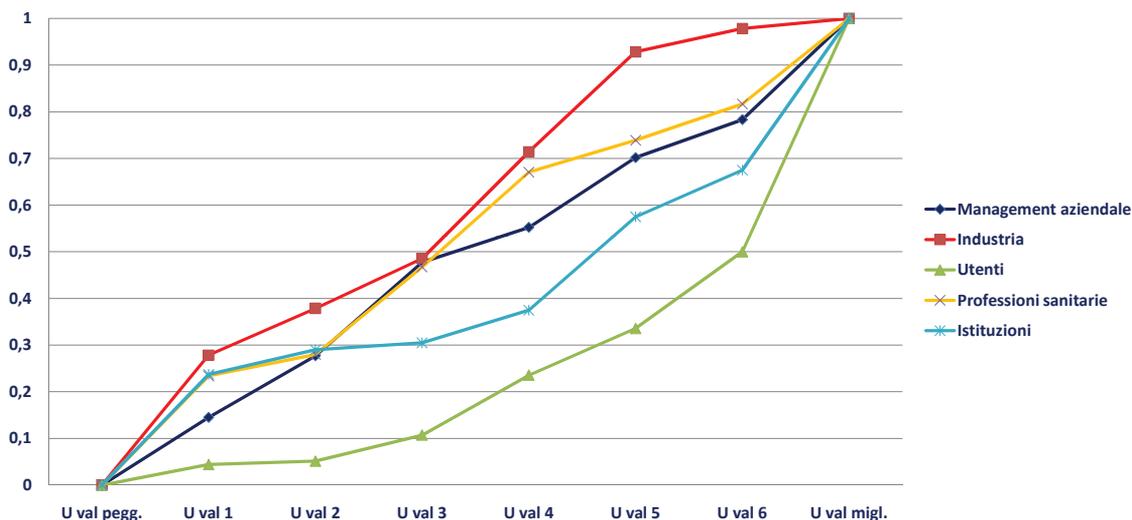
Nelle Regioni in Piano di Rientro, sembra emergere una maggiore “rassegnazione” verso le problematiche sociali, ovvero verso l’esistenza di evidenti iniquità, peraltro causate in larga misura dalla fragilità socio-economica che caratterizza tutte le Regioni meridionali (in molti casi coincidenti con le Regioni in Piano di Rientro).

Dimensione Economico-Finanziaria - Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata

Passando alla Dimensione Economico-Finanziaria, la funzione di valore relativa all'indicatore Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata presenta un andamento pressoché lineare, quindi viene assunto un atteggiamento "neutrale" (utilità proporzionale alle determinazioni numeriche), con una tendenza per l'Industria e i Professionisti sanitari ad assumere una concavità verso il basso, ovvero una "utilità marginale" decrescente. In altri termini, le categorie "più tecniche" ritengono che l'utilità dei miglioramenti ottenibili con riduzioni della spesa vada calando man mano che la spesa si riduce.

Al contrario, gli Utenti ritengono più che proporzionale il beneficio derivante da riduzioni di spesa. I rappresentanti della Istituzioni ritengono che non ci siano benefici per riduzioni di spesa in Regioni che già la hanno bassa e viceversa all'altro estremo della distribuzione.

Figura 3.41
Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
Funzione valore per Categoria

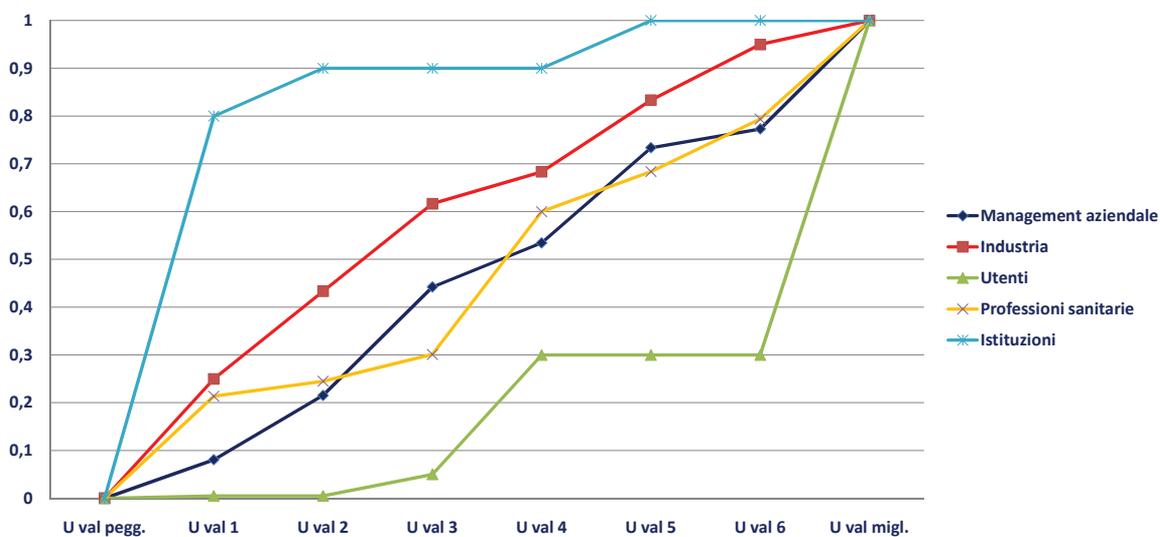


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Una misura di *Performance* dei SSR

Degno di nota è l'atteggiamento dei rappresentanti delle Istituzioni delle Regioni non in Piano di Rientro, che ritengono che riduzioni di spesa diano benefici solo in caso di spesa estremamente alta; mentre sono di parere opposto i rappresentanti degli Utenti.

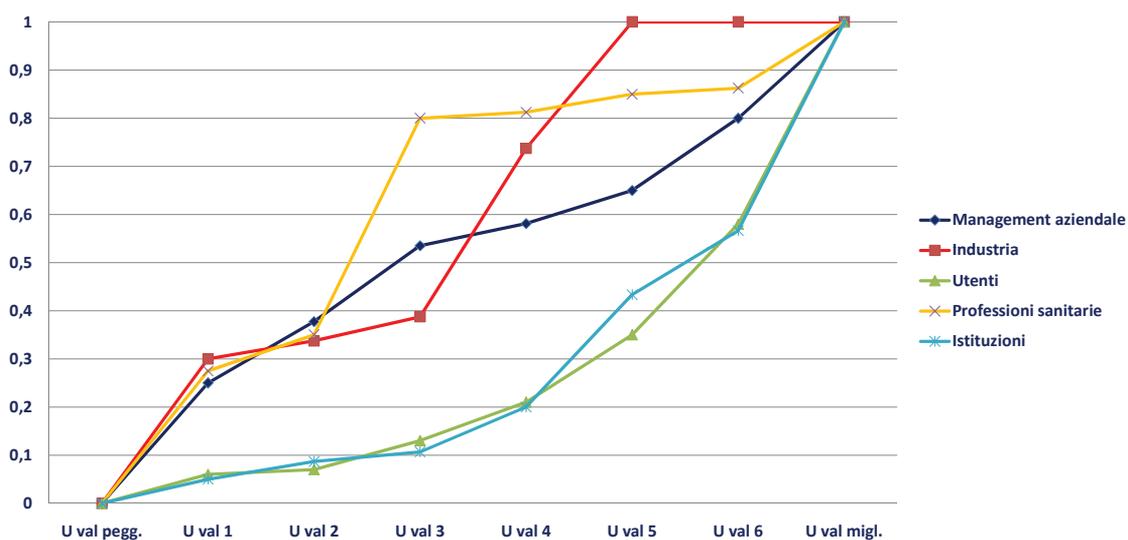
Figura 3.42
Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

L'atteggiamento delle due categorie è invece omogeneo nelle Regioni in Piano di Rientro, e premia le riduzioni di spesa in ogni caso.

Figura 3.43
Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

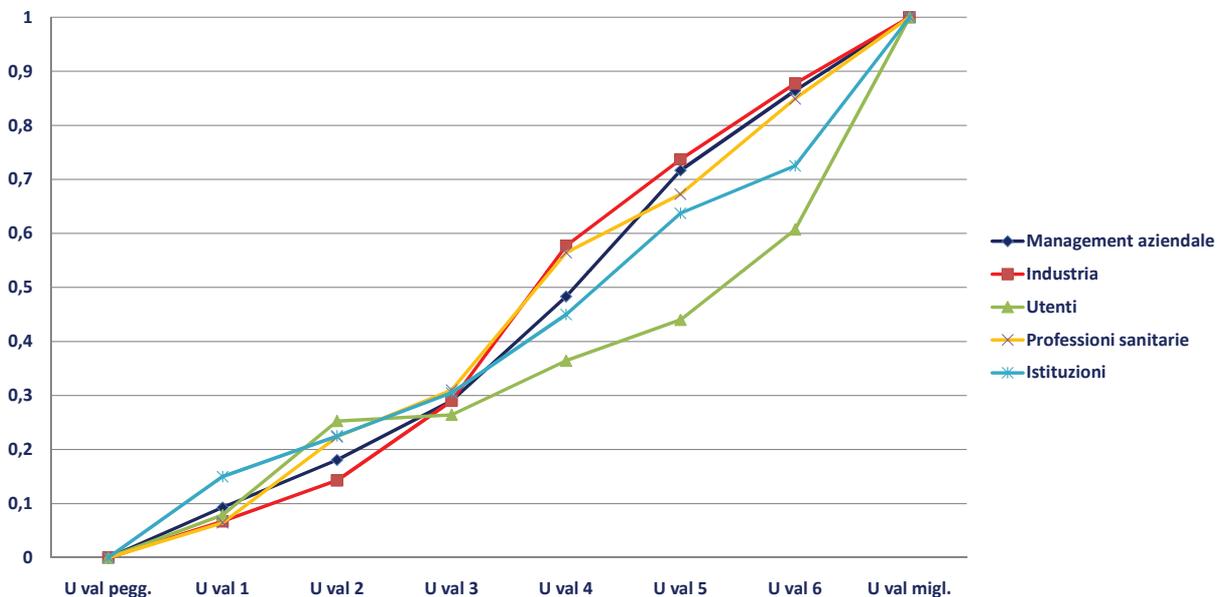


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Economico-Finanziaria - Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata

Per la funzione di valore dell'indicatore Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata, la funzione di valore presenta un andamento sostanzialmente lineare per tutte le categorie.

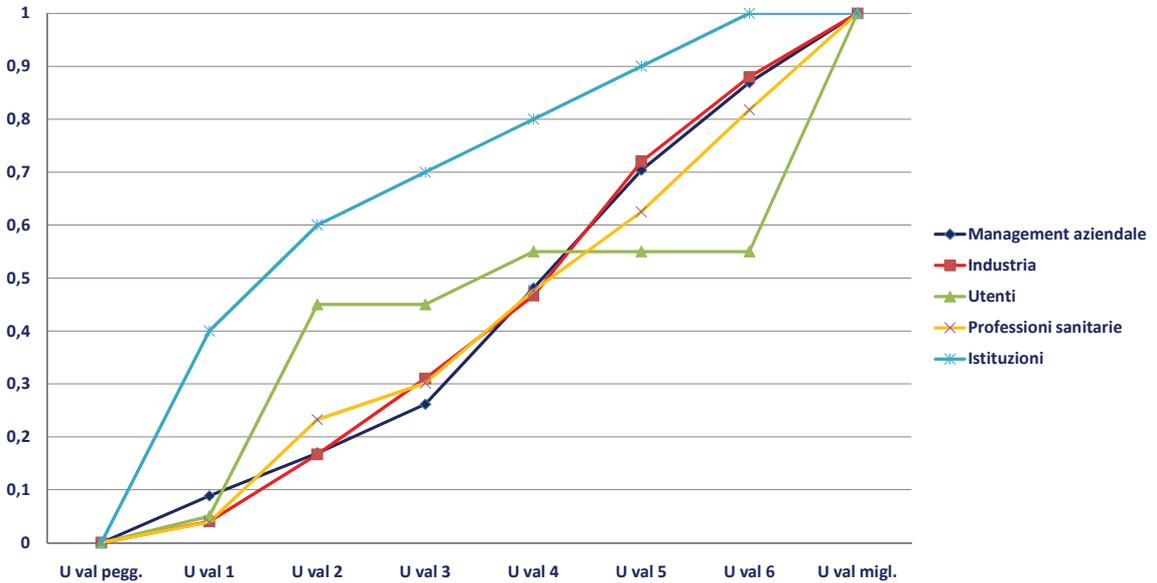
Figura 3.44
Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
Funzione valore per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Considerando gli *stakeholder* delle Regioni in sostanziale equilibrio, si riscontra beneficio nelle riduzioni di spesa che scema (meno che proporzionale) secondo le Istituzioni, e sigmoideale per gli Utenti.

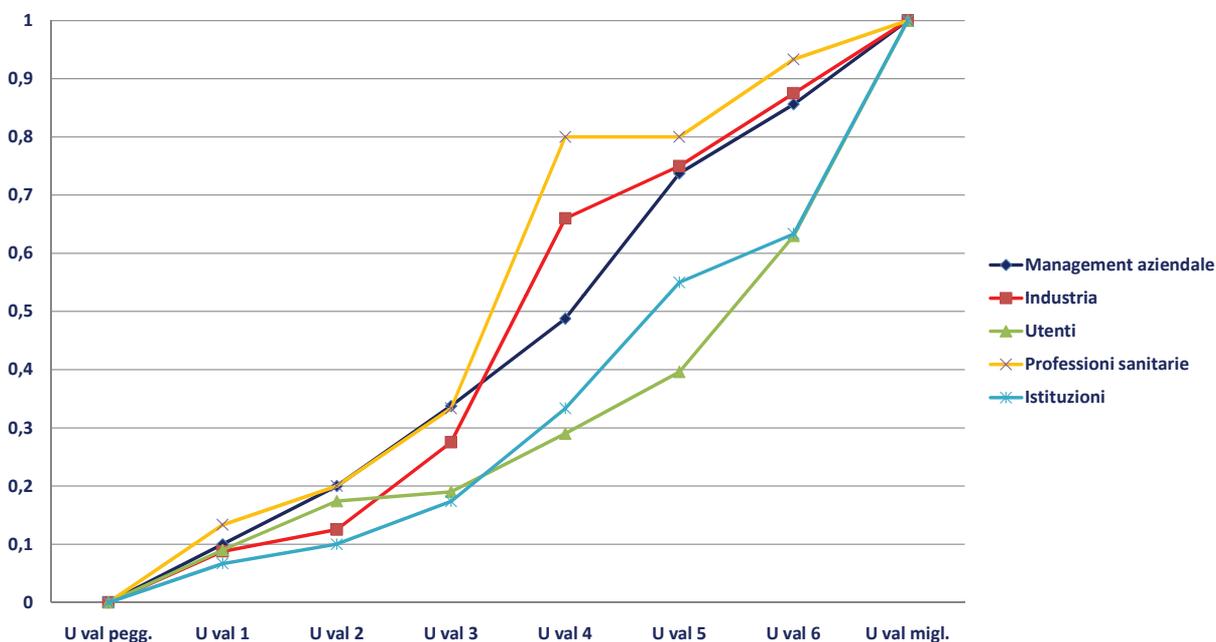
Figura 3.45
Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Utenti e Istituzioni nelle Regioni in Piano di Rientro associano invece a tale indicatore una funzione di valore con concavità verso l'alto, ovvero attribuiscono una utilità marginale crescente al ridursi della spesa totale, analogamente a quanto fatto per l'indicatore precedente (spesa pubblica).

Figura 3.46
Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro



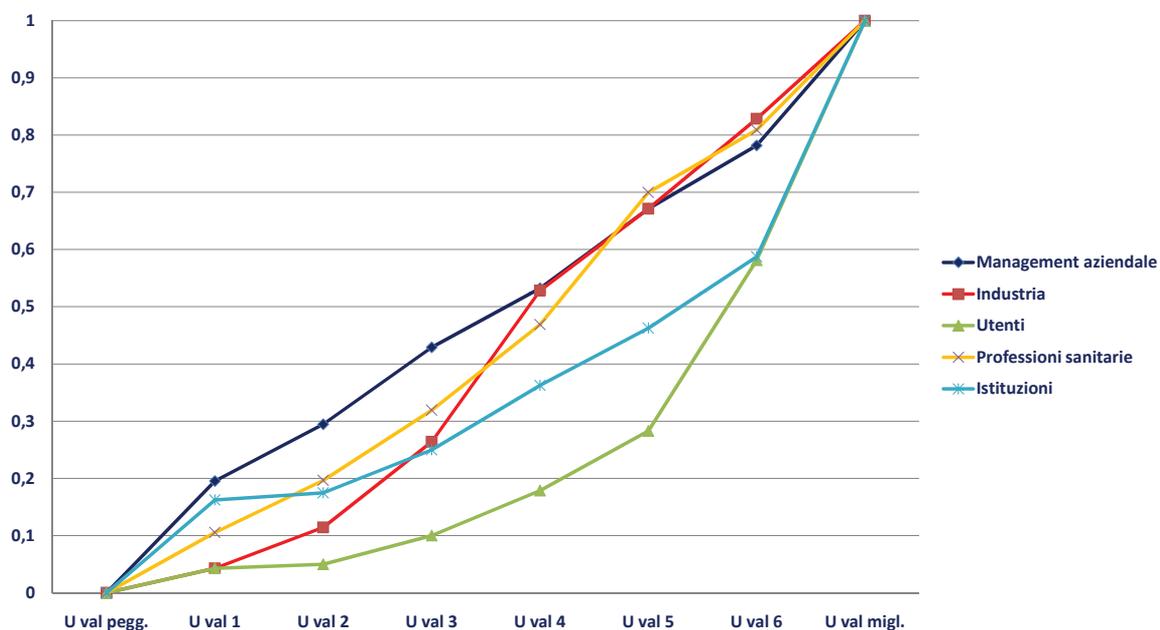
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Economico-Finanziaria – Spesa sanitaria privata pro-capite

Anche il terzo indicatore della Dimensione Economico-Finanziaria, ovvero la Spesa sanitaria privata pro-capite, assume un andamento lineare (proporzionalità fra utilità e determinazioni).

Fanno eccezione gli Utenti, che a differenza dell'indicatore precedente attribuiscono una netta premialità alla riduzione di spesa pro-capite privata: fenomeno comprensibile in quanto l'indicatore evidenzia l'onere sostenuto direttamente dalle famiglie.

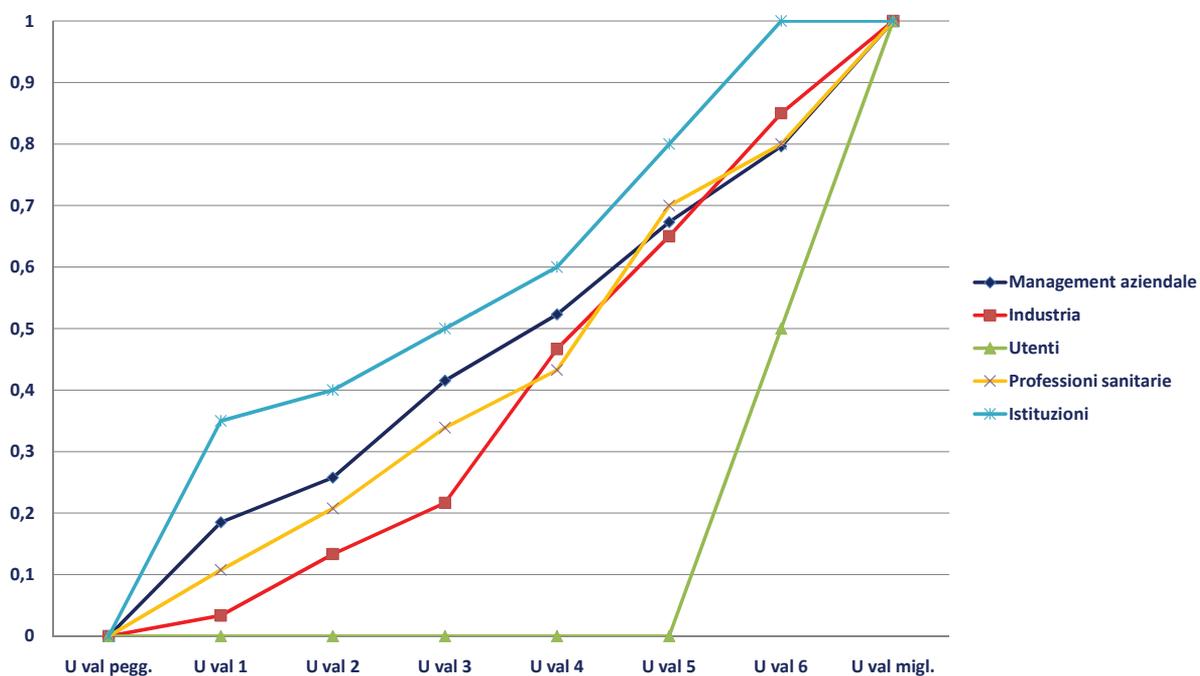
Figura 3.47
Spesa sanitaria privata pro-capite
Funzione valore per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Limitatamente alle Regioni in sostanziale equilibrio si osserva un andamento simile a quello associato all'indicatore Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata: le Istituzioni di queste Regioni non associano benefici a riduzioni della spesa privata pro-capite, ritenuti invece assolutamente inaccettabili dagli Utenti; per le altre categorie l'andamento resta lineare.

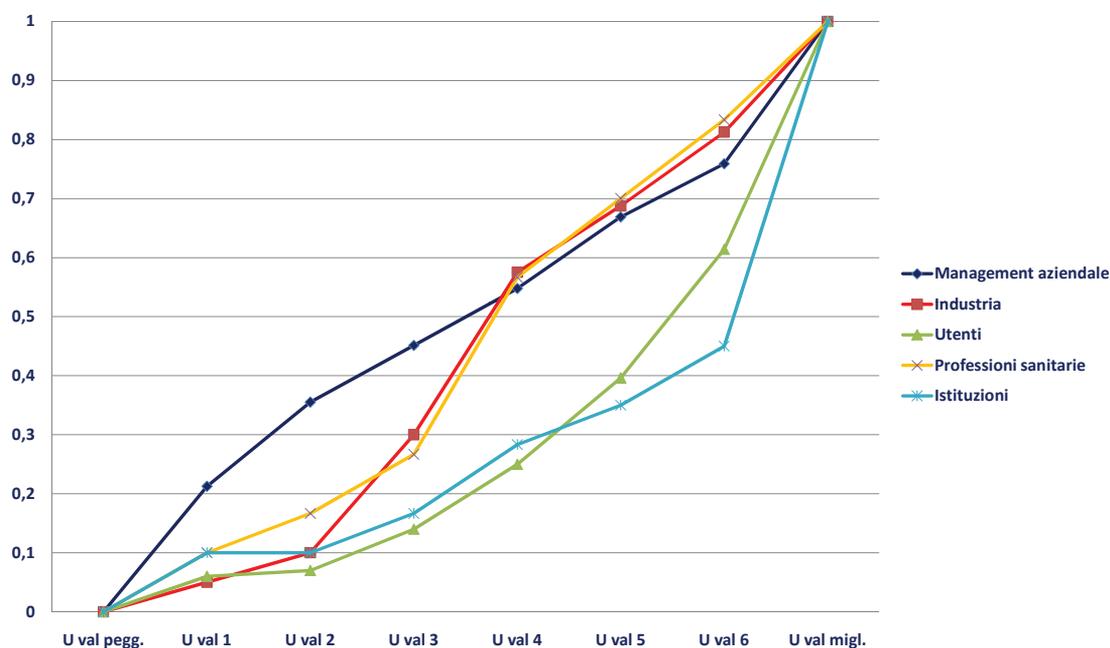
Figura 3.48
Spesa sanitaria privata pro-capite
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Per gli *stakeholder* delle Regioni in Piano di Rientro l'andamento della funzione è ancora assimilabile a quello evidenziatosi per gli altri due indicatori di spesa.

Figura 3.49
Spesa sanitaria privata pro-capite
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

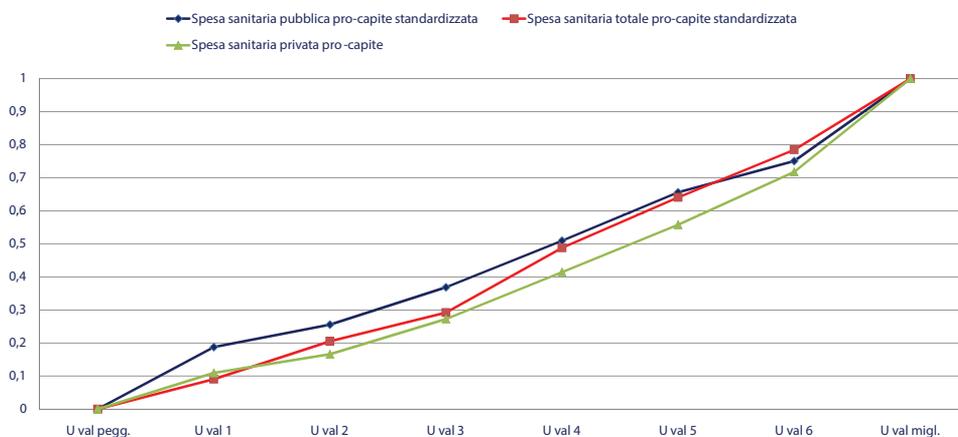


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Economico-Finanziaria – Sintesi funzioni di valore

Per gli indicatori della Dimensione Economico-Finanziaria prevale in generale un atteggiamento di neutralità, con alcune eccezioni notevoli da parte delle Istituzioni e degli Utenti. In particolare per gli afferenti alle Regioni non in Piano di Rientro i rappresentanti delle Istituzioni ritengono implicitamente accettabili anche valori alti di spesa sanitaria pubblica e privata, che invece sono decisamente avversati dagli Utenti. Di contro, nelle Regioni in Piano di Rientro, Istituzioni e Utenti sono allineati nel ritenere benefica la riduzione della spesa, con benefici via via maggiori.

Figura 3.50
Dimensione Economico-Finanziaria
Funzione valore media per indicatore

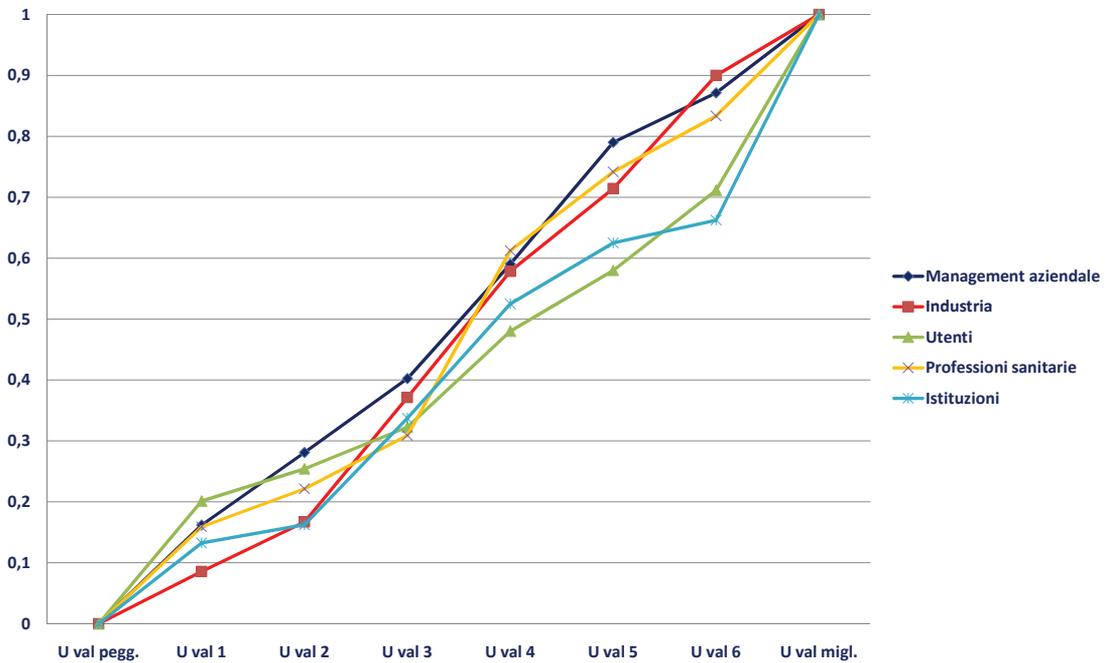


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Appropriatezza – Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie

Passando alla Dimensione Appropriatezza, la funzione di valore per l'indicatore Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie presenta un andamento lineare per tutte le categorie, con benefici in termini di *Performance* proporzionali alla riduzione del tasso.

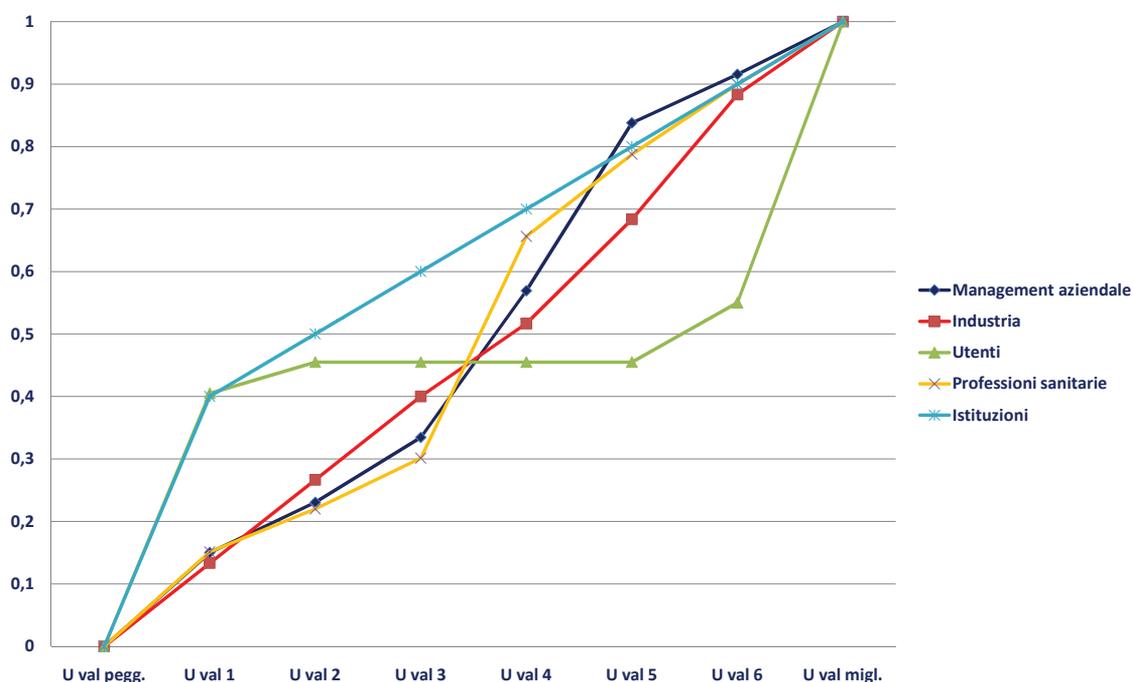
Figura 3.51
Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie
Funzione valore per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Gli Utenti e i rappresentanti delle Istituzioni delle Regioni in sostanziale equilibrio ritengono non ci siano benefici dalle riduzioni del tasso nei casi in cui è particolarmente alto, implicitamente accettando tassi alti di ospedalizzazione.

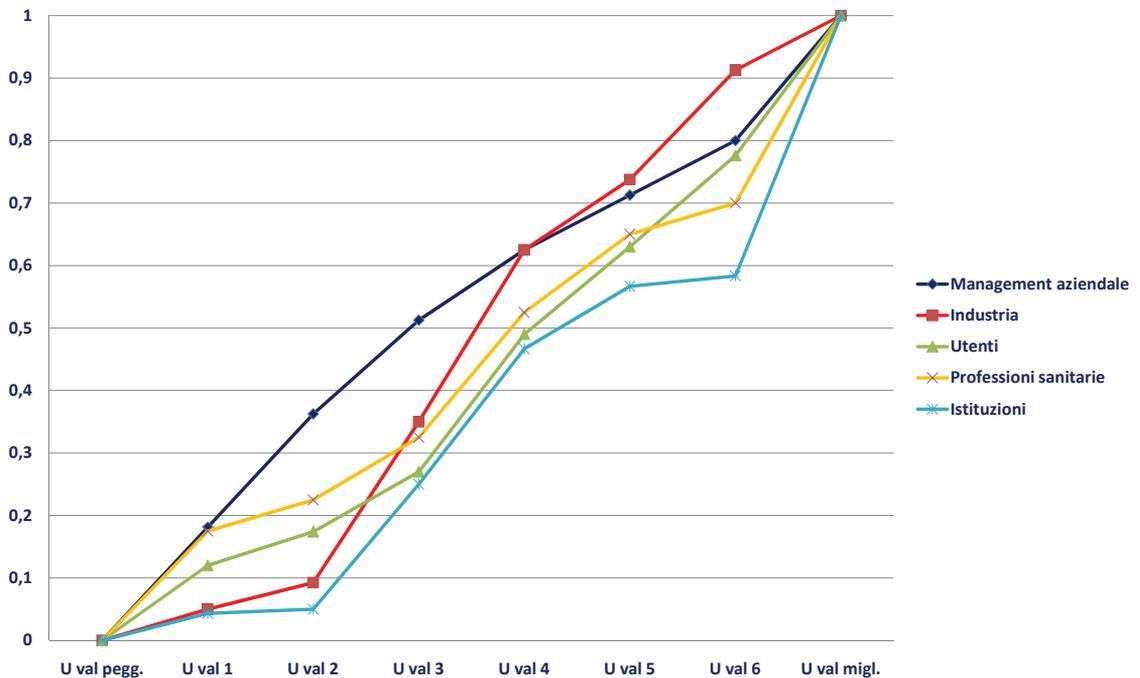
Figura 3.52
Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Nelle Regioni in Piano di Rientro si osserva una tendenziale neutralità, con una lieve tendenza per Istituzioni e Industria a penalizzare valori molto alti di ospedalizzazione.

Figura 3.53
Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

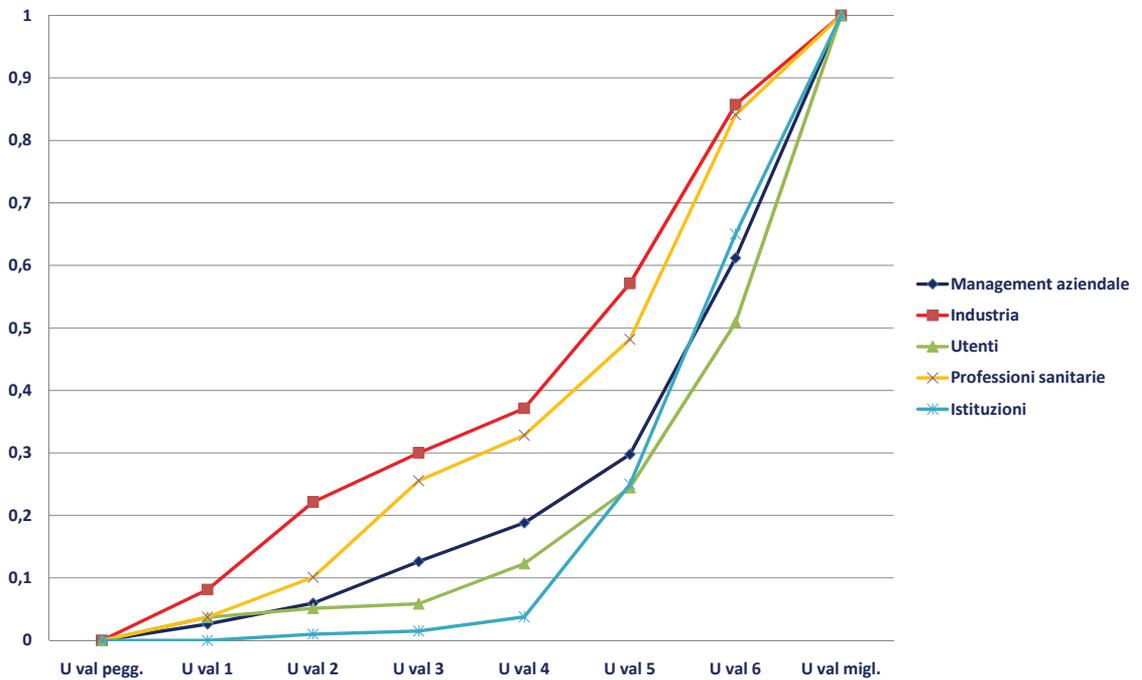


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Appropriatezza – Pazienti di pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni

La funzione di valore ottenuta per l'indicatore Pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni risulta essere approssimativamente lineare per l'Industria e le Professioni sanitarie; per tutte le altre categorie, si ritengono implicitamente inaccettabili i valori peggiori dell'indicatore.

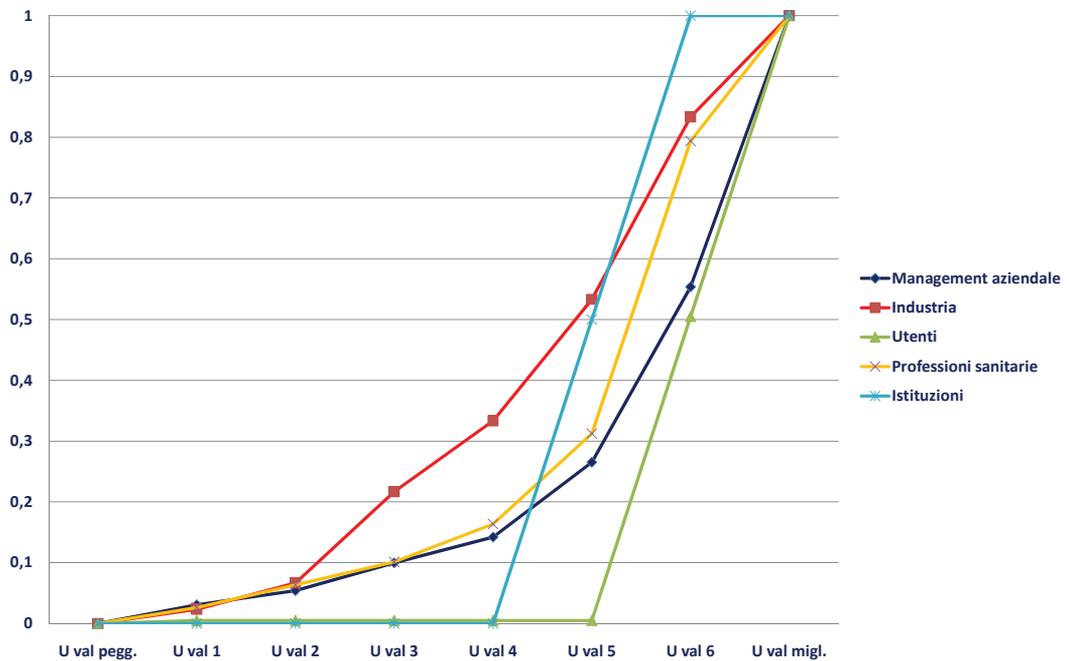
Figura 3.54
Pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni
Funzione valore per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Nelle Regioni in sostanziale equilibrio la funzione di valore è sostanzialmente analoga, ma assume andamenti ancora più netti di stigma per i risultati peggiori.

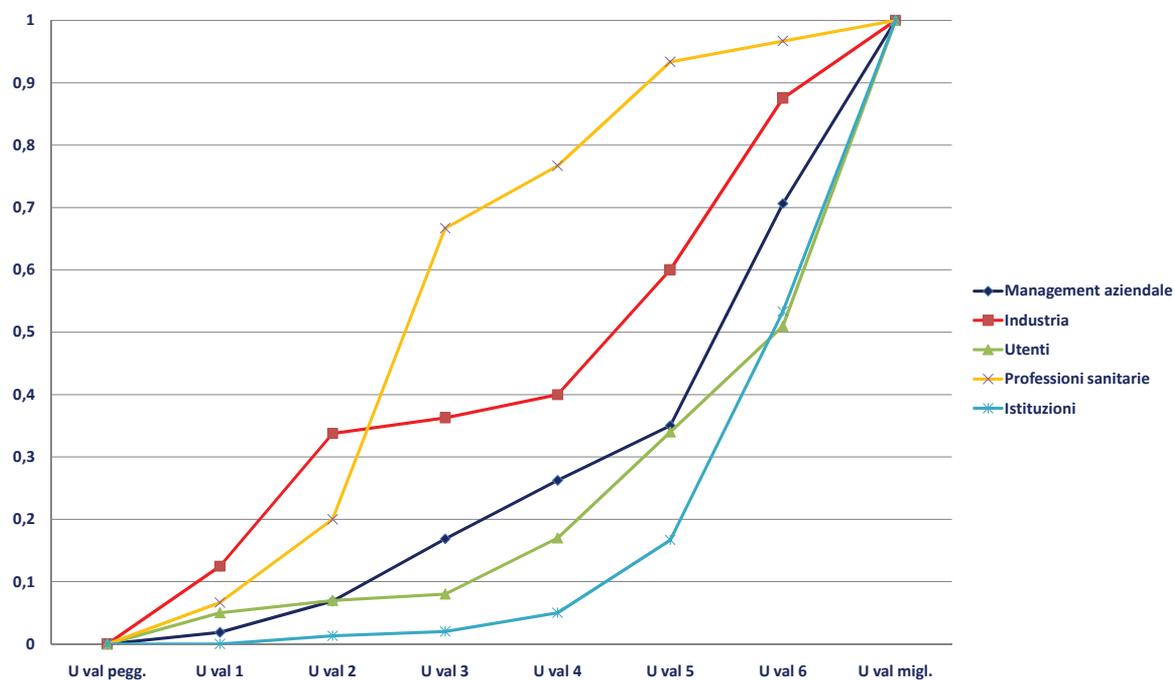
Figura 3.55
Pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Di contro, Industria e Professionisti sono molto più “tolleranti” verso determinazioni peggiori dell’indicatore, e i secondi ritengono che oltre un certo limite ulteriori aumenti della percentuale non indichino benefici significativi.

Figura 3.56
Pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

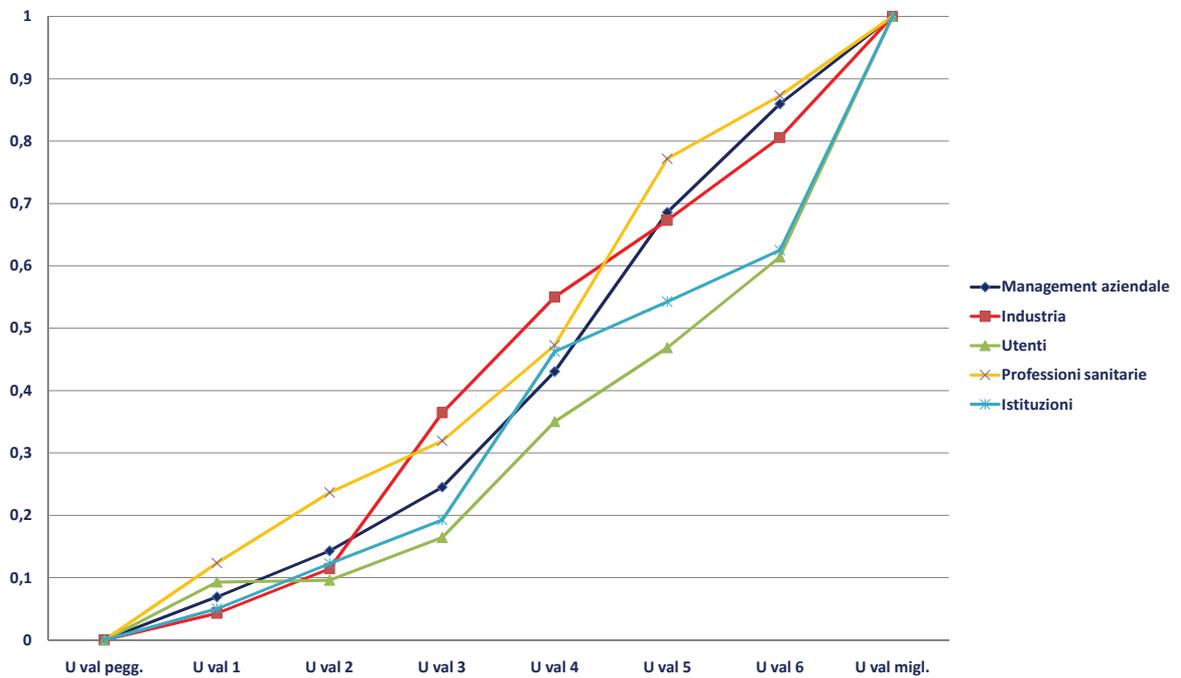


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Appropriatelyzza - Tasso ricorso al pronto soccorso

L'ultimo indicatore relativo alla Dimensione Appropriatelyzza è il Tasso ricorso al pronto soccorso (per codici bianchi e verdi), che registra un andamento lineare per tutte le categorie ovvero un miglioramento della *Performance* proporzionale al miglioramento dell'indicatore.

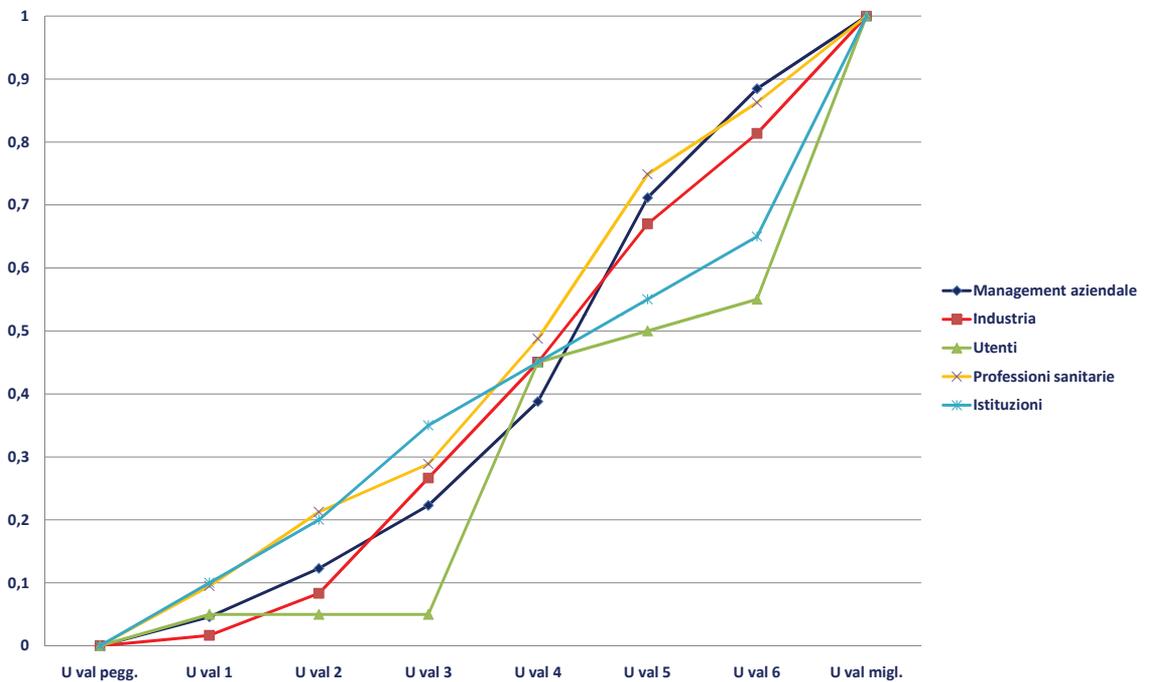
Figura 3.57
Tasso ricorso al pronto soccorso
Funzione valore per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

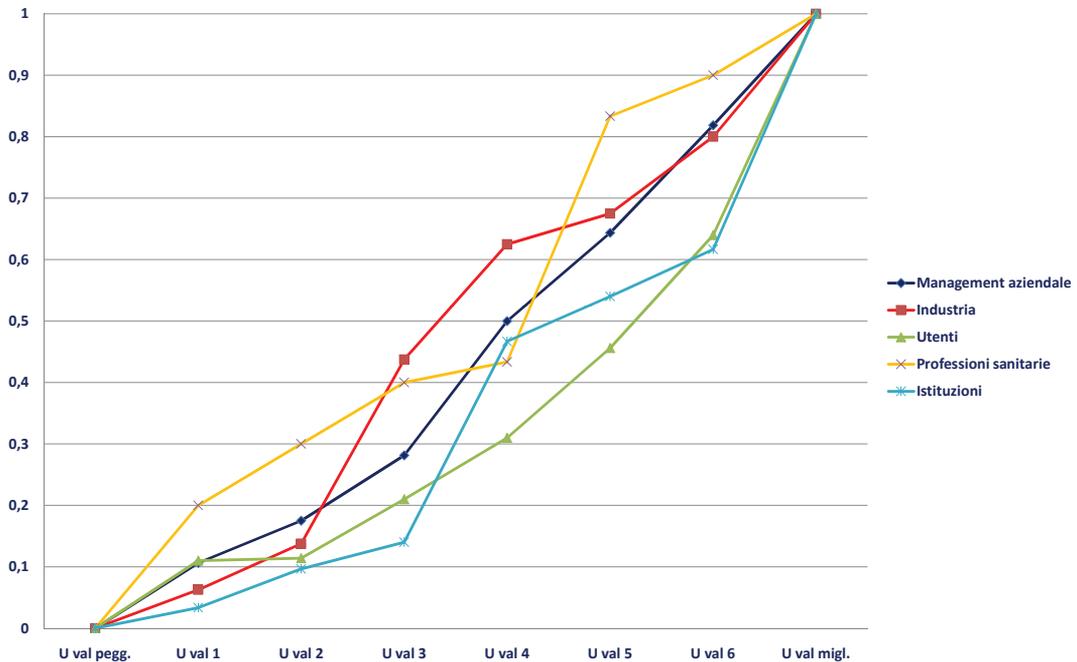
Per questo indicatore non si rilevano differenze significative di opinione tra *stakeholder* afferenti a Regioni in Piano di Rientro e non.

Figura 3.58
Tasso ricorso al pronto soccorso
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Figura 3.59
Tasso ricorso al pronto soccorso
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

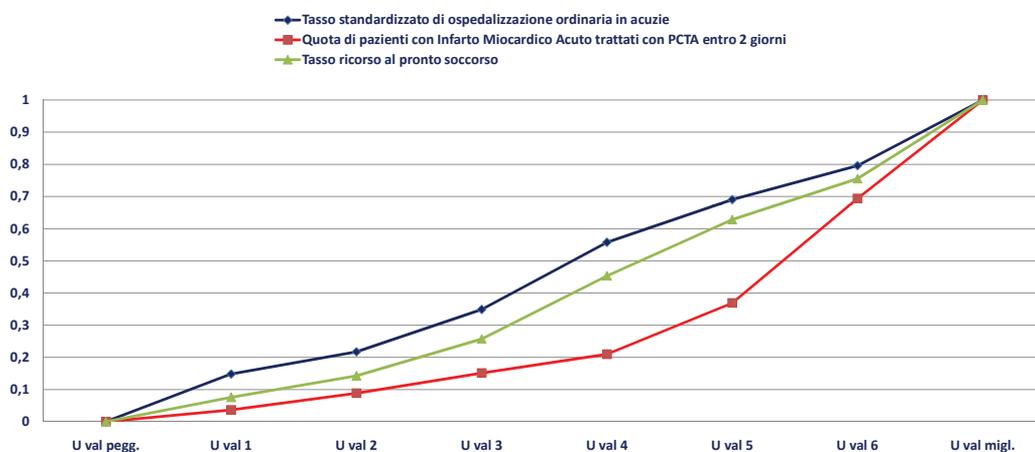


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Appropriatezza – Sintesi funzioni di valore

In questa Dimensione, a meno degli indicatori Tasso di ricorso al pronto soccorso per il quale si riscontra un andamento lineare e concorde tra tutte le categorie, prevalgono andamenti di utilità marginale crescente, soprattutto per l'indicatore relativo al trattamento tempestivo dei pazienti con IMA e per gli *stakeholder* (in particolare Utenti e Istituzioni) afferenti a Regioni non in Piano di Rientro, ad indicare che si ritengono inaccettabili livelli molto alti di inappropriatezza: chi opera in queste Regioni risulta essere anche più tollerante verso tassi di ospedalizzazione relativamente alti.

Figura 3.60
Dimensione Appropriatelyzza
Funzione valore media per indicatore

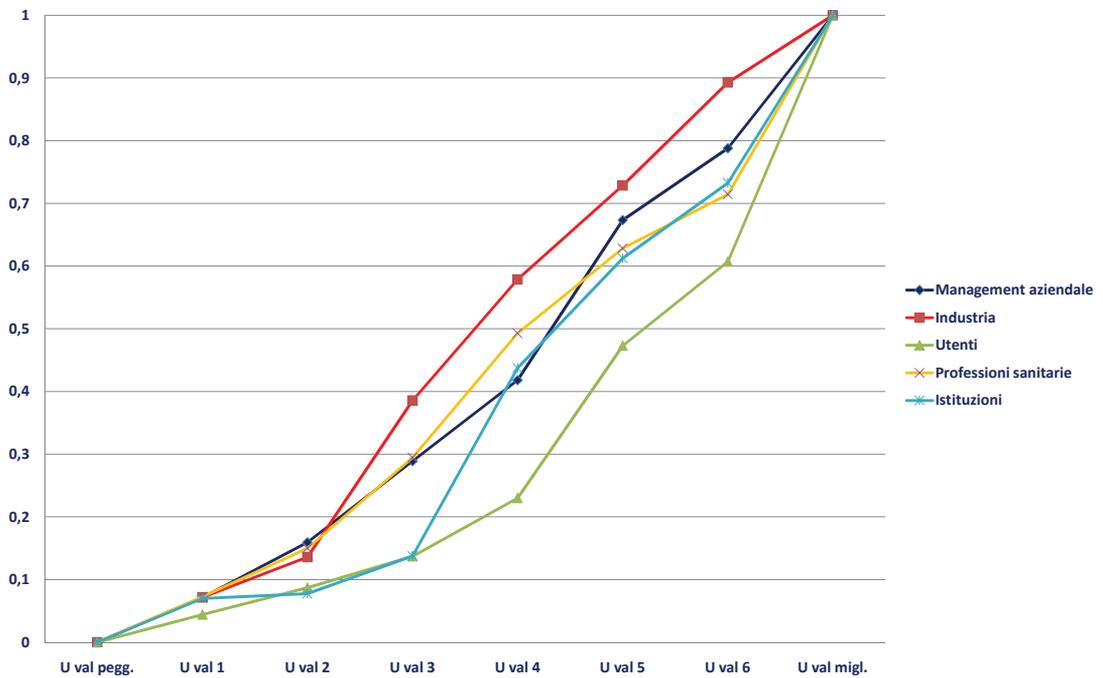


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Esiti – Prevalenza di disabilità

Nella Dimensione Esiti, l'andamento della funzione valore dell'indicatore Prevalenza di disabilità risulta pressoché lineare per quasi tutte le categorie, ad eccezione degli Utenti, che associano all'indicatore una utilità marginale crescente. Degna di nota è la implicita dichiarazione di sostanziale inaccettabilità da parte delle Istituzioni e degli Utenti per i casi di alta prevalenza della disabilità.

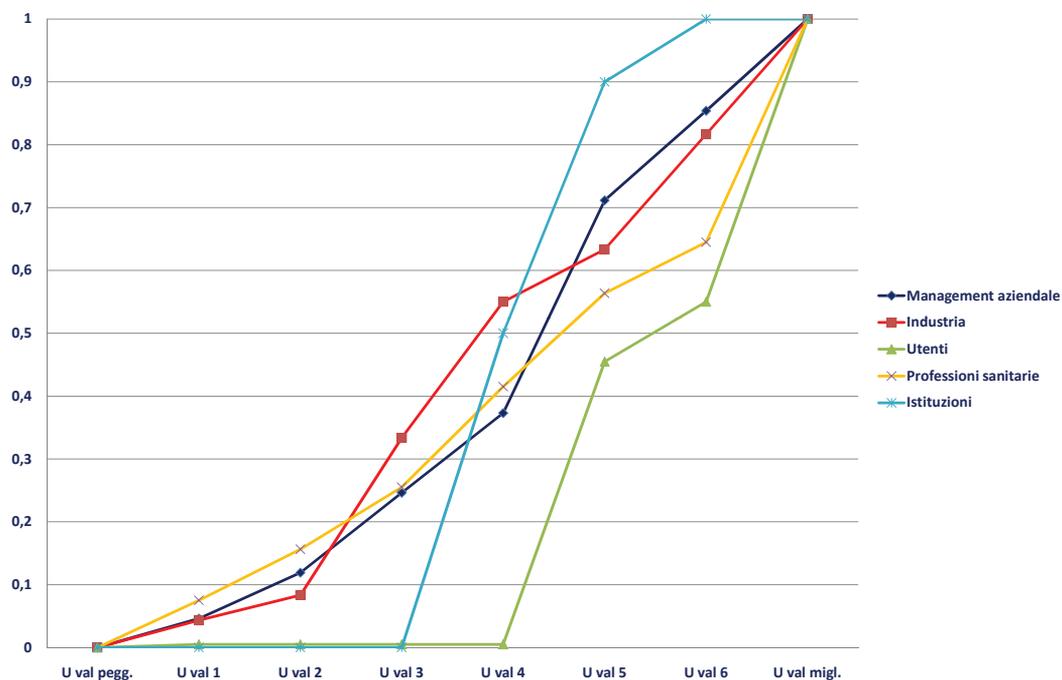
Figura 3.61
Prevalenza di disabilità
Funzione valore per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Considerando gli *stakeholder* che non afferiscono a Regioni in Piano di Rientro, gli andamenti si esasperano, evidenziandosi un beneficio nullo associato a valori dell'indicatore sotto la media.

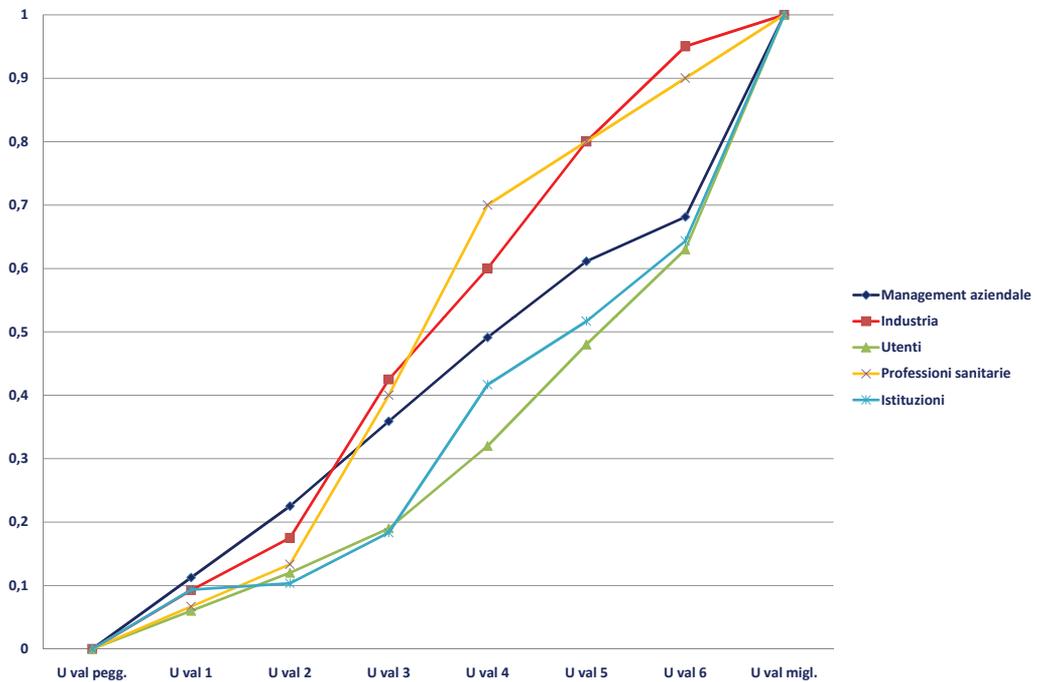
Figura 3.62
Prevalenza di disabilità
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

L'opinione degli *stakeholder* operanti in Regioni in Piano di Rientro è invece più "tollerante" verso il fenomeno con benefici proporzionali alla riduzione in ogni parte della curva.

Figura 3.63
Prevalenza di disabilità
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

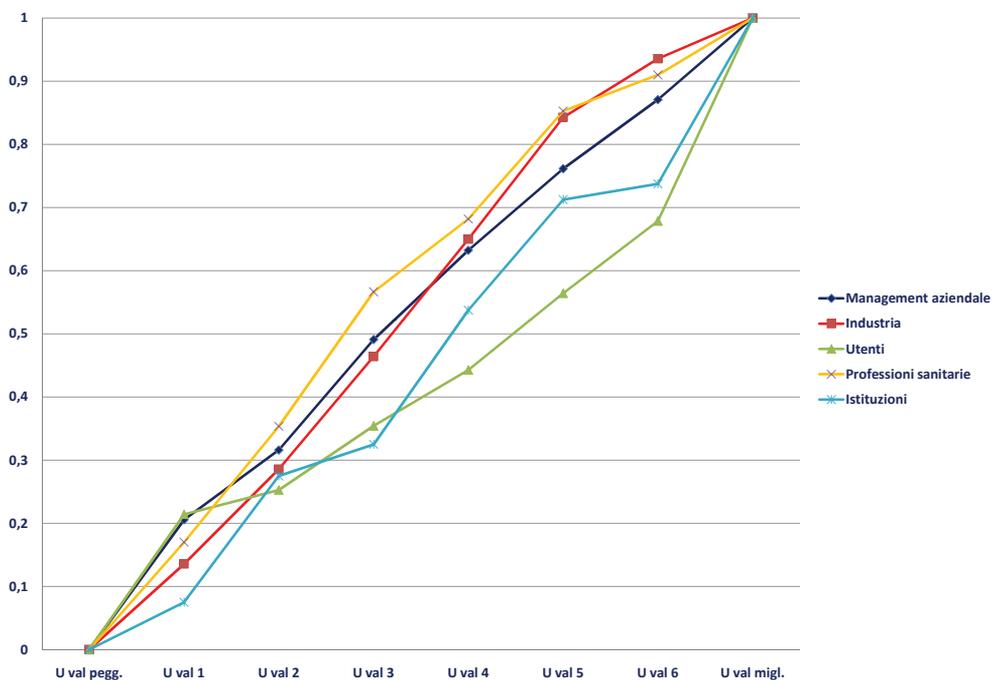


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Esiti – Speranza di vita libera di disabilità (75+)

Il secondo indicatore della Dimensione Esiti, ovvero la Speranza di vita libera da disabilità *over 75*, vede una proporzionalità diretta tra miglioramenti dell'indicatore e miglioramenti della *Performance*, per tutte le categorie.

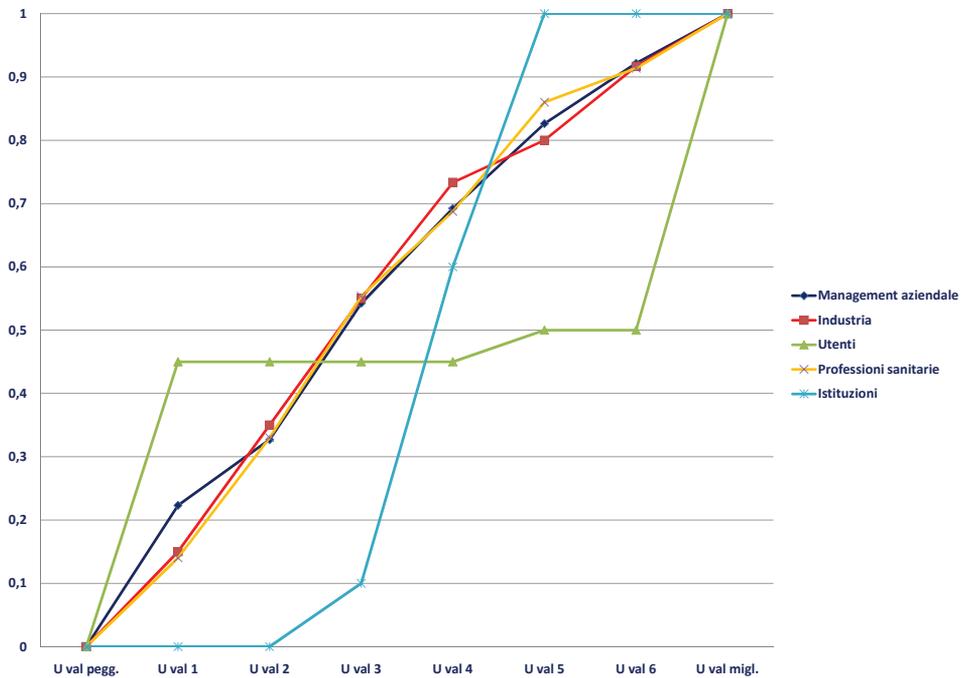
Figura 3.64
Speranza di vita libera da disabilità (75+)
Funzione valore per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Le Istituzioni delle Regioni in sostanziale equilibrio sembrerebbero associare vantaggi nulli a valori dell'indicatore sotto la media e vantaggi decrescenti all'approssimarsi delle determinazioni migliori; di contro, gli Utenti "assolvono" i risultati peggiori e associano grande beneficio nel caso di riduzioni in situazioni già buone.

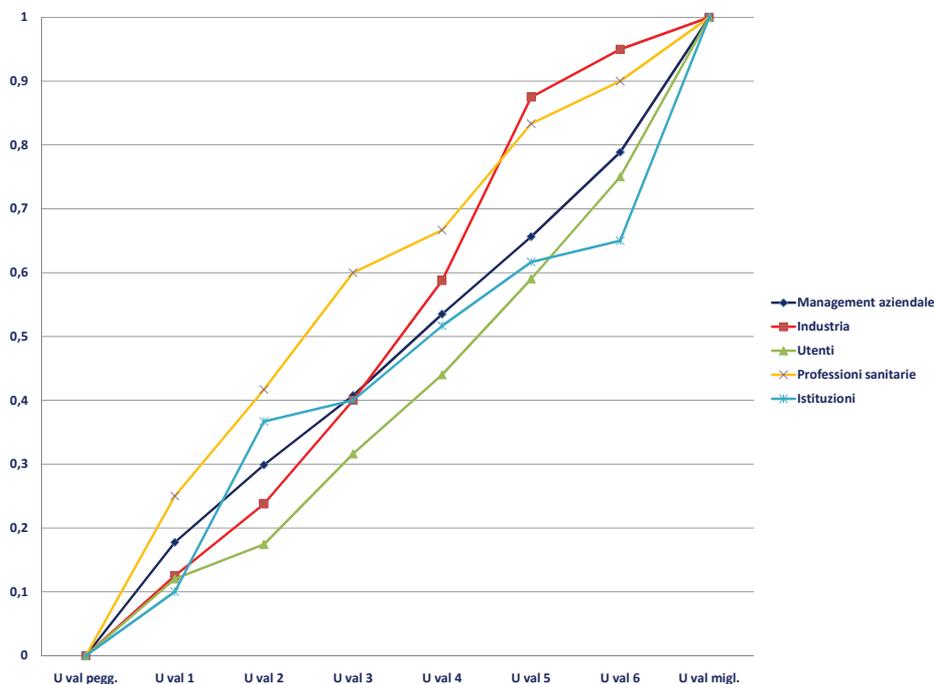
Figura 3.65
Speranza di vita libera da disabilità (75+)
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Per i componenti provenienti dalle Regioni in Piano di Rientro è invece assolutamente lineare l'associazione fra andamento dell'indicatore e utilità generata.

Figura 3.66
Speranza di vita libera da disabilità (75+)
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

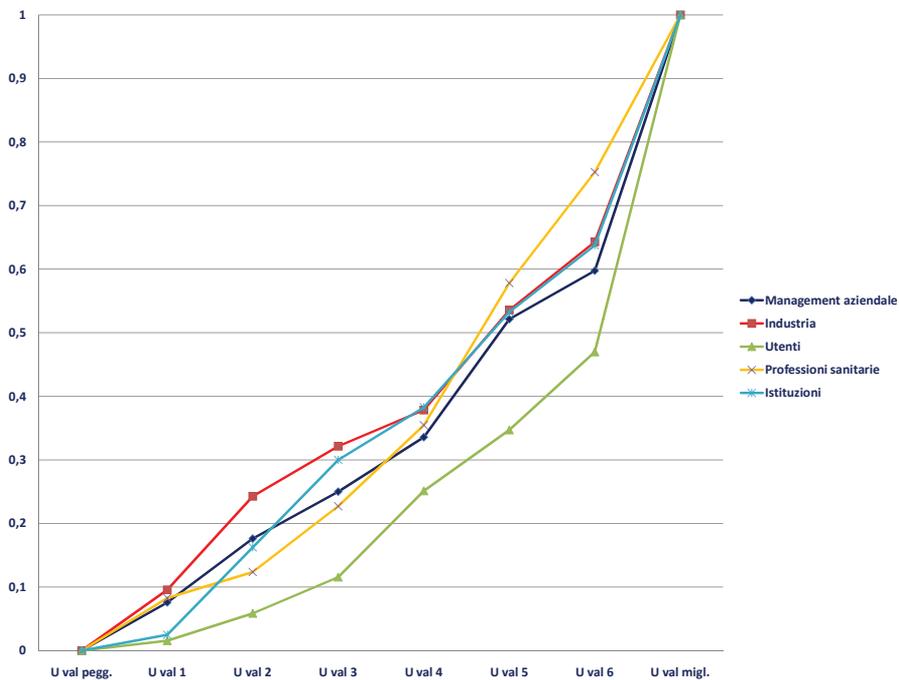


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Esiti – Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili

Passando all'ultimo indicatore della Dimensione Esiti, i Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili, l'andamento della funzione valore è ancora sostanzialmente lineare per tutte le categorie, con una leggera tendenza (maggiore per gli Utenti) ad attribuire un vantaggio crescente al progressivo miglioramento dell'indicatore.

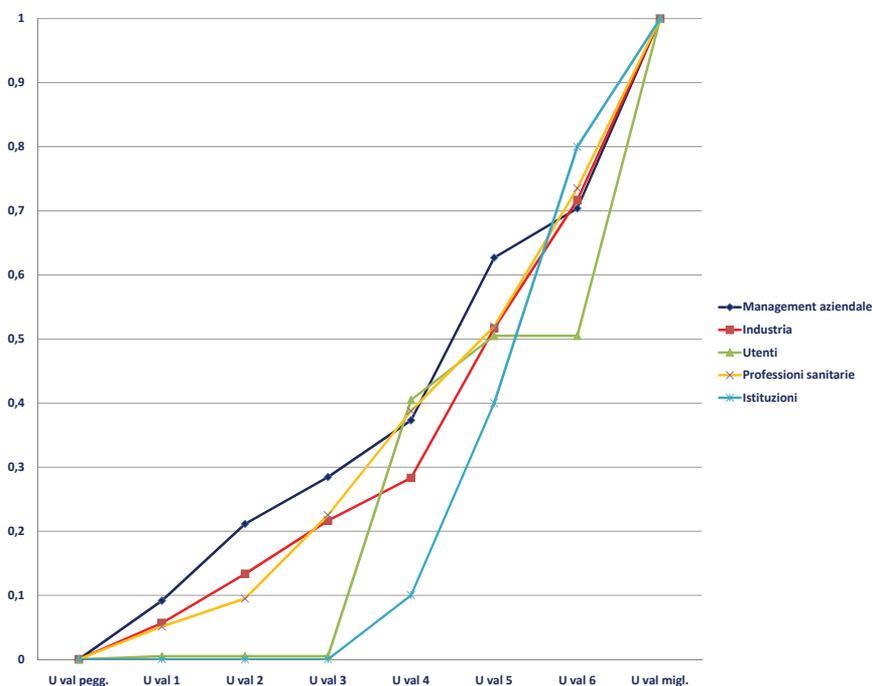
Figura 3.67
Giorni perduti standardizzati pro-capite
per morti prevenibili
Funzione valore per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Distinguendo la provenienza degli *stakeholder* si riscontra che, rappresentanti dell'Istituzioni e degli Utenti delle Regioni in sostanziale equilibrio, ritengono inaccettabili i valori peggiori dell'indicatore.

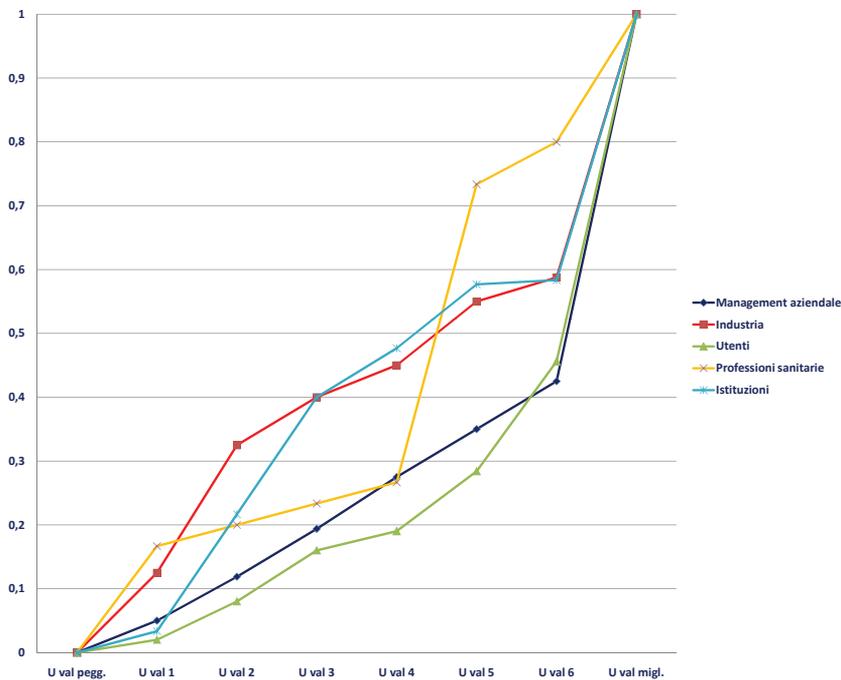
Figura 3.68
Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Sono invece i rappresentanti (ancora) degli Utenti e quelli del *Management* aziendale delle Regioni in Piano di Rientro, a ritenere inaccettabili i valori peggiori dell'indicatore.

Figura 3.69
Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

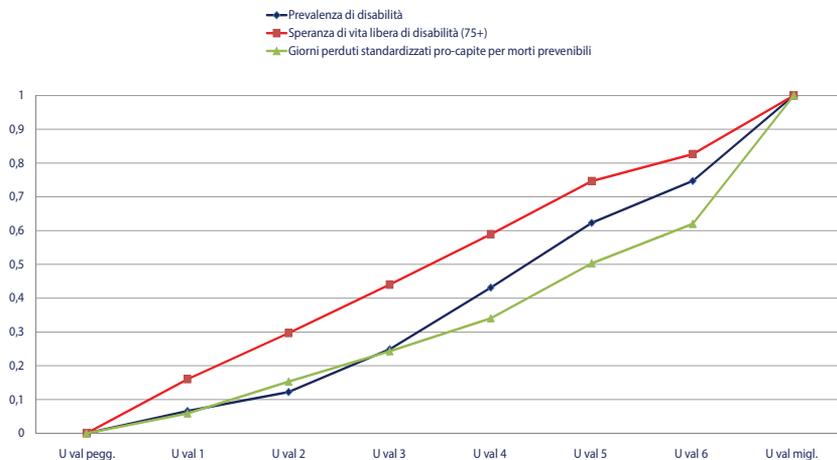


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Esiti – Sintesi funzioni di valore

Complessivamente, per gli indicatori della Dimensione Esiti si attribuisce una sostanziale relazione di proporzionalità fra determinazioni degli indicatori e utilità/valore che generano, sebbene alcune categorie di *stakeholder* (in particolare Istituzioni e Utenti) di Regioni in sostanziale equilibrio ritengono che debbano essere particolarmente penalizzate le situazioni in cui gli indicatori, soprattutto Prevalenza di disabilità e Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili, presentano valori peggiori.

Figura 3.70
Dimensione Esiti
Funzione valore media per indicatore

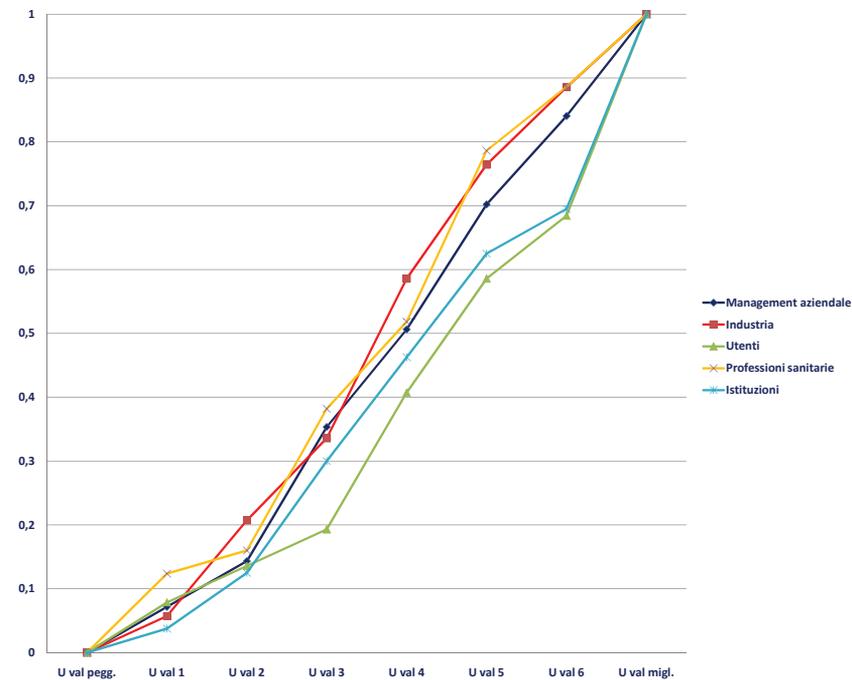


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Innovazione – Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia

Nella Dimensione Innovazione, l'andamento della funzione di valore dell'indicatore Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia risulta lineare per tutte le categorie.

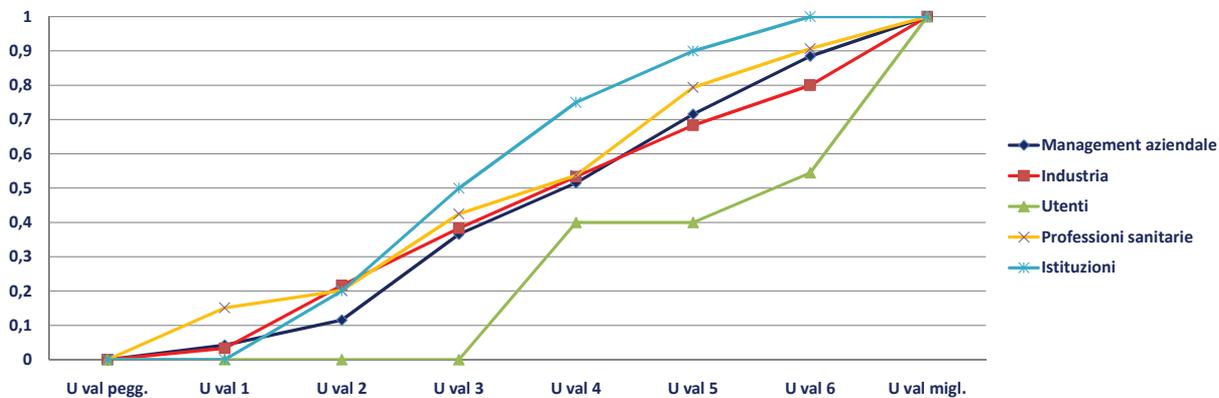
Figura 3.71
Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia
Funzione valore per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Le Istituzioni di Regioni in sostanziale equilibrio sembrano ritenere che un ricorso oltre certi termini (ultimo terzo della distribuzione) alla laparoscopia non comporti ulteriori miglioramenti in termini di *Performance*; gli Utenti, invece, ritengono inaccettabile, in particolare, un basso utilizzo di tale procedura mininvasiva.

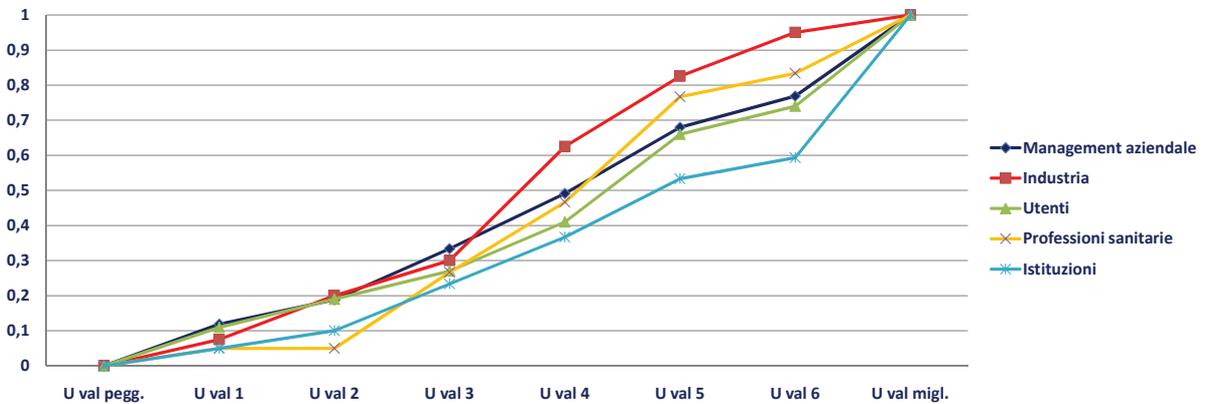
Figura 3.72
Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Non si apprezzano, invece, scostamenti significativi dalla proporzionalità nelle Regioni in Piano di Rientro.

Figura 3.73
Quota interventi più frequenti di chirurgia generale
eseguiti in laparoscopia
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

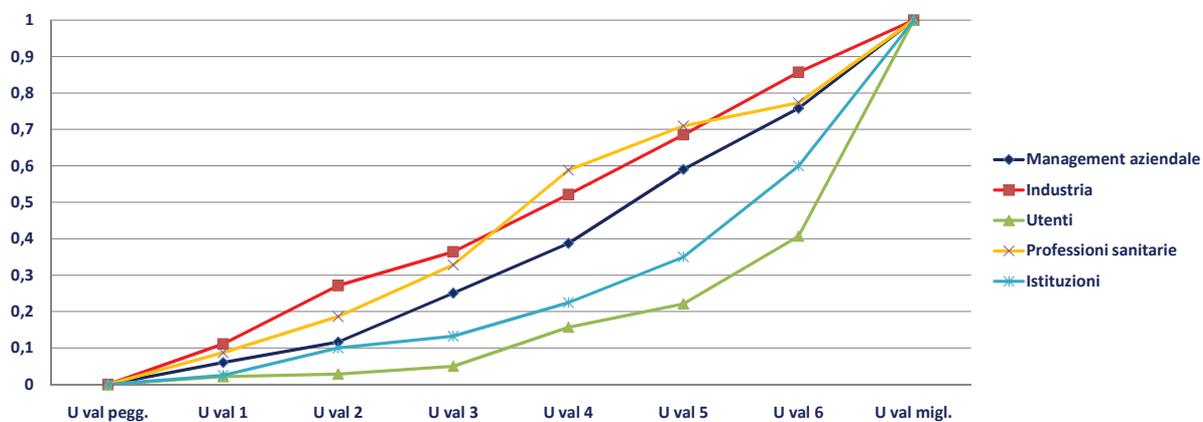


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Innovazione – Quota pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci

Il secondo indicatore della Dimensione Innovazione prescelto è stato la Quota pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci, il quale suppone ancora un andamento lineare (proporzionalità fra determinazioni dell'indicatore e utilità) per i Professionisti sanitari, il Management e l'Industria; tra le Istituzioni e gli Utenti si riscontra la convinzione che il beneficio cresca più che proporzionalmente all'aumentare della quota di pazienti che vengono trattati.

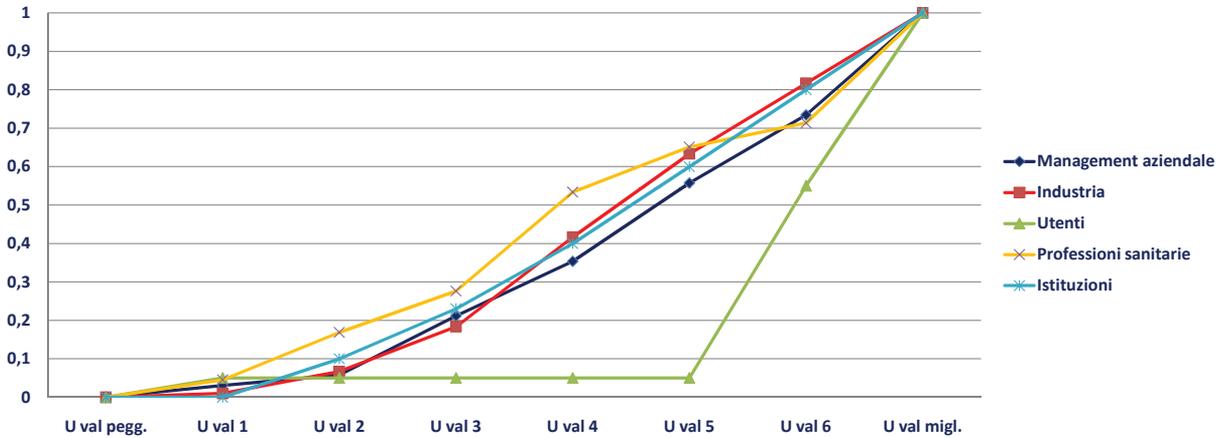
Figura 3.74
Quota pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci
Funzione valore per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

In tutte le categorie, per i partecipanti che provengono da Regioni in Piano di Rientro, si evidenzia un andamento lineare della funzione di valore (proporzionalità fra determinazioni e utilità), tranne che per gli Utenti che ritengono assolutamente inaccettabile un accesso ai farmaci inferiore ad una certa soglia.

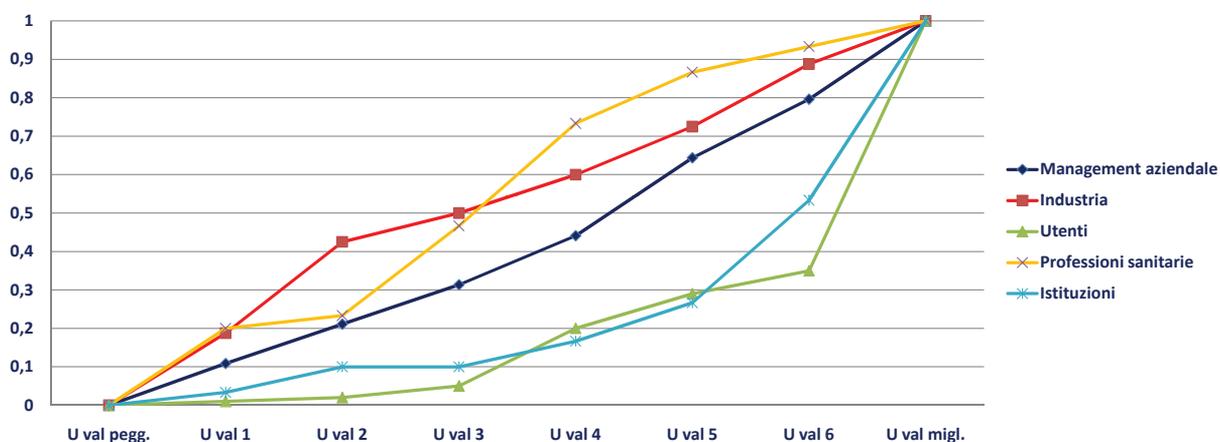
Figura 3.75
Quota pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Nelle Regioni in Piano di Rientro, oltre agli Utenti anche i rappresentanti delle Istituzioni ritengono assolutamente inaccettabile un accesso ai farmaci inferiore ad un certo valore soglia.

Figura 3.76
Quota pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

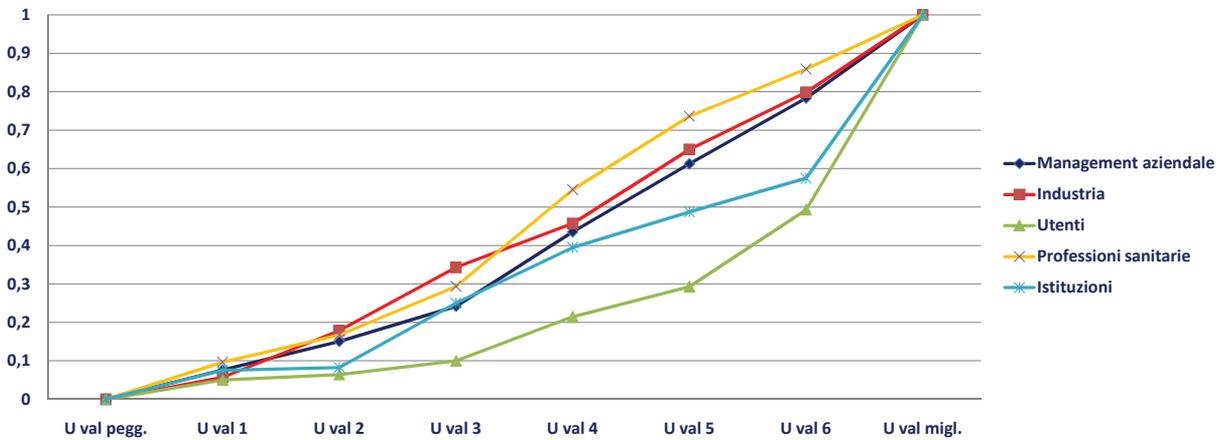


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Innovazione – Quota di pazienti con fibrillazione atriale CHADS \geq 2 in trattamento con nuovi anticoagulanti orali

L'ultimo indicatore relativo alla Dimensione Innovazione è la Quota di pazienti con fibrillazione atriale CHADS \geq 2 in trattamento con nuovi anticoagulanti orali, che registra ancora un andamento lineare per tutte le categorie ad eccezione degli Utenti, per i quali i valori peggiori dell'indicatore sono chiaramente considerati inaccettabili e i miglioramenti presentano una utilità crescente in modo più che proporzionale rispetto alle determinazioni numeriche dell'indicatore.

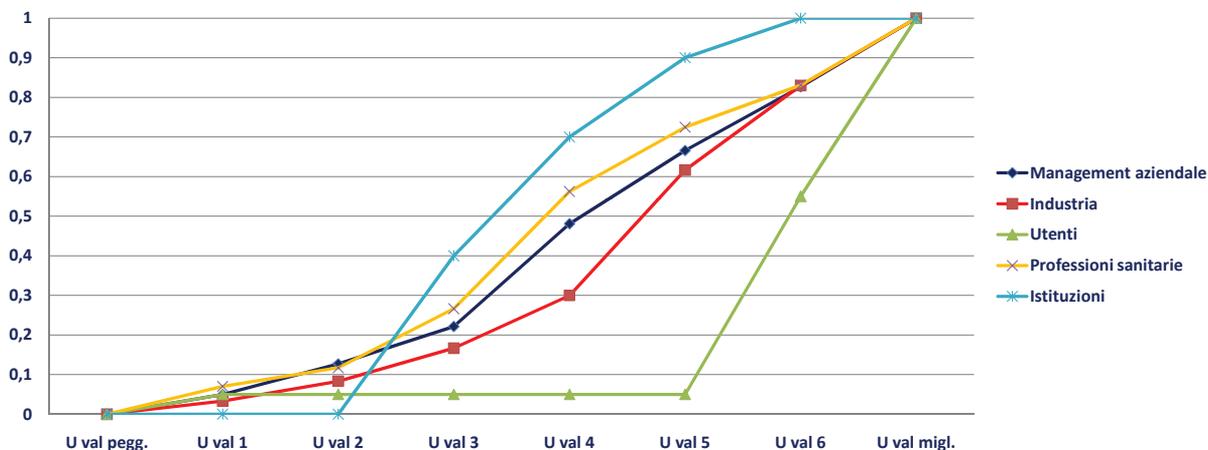
Figura 3.77
Quota di pazienti con fibrillazione atriale CHADS₂≥2 in trattamento con nuovi anticoagulanti orali
Funzione valore per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

In generale, per i partecipanti provenienti dalle Regioni in sostanziale equilibrio, l'andamento è analogo a quello espresso dal *Panel* nel suo complesso.

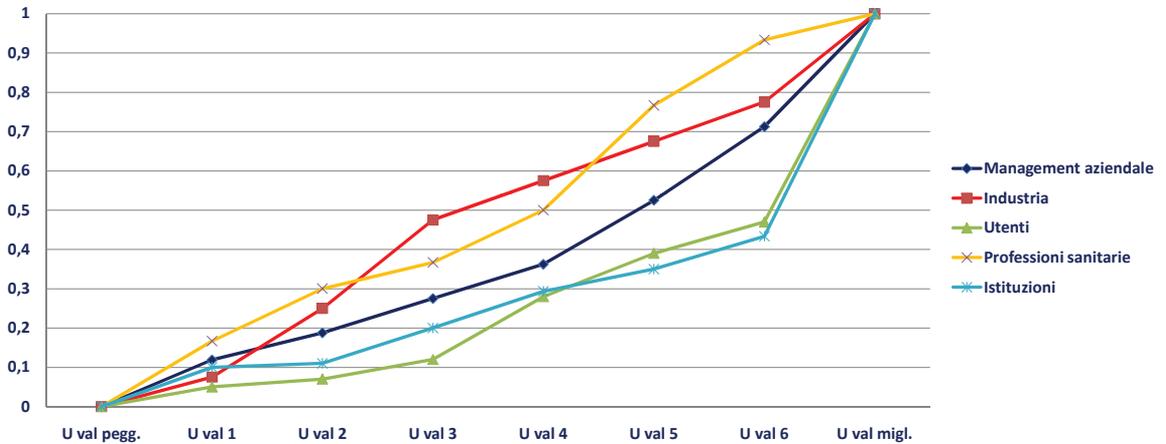
Figura 3.78
Quota di pazienti con fibrillazione atriale CHADS₂≥2
in trattamento con nuovi anticoagulanti orali
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Lo stesso “atteggiamento” si riscontra, infine, anche per gli *stakeholder* provenienti da Regioni in Piano di Rientro.

Figura 3.79
Quota di pazienti con fibrillazione atriale CHADS₂≥2
in trattamento con nuovi anticoagulanti orali
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

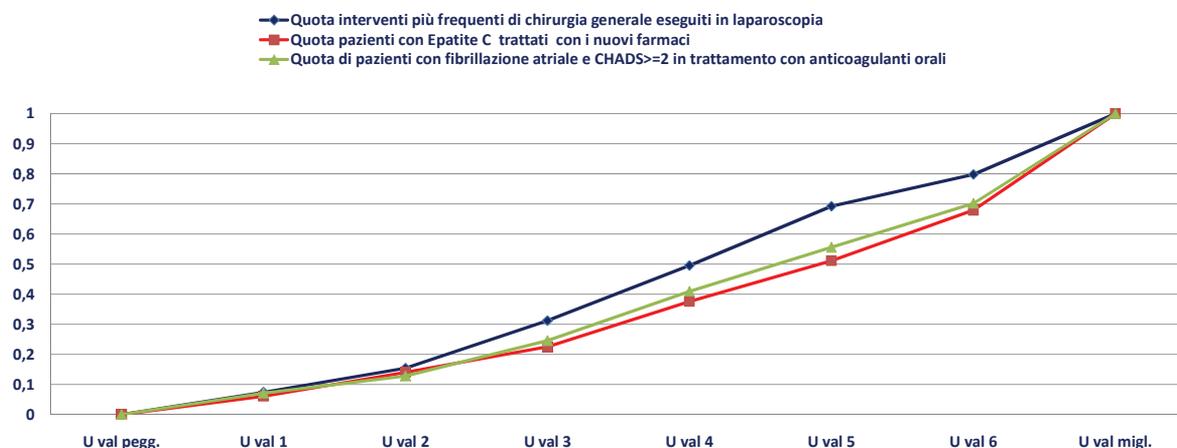


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Innovazione – Sintesi funzioni di valore

Complessivamente, agli indicatori della Dimensione Innovazione viene associata una proporzionalità tra determinazioni dell'indicatore ed utilità prodotta, e non si riscontrano significative differenze dovute al contesto di provenienza degli *stakeholder*.

Figura 3.80
Dimensione Innovazione
Funzione valore media per indicatore



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Riflessioni finali sulle funzioni valore degli indicatori

Le funzioni di valore o utilità, che il *Panel* ha associato agli indicatori, appaiono razionalmente spiegabili, sia nel complesso, che nella articolazione derivante dalle diverse prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder*, come anche dalla diversa provenienza geografica dei membri del *Panel*.

In generale, l'atteggiamento che emerge dalla elicitazione delle funzioni di valore corrisponde all'idea che vadano penalizzati i risultati peggiori, a cui, quindi, sono associati contributi alla *Performance* nulli o minimi; il contributo alla *Performance* cresce, poi, più che proporzionalmente al migliorare della situazione, ovvero allo spostarsi verso valori numerici degli indicatori prossimi ai risultati migliori.

Questo è un "atteggiamento" che si riscontra in particolare per la Dimensione Sociale, peraltro in continuità con le edizioni precedenti, sebbene tenda a perdersi rispetto agli anni scorsi il beneficio attribuito allo spostamento dai valori peggiori; in altri termini, si radicalizza il concetto di inaccettabilità delle peggiori *Performance* equitative.

Analogo è l'atteggiamento del *Panel* verso gli indicatori di Appropriatezza, ove sotto certi livelli la "prestazione" viene comunque considerata inaccettabile e, quindi,

non foriera di contributi alla *Performance*.

È interessante notare che questo vale maggiormente per gli indicatori di inappropriata clinica, mentre per quelli di tipo organizzativo la risposta tende a essere maggiormente neutrale (una funzione di valore/utilità lineare indica una diretta proporzionalità fra miglioramento dell'indicatore e contributo alla *Performance*).

Un'ulteriore evidenza degna di nota è la posizione molto più netta dei membri del *Panel* delle Regioni in sostanziale equilibrio nel ritenere inaccettabili i valori peggiori degli indicatori; i partecipanti provenienti dalle Regioni in Piano di Rientro assumono, di contro, un atteggiamento che possiamo dire "più tollerante" verso i risultati peggiori, associando un beneficio non nullo, ancorché modesto, anche a miglioramenti marginali da posizioni di partenza molto "scarse".

Analizzando la storia di queste ultime Regioni, questa "rassegnazione" verso il permanere di valori modesti (nel senso di modesta *Performance*), sembrerebbe spiegabile con una pragmatica convinzione che non si possano migliorare gli esiti se non gradualmente.

Per Esiti e Innovazione le funzioni appaiono tendenzialmente lineari (neutrali), anche se al "crescere" della severità del fenomeno considerato, si tende (e questo sembra razionale) a ritenere maggiormente inaccettabili i risultati peggiori degli indicatori: questo vale sia per gli esiti di mortalità, che per le innovazioni applicate a patologie severe (ad esempio epatite C).

Dove si colgono maggiori differenze è nella Dimensione Economico-Finanziaria.

In questo ambito si assiste ad una netta separazione di tipo "geografico": livelli di spesa alti sono sostanzialmente giustificati nelle Regioni in sostanziale equilibrio e in particolare dai rappresentanti delle istituzioni locali, mentre la riduzione della spesa è considerata foriera di miglioramenti di *performance* nelle Regioni in Piano di Rientro.

Ovviamente è facile spiegare in termini di struttura istituzionale il diverso approccio agli indicatori di spesa, sebbene questo sancisca di fatto l'ennesima "frattura" geografica nel SSN italiano.

In termini analoghi, va segnalato come la Categoria Utenti, ovviamente, consideri la quota di spesa privata come un indicatore di insufficiente *performance* dei sistemi sanitari pubblici, mentre all'interno di questi ultimi, i rappresentanti delle Istituzioni, e in generale coloro che contribuiscono all'erogazione pubblica, la ritengono una variabile fuori dal loro controllo.

Questa ambivalenza dell'indicatore spesa privata è stata oggetto di un approfondimento riportato nel seguito.

In termini di stabilità nel tempo delle funzioni di valore, si può osservare che per gli indicatori del Sociale, Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici e Quota di persone che rinuncia a curarsi, l'andamen-

to “qualitativo” delle funzioni rimane sostanzialmente stabile nel tempo (ovvero nelle varie annualità del progetto), sebbene sia possibile osservare in questa annualità un atteggiamento di maggiore tolleranza per i valori peggiori da parte delle Istituzioni e delle Professioni sanitarie.

Per l'indicatore Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite l'andamento si è mantenuto lineare per tutte le categorie, ad eccezione di Industria e Professioni sanitarie, per le quali, in questa annualità, si evidenzia un andamento sigmoideale della funzione; ritengono, infatti, alti livelli di spesa inaccettabili e ulteriori riduzioni della stessa oltre una certa soglia non migliorativi in termini di *Performance*.

Per l'indicatore Spesa sanitaria pubblica standardizzata pro-capite l'andamento si è mantenuto stabile per tutte le categorie ad eccezione di Utenti e Professioni sanitarie: i primi hanno “bocciato” i valori peggiori di spesa, i secondi oltre a ritenere poco accettabili tali livelli di spesa hanno valutato che valori inferiori ad una certa soglia non fossero ulteriormente migliorativi in termini di *Performance*.

Non risultano variare nel tempo le funzioni di valore relative al Tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie, al Tasso di ricorso al Pronto Soccorso e alla Speranza di vita libera da disabilità 75+, che continuano ad assumere un andamento pressoché lineare.

3.4 La composizione degli indicatori

Come premesso, una ulteriore assunzione della metodologia utilizzata è che una variazione del contributo alla *Performance* proveniente da un indicatore possa essere compensato da variazione (di segno evidentemente opposto) di altri indicatori: in altri termini, che si possa ottenere la stessa valutazione finale di *Performance*, con un diverso *mix* di risultati sulle singole Dimensioni di valutazione.

L'elicitazione dei “tassi marginali di sostituzione” fra gli indicatori, è stata operativamente realizzata mediante un *trade-off* (confronti a coppie) fra gli indicatori stessi, ricostruendo poi *ex post* il quadro d'insieme delle coerenze fra gli “scambi”.

I membri del *Panel* hanno svolto l'esercizio di *trade-off* “scambiando”, fino ad ottenere una condizione di indifferenza fra le alternative, miglioramenti di un indicatore con peggioramenti di un altro, ovvero indicando per coppie di indicatori, quanto uno contribuiscano più (o meno) dell'altro alla *Performance*.

Per semplificare l'operazione di ricostruzione delle coerenze implicite nelle risposte, si è imposta a priori l'espressione analitica della funzione di utilità multi-attributo, adottando in particolare quella moltiplicativa, che assume la forma:

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

Tale assunzione permette di ricostruire *ex post* il quadro delle coerenze, evitando così di dover effettuare tutti i (numerosi) confronti a coppie degli indicatori; il quadro delle preferenze (coerenti) viene, nello specifico, ricostruito dal *software Logical Decisions for groups*[®], a partire da un sottoinsieme di coppie di indicatori, casualmente determinate, e proposte al *Panel* per la valutazione.

Le coppie di indicatori sottoposte all'esercizio di "scambio", sono state:

- Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici vs Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
- Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata vs Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie
- Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie vs Prevalenza di disabilità
- Prevalenza di disabilità vs Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia
- Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia vs Quota di persone che rinuncia a curarsi
- Quota di persone che rinuncia a curarsi vs Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata vs Tasso ricorso al pronto soccorso
- Tasso ricorso al pronto soccorso vs Speranza di vita libera da disabilità (75+)
- Speranza di vita libera da disabilità (75+) vs Pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci
- Pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci vs Quota spesa sanitaria delle famiglie (*Out of Pocket*)
- Quota spesa sanitaria delle famiglie (*Out of Pocket*) vs Spesa sanitaria privata pro-capite
- Spesa sanitaria privata pro-capite vs Quota di pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni
- Quota di pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni vs Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili
- Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili vs Quota di pazienti con fibrillazione atriale e CHADS₂ ≥ 2 in trattamento con anticoagulanti orali

Anche in questa edizione si è confermato come l'importanza relativa attribuita ai singoli indicatori differisca fra essi e anche tra le diverse *Categorie* di *stakeholder*. Inoltre, in quest'annualità è stata analizzata anche la variabile del contesto in cui lo *stakeholder* opera (Regione in Piano di Rientro o meno), palesando una ulteriore differenza di composizione.

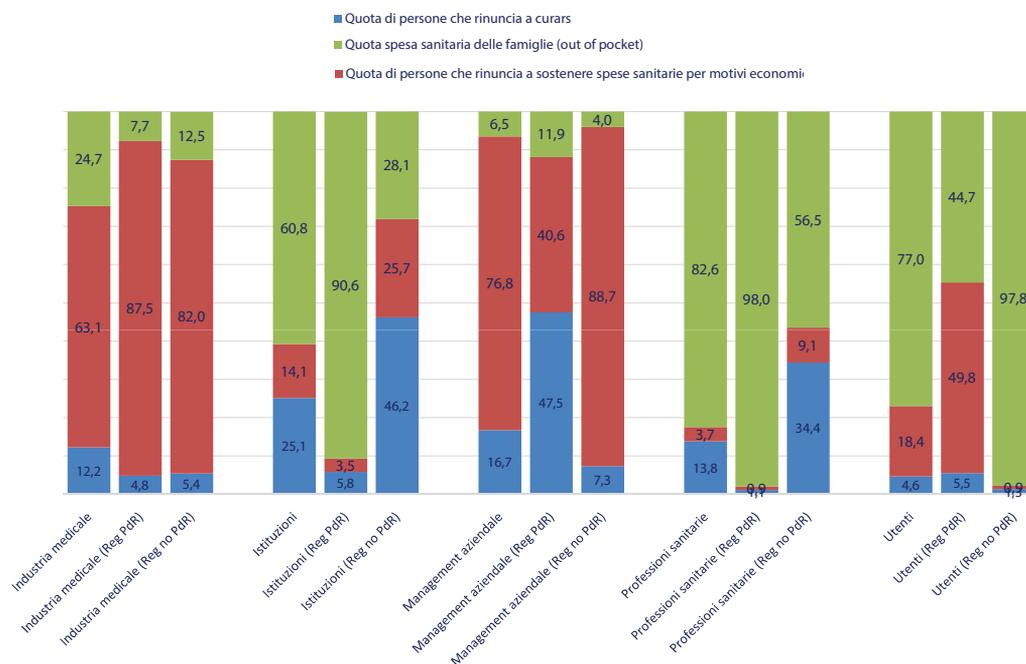
Di seguito si riassumono i pesi che le categorie, distinte per "gruppo" di Regioni di afferenza (in Piano di Rientro o meno), hanno attribuito ai singoli indicatori.

Per la Dimensione Sociale, gli appartenenti alle categorie Istituzioni, Professioni sanitarie e Utenti ritengono la Quota di spesa sanitaria (*Out of Pocket*) delle famiglie l'indicatore che contribuisce maggiormente alla *Performance*: 60,8%, 82,6% e 77,0% rispettivamente; per l'Industria e il *Management* aziendale è invece la Quota di persone che rinuncia a curarsi per motivi economici: 63,1% e 76,8%.

Considerando gli *stakeholder* afferenti alle Regioni in Piano di Rientro, il *Management* aziendale e gli Utenti ritengono maggiore il contributo rispettivamente della Quota di persone che rinuncia a curarsi e della Quota di persone che rinuncia a curarsi per motivi economici (47,5% e 49,8% rispettivamente).

Per i rappresentanti delle Istituzioni e delle Professioni sanitarie delle Regioni non in Piano di Rientro, è ancora maggiore il contributo della rinuncia alle cure per motivi economici (46,2% e 34,4% rispettivamente), mentre si riduce il peso attribuito alla Quota spesa sanitaria delle famiglie (*Out Of Pocket*) che raggiunge rispettivamente il 28,1% e 56,5%.

Figura 3.81
Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR
Sociale – Valore %



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

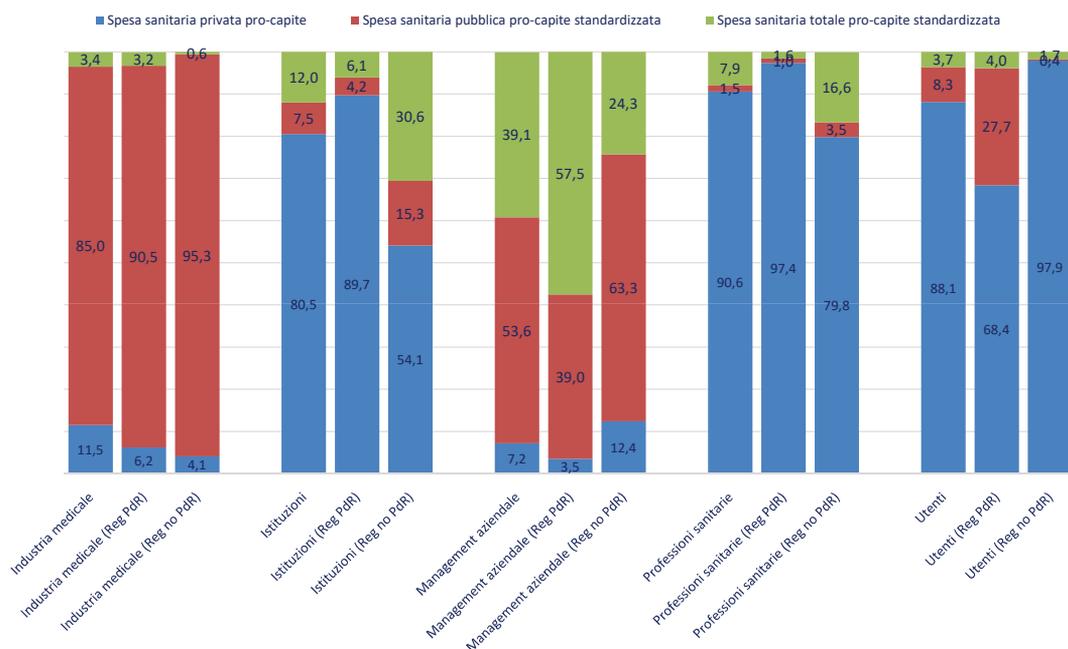
Per la Dimensione Economico-Finanziaria la spesa sanitaria privata pro-capite rappresenta l'indicatore che contribuisce maggiormente per le Istituzioni, le Professioni sanitarie e gli Utenti (80,5%, 90,6% e 88,1%); per Industria e *Management* aziendale è invece la spesa sanitaria pubblica pro-capite: 85,0% e 53,6% rispettivamente.

Degno di nota è come per le Istituzioni delle Regioni in sostanziale equilibrio aumenti il peso della spesa sanitaria totale pro-capite (30,6% vs 12,0% del contributo complessivo) a scapito di quella privata, che comunque contribuisce per il 54,1%. Il *Management* aziendale delle Regioni in Piano di Rientro ritiene che la spesa sanitaria totale pro-capite contribuisca per il 57,5% e quella pubblica per il 39,0% (quote invertite rispetto alla valutazione complessiva del *Panel*: 39,1% e 53,6% rispettivamente).

Gli Utenti di queste Regioni ritengono che la spesa sanitaria pubblica pro-capite contribuisca per più di un quarto (27,7%) alla *Performance* (a fronte di un 8,3% risultante dalla valutazione complessiva).

Per tutte le restanti categorie non si riscontrano significative differenze dovute al tipo di Regione di appartenenza.

Figura 3.82
Contributo degli indicatori alla *Performance* dei SSR
Economico - Finanziario
Valore %



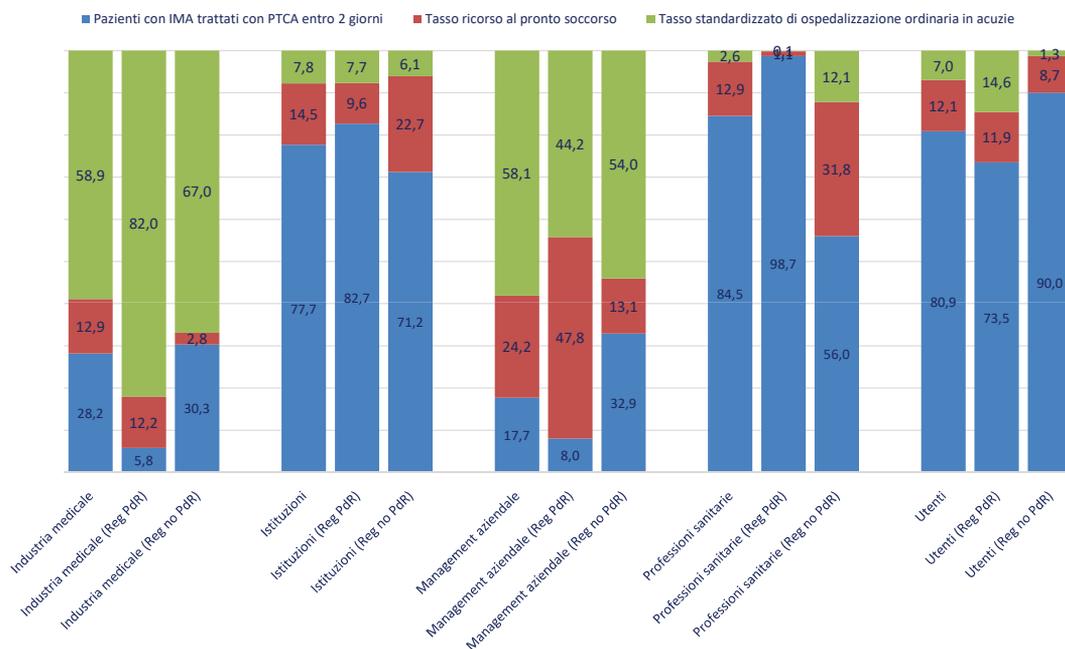
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Relativamente alla Dimensione Appropriatezza, tutte le categorie, tranne l'Industria e il *Management* aziendale, ritengono che il trattamento appropriato dell'infarto miocardico acuti (77,7% per le Istituzioni, 84,5% per le Professioni sanitarie e 80,9% per gli Utenti) sia l'indicatore che contribuisce maggiormente alla *Performance*, seguito dal Tasso di ricorso al Pronto Soccorso per codici bianchi e verdi (14,5% per le Istituzioni, 12,9% per le Professioni sanitarie e 12,1% per gli Utenti). Per

Industria e *Management* aziendale è invece il Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie l'indicatore che contribuisce maggiormente: 67,0% e 54,0% rispettivamente.

Si noti come per le Istituzioni e le Professioni sanitarie delle Regioni in sostanziale equilibrio il contributo dell'indicatore Pazienti con IMA trattati con PTCA entro due giorni si riduce a favore del Tasso di ricorso al pronto soccorso per codici bianchi e verdi che pesa il 22,7% per la prima Categoria ed il 31,8% per la seconda. Inoltre si noti come per il *Management* aziendale delle Regioni in sostanziale equilibrio il contributo del Tasso di ricorso al Pronto soccorso si riduce al 13,8% ed aumenta, invece, quello relativo ai Pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni (32,9%). I componenti dell'Industria afferenti alle Regioni non in Piano di Rientro ritengono inferiore il contributo alla *Performance* del Tasso di ospedalizzazione, che comunque è pari al 67,0%, mentre reputano maggiore quello relativo ai Pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni.

Figura 3.83
Contributo degli indicatori alla *Performance* dei SSR
Appropriatezza – Valore %



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

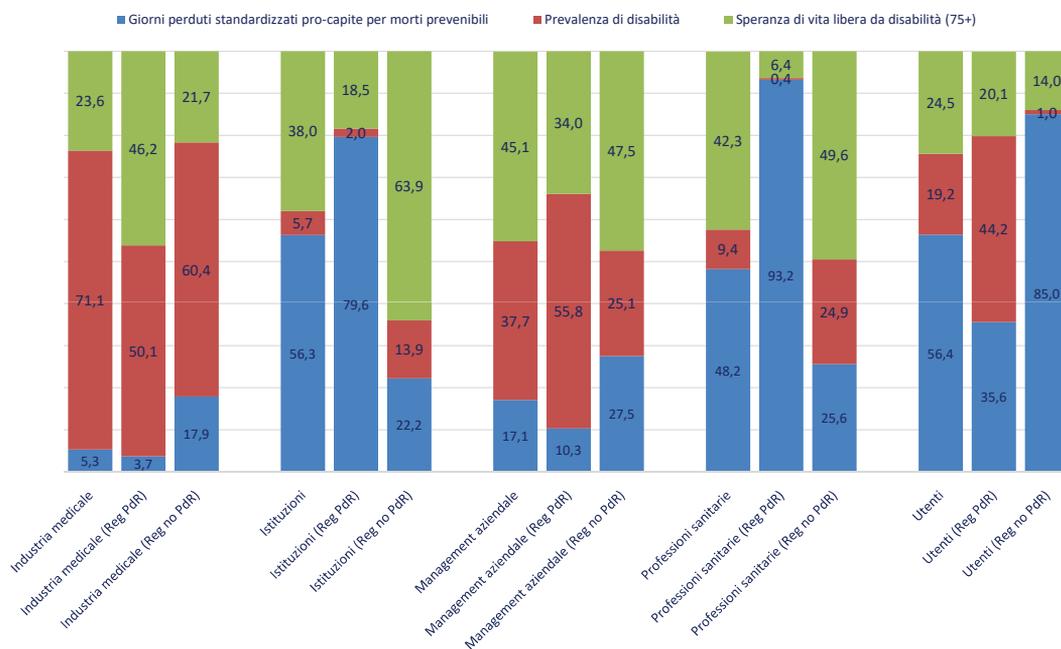
Una misura di *Performance* dei SSR

Per la Dimensione Esiti, l'indicatore relativo alla mortalità prevenibile contribuisce per oltre il 50% secondo le Istituzioni (56,3%), le Professioni sanitarie (48,2%) e gli Utenti (56,4%), seguito dalla Speranza di vita libera da disabilità 75+, che contribuisce per il 38,0% per la prima Categoria, per il 42,3% per la seconda e, infine, per il 24,5% per la terza. Per il *Management* aziendale e l'Industria è, invece, la Prevalenza di disabilità l'indicatore che contribuisce maggiormente alla *Performance* (45,7% e 68,8% rispettivamente), seguito poi dalla Speranza di vita libera da disabilità 75+ (38,2%) per il *Management* e dalla mortalità prevenibile (18,8%) per l'Industria.

Per le Istituzioni e i Professionisti sanitari delle Regioni in Piano di Rientro la mortalità prevenibile sembra contribuire maggiormente alla *Performance* rispetto a quelli delle Regioni in sostanziale equilibrio: 79,6% vs 22,2% per le Istituzioni e 93,2% vs 25,6% per i Professionisti sanitari.

Tutte le categorie (indipendentemente dalla Regione di appartenenza), ad eccezione dei rappresentanti delle Istituzioni delle Regioni in Piano di Rientro, hanno attribuito un peso maggiore alla "mortalità evitabile" e alla "prevalenza di disabilità". Le Istituzioni delle Regioni in Piano di Rientro hanno, invece, attribuito maggior importanza alla Speranza di vita libera da disabilità 75+ (63,9%).

Figura 3.84
Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR
Esiti – Valore %

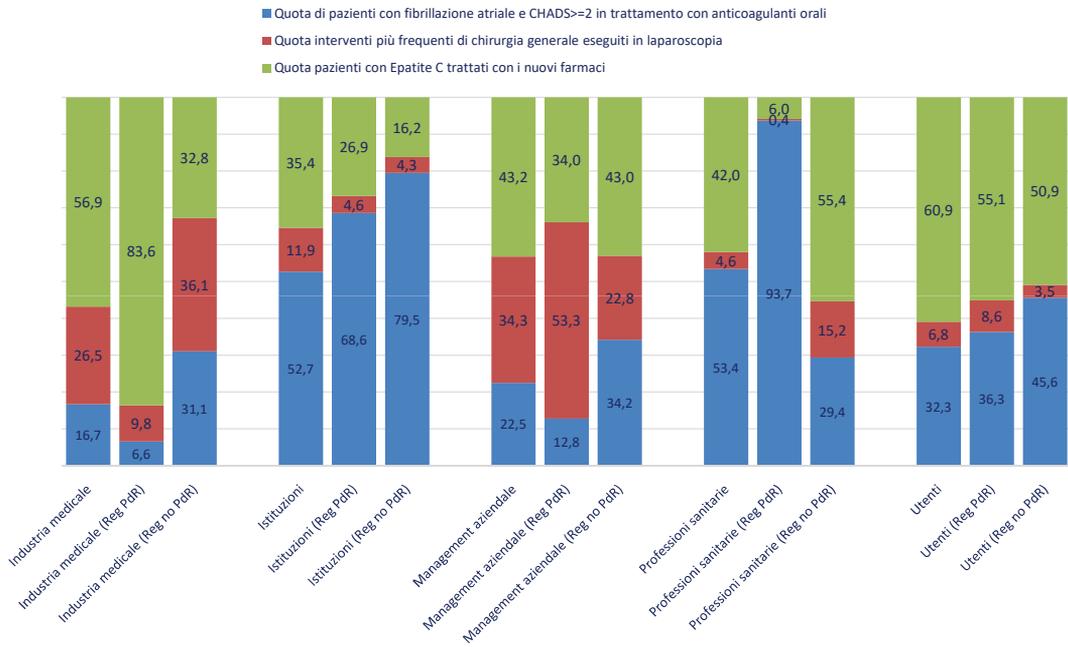


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Infine, per la Dimensione Innovazione, l'indicatore Quota di pazienti con HCV trattati con i nuovi farmaci è quello che contribuisce per oltre il 50% alla Performance per l'Industria e gli Utenti: 56,9% e 60,9% rispettivamente; per le Istituzioni e i Professionisti sanitari è, invece, la Quota di pazienti con fibrillazione atriale e CHADS_≥2 con il 52,7% e 53,4% rispettivamente. Il Management aziendale è l'unica Categoria che ritiene importante anche l'approccio laparoscopico nella misura della Performance (34,3%), pur restando la Quota di pazienti con HCV trattati con i nuovi farmaci l'indicatore che contribuisce in misura maggiore (43,2%). Tale contributo raggiunge il 53,3% considerando solo il Management afferente a Regioni in Piano di Rientro.

Il ricorso ai nuovi anticoagulanti orali sembra essere, invece, una priorità per le Istituzioni, indipendentemente dallo "stato" della Regione, e per i Professionisti sanitari operanti nelle Regioni in Piano di Rientro.

Figura 3.85
Contributo degli indicatori alla *Performance* dei SSR
Innovazione – Valore %



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Riflessioni sul contributo delle Dimensioni alla Performance

Analizzando il contributo alla *Performance*, aggregato per Dimensione, osserviamo che quelle Economico-Finanziaria ed Esiti contribuiscono maggiormente (21,2%), seguite dall'Appropriatezza (21,0%) e dal Sociale (20,3%); la Dimensione Innovazione, introdotta *ex novo* quest'anno, contribuisce meno delle altre fermandosi al 16,2%.

L'introduzione della Dimensione Innovazione non consente di effettuare un'analisi della dinamica dei pesi attribuiti dal *Panel* alle singole dimensioni di *Performance* rispetto alla precedente edizione.

Analizzando i risultati per Categoria, nel caso degli Utenti le Dimensioni Sociale ed Economico-Finanziaria contribuiscono per oltre il 50% alla misura della *Performance* del sistema sanitario (29,2% e 25,5% rispettivamente); seguono Appropriatezza, Innovazione ed Esiti con il 17,7%, il 15,3% ed il 12,4%.

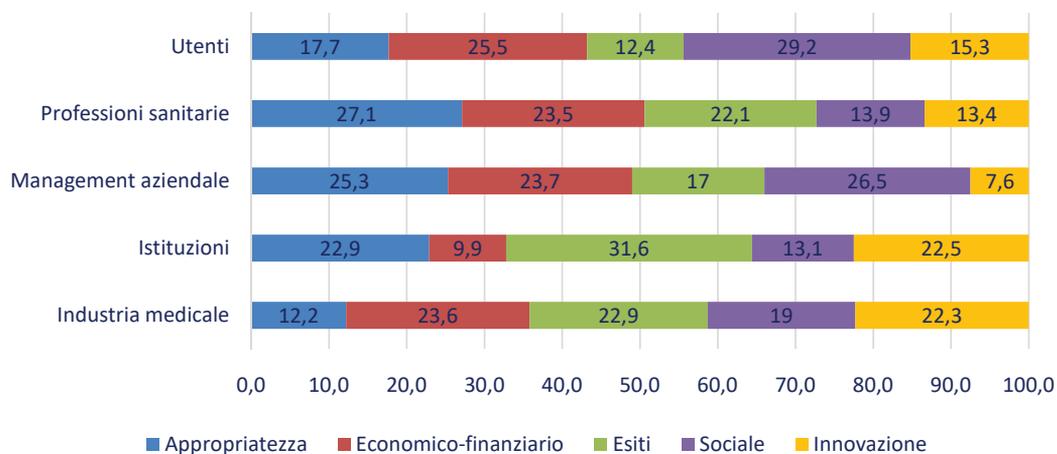
L'Appropriatezza contribuisce per quasi un terzo (26,5%) alla *Performance* nella prospettiva delle Professioni sanitarie, segue quella Economico-Finanziaria con il 23,5% e gli Esiti con il 22,1%. Modesti sono i contributi delle Dimensioni Innovazione e Sociale che contribuiscono rispettivamente per il 13,9% e 13,4%.

Il *Management* aziendale ritiene essere il Sociale la Dimensione che contribuisce maggiormente alla *Performance*, con il 28,8%, seguita dall'Appropriatezza con il 25,3% e dall'Economico-Finanziaria con il 23,7%; l'Innovazione è, invece, quella che contribuisce in minor misura (7,2%).

Gli appartenenti alla Categoria delle Istituzioni, ritengono che oltre il 75% del contributo alla *Performance* sia associato alle tre dimensioni: Esiti (31,6%), Appropriatezza (22,9%) ed Innovazione (22,5%); decisamente modesto è il contributo delle due dimensioni Economico-Finanziaria e Sociale: 9,9% e 13,1% rispettivamente.

L'Industria attribuisce un maggior peso alle dimensioni Economico-Finanziaria (23,6%) ed Esiti (22,9%), segue l'Innovazione con il 22,3%; Sociale ed Appropriatezza contribuiscono complessivamente per meno di un terzo alla *Performance*: 19,0% e 12,2% rispettivamente.

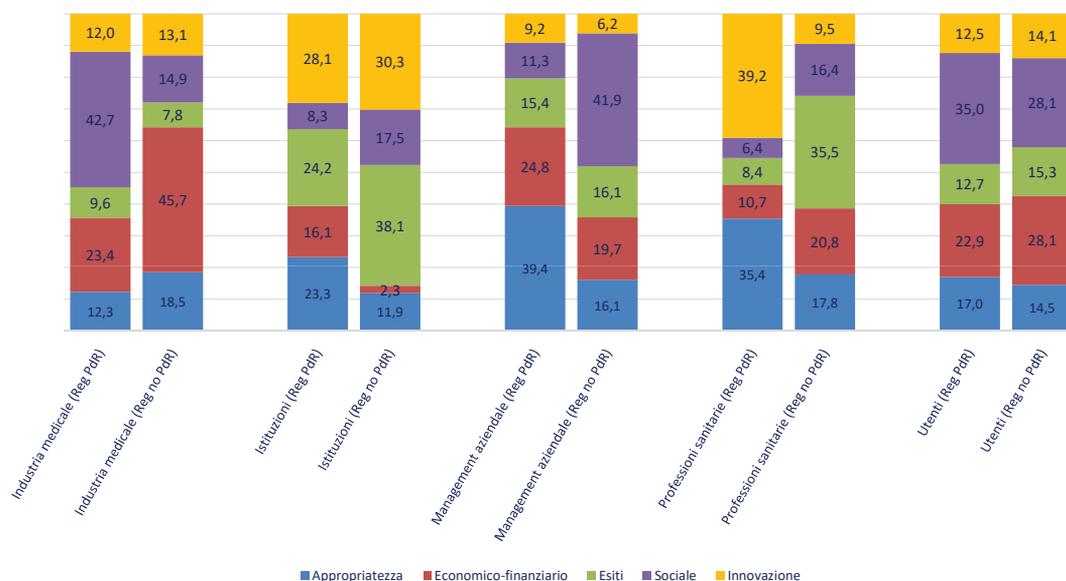
Figura 3.86
Contributo delle Dimensioni alla *Performance* dei SSR
Per Categoria – Valore %



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Analizzando i pesi distintamente per *stakeholder* afferenti o meno a Regioni in Piano di Rientro si riscontra come per l'Industria delle Regioni in Piano di Rientro sia maggiormente importante il contributo del Sociale (42,7%), seguito da quello dell'Economico-Finanziaria (23,4%); per Istituzioni e Professioni sanitarie afferenti a regioni in Piano di Rientro è maggiormente importante in contributo dell'Innovazione: 28,1% e 39,2% rispettivamente; per le medesime, afferenti però alle Regioni in Piano di Rientro, risulta essere Esiti la Dimensione che pesa maggiormente: 38,1% e 35,5% rispettivamente; per le Istituzioni anche l'Innovazione ha un peso importante (30,3%). Per il *Management* aziendale delle Regioni in sostanziale equilibrio è importante il contributo del Sociale (41,9%), così come anche per gli Utenti (35,0%) per Regioni in Piano di Rientro e 28,1% per le altre.

Figura 3.87
Contributo delle dimensioni alla Performance dei SSR
 Valore %



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Complessivamente si rileva come in questa annualità sia nuovamente aumentato il peso della Dimensione Economico-Finanziaria, sebbene sia possibile evidenziare alcuni elementi degni di nota.

Innanzitutto, per la prima volta, nelle varie edizioni del progetto, non entra il disavanzo nella Dimensione Economico-Finanziaria, essendo stati selezionati tre indicatori di spesa sanitaria strettamente legati fra loro: pubblica, privata e totale. Esce, quindi, un indicatore in larga misura considerabile di efficienza e rimangono tutti indicatori la cui valenza è da interpretare alla luce della quantità e qualità dei servizi erogati.

La complessità di interpretazione del contributo di questa Dimensione è resa evidente dal differente, e quasi opposto, approccio dei membri del Panel provenienti

dalle Regioni in Piano di Rientro o meno: nelle Regioni in sostanziale equilibrio, che per inciso notiamo sono in larga misura del Centro-Nord, ove la spesa complessivamente è maggiore, livelli di spesa più elevati sono di fatto accettabili (e quindi danno un contributo alla *Performance*), mentre in quelle in Piano di Rientro (che sempre per inciso notiamo sono in larga misura del Meridione dove la spesa è inferiore), l'ulteriore riduzione rimane il maggior fattore di contributo alla *Performance*.

Complessivamente diminuisce il peso della Dimensione Sociale, anche qui con una "spaccatura" geografica: rimane importante nelle Regioni in sostanziale equilibrio, mentre nel Meridione una quota di disagio viene "pragmaticamente" considerata ineliminabile, almeno nel breve periodo.

La Dimensione Innovazione, introdotta in via sperimentale per la prima volta a partire da questa annualità, riscuote un "favore" relativo, ma riteniamo che sia in qualche modo sottostimato a causa degli indicatori elaborati, che non sono ancora stati acquisiti come perfettamente rappresentativi della Dimensione.

Notiamo ancora che si riequilibra il peso fra le dimensioni Appropriatezza e Esiti: il forte incremento dello scorso anno di questa ultima Dimensione possiamo immaginare fosse legato alla recente introduzione del PNE (Programma Nazionale Esiti). L'Appropriatezza risale quindi come contributo fornito alla *Performance*, ed è ritenuta un elemento essenziale, in verità più nelle Regioni in sostanziale equilibrio che in quelle in Piano di rientro.

In ultimo va segnalato come il contributo di Appropriatezza ed Esiti sia frutto di una media della differente struttura dei pesi attribuiti agli indicatori (per entrambe le Dimensioni) che si riferiscono a esiti di patologie severe o appropriatezza clinica (dove valori peggiori vengono ritenuti inaccettabili e quindi non produttivi di benefici in termini di *Performance*) e quelli attribuiti a esiti di patologie meno severe e appropriatezza organizzativa (per cui si registra una maggiore tolleranza verso i risultati peggiori).

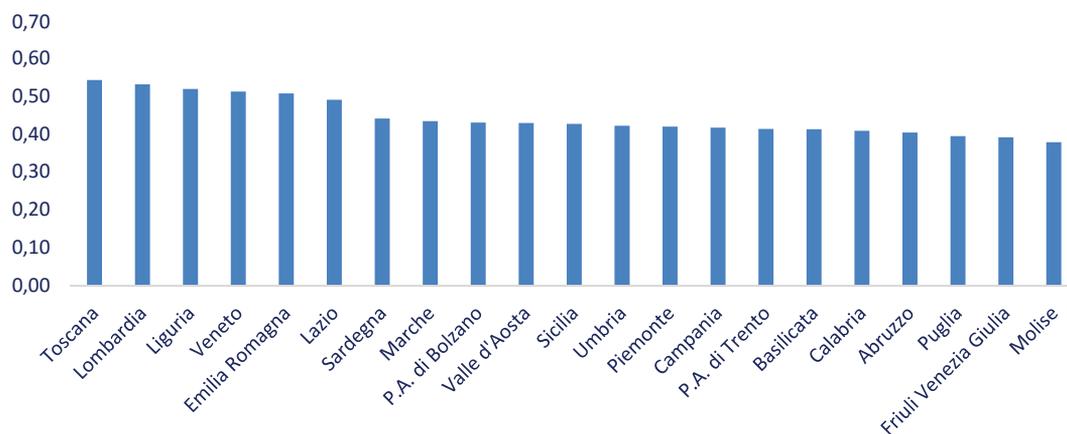
3.5 La Performance dei SSR

L'indice complessivo di *Performance* oscilla da un massimo di 0,54 ad un minimo di 0,38 (ricordiamo che il valore massimo è 1 e il minimo 0): il risultato migliore è ottenuto dalla Toscana ed il peggiore dalla Regione Molise.

Il *range* tutto sommato ridotto nel quale si muove l'indice unico di *Performance*, come già riscontrato nella precedente edizione, è in buona misura derivante dalla possibilità data al *Panel* di attribuire il massimo e il minimo della *Performance* a valori degli indicatori maggiori o minori di quelli effettivamente rilevati a livello nazionale e da un atteggiamento particolarmente "esigente" riscontrato nella Categoria Utenti, che ritengono i valori peggiori della maggior parte degli indicatori inaccettabili.

Anche per questa edizione si riscontra, di conseguenza, un atteggiamento "prudente" da parte dei componenti del *Panel* nella valutazione delle *Performance* attuali che porta a identificare il risultato migliore nell'ordine del 54% della *Performance* "ideale".

Figura 3.88
Performance dei SSR



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Si possono distinguere tre gruppi di Regioni in base ai livelli di *Performance*; in dettaglio, a 5 SSR (che convenzionalmente definiamo come l'area "dell'eccellenza") è associato una misura di *Performance* sensibilmente superiore al 50%, con modeste variazioni intra gruppo (Toscana, Lombardia, Liguria, Veneto ed Emilia Romagna); seguono altre 11 Regioni (Lazio, Sardegna, Marche, P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta, Sicilia, Umbria, Piemonte, Campania, P.A. di Trento e Basilicata) con livello abbastanza omogeneo e prestazioni intorno al 45% (nel *range* 41-49%).

Per le ultime 5 Regioni, che convenzionalmente appartengono all'area "critica", (Calabria, Abruzzo, Puglia, Friuli Venezia Giulia e Molise), si registrano valori che scendono progressivamente fino ad arrivare allo 0,38 dell'ultima.

Le valutazioni delle *Performance* dei SSR sono differenti a seconda della prospettiva di cui sono portatori i differenti *stakeholder*, come postulato nella metodologia utilizzata.

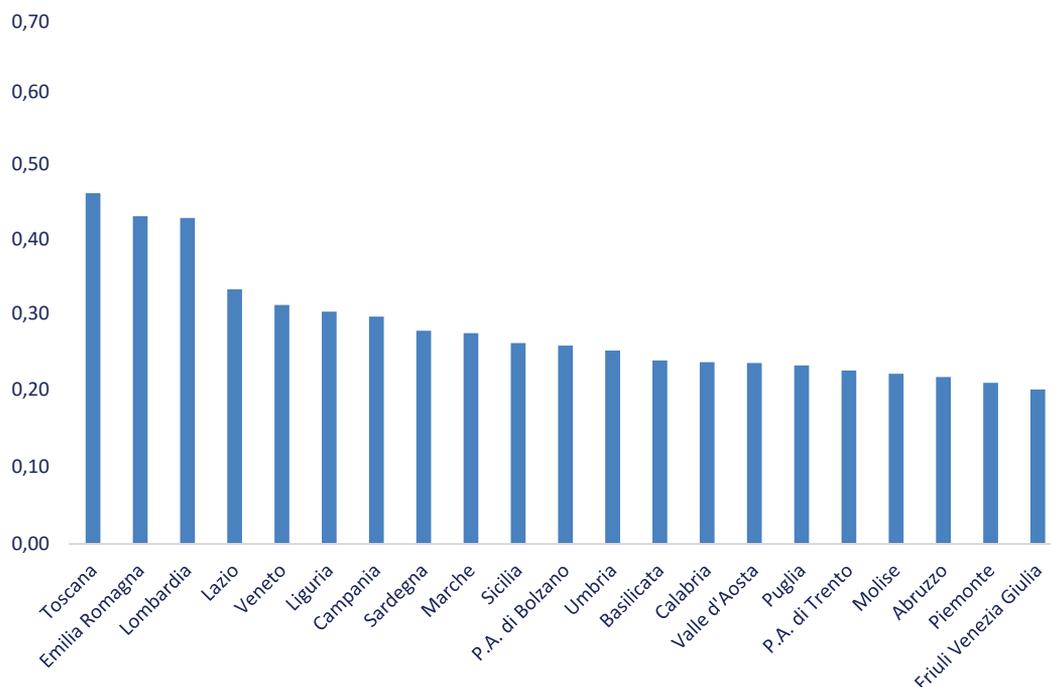
Inoltre, un approfondimento di analisi ci porta a evidenziare che esiste anche una differenza legata al contesto in cui operano gli *stakeholder*, nella fattispecie ricondotto alle aree delle Regioni in Piano di Rientro ovvero di quelle in sostanziale equilibrio.

Iniziamo con il considerare le valutazioni per Categoria di *stakeholder* e, a seguire per "area di appartenenza".

Categoria Utenti

Per la Categoria Utenti, la Toscana continua a mantenere la prima posizione, seguita da Emilia Romagna e Lombardia con una *Performance* rispettivamente pari a 0,40 e 0,39: come precedentemente accennato, gli Utenti si sono dimostrati molto "esigenti" in termini di valore attribuito agli indicatori, ritenendo che le determinazioni sotto la media contribuiscono poco o nulla alla *Performance*; Abruzzo, Piemonte e Friuli Venezia Giulia occupano, invece, le ultime tre posizioni con un indice di *Performance* inferiore a 0,20.

Figura 3.89
Performance dei SSR
Categoria Utenti



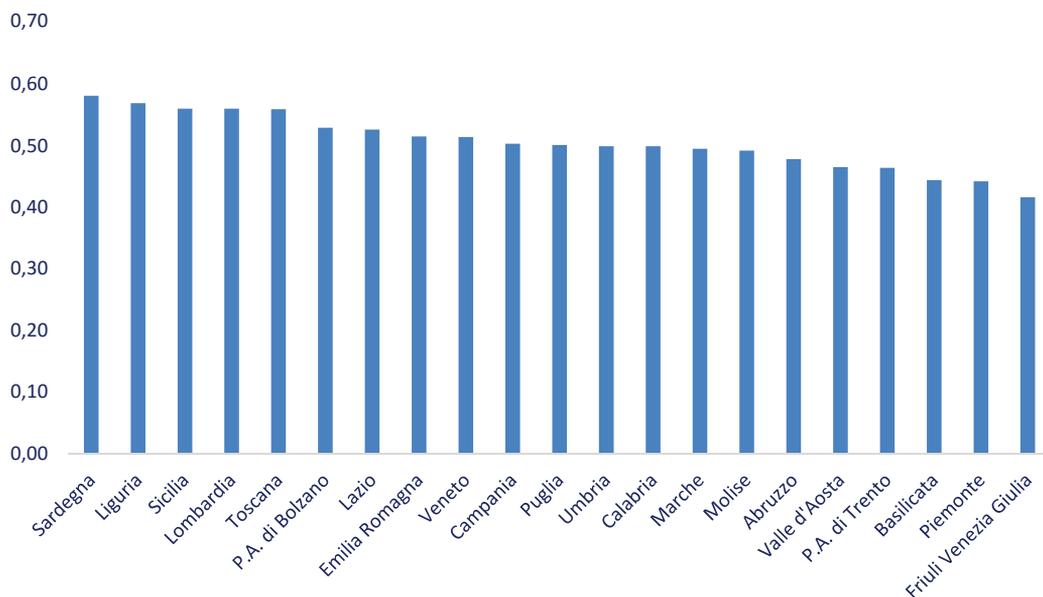
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla classifica generale, per gli Utenti la Lombardia ed il Veneto recuperano una posizione diventando secondi e quarti, la Liguria ne recupera tre raggiungendo il terzo posto; all'estremo opposto abbiamo il Friuli Venezia Giulia che perde una posizione occupando l'ultimo posto ed il Molise, invece, diventa quart'ultimo recuperandone tre, ma restando comunque nell'area "critica".

Categoria Professioni sanitarie

La Categoria Professioni sanitarie valuta la *Performance* migliore di quanto sia nella media degli *stakeholder*: il punteggio varia fra lo 0,58 della Sardegna e lo 0,42 del Friuli Venezia Giulia; Sardegna, Liguria, Sicilia, Lombardia e Toscana, con un livello di *Performance* compreso tra 0,58 e 0,56 occupano le prime cinque posizioni; Basilicata, Piemonte e Friuli occupano, invece, le ultime tre con un indice di *Performance* comunque non basso, compreso tra 0,44 e 0,42.

Figura 3.90
Performance dei SSR
Categoria Professioni sanitarie



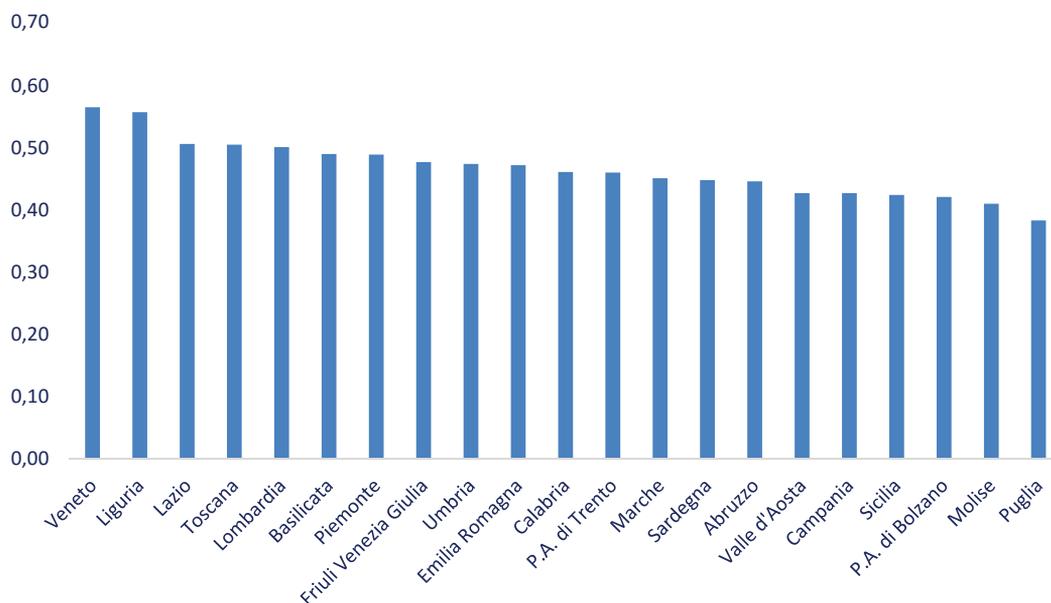
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla classifica generale, la Liguria recupera una posizione diventando seconda, la Sardegna e la Sicilia ne recuperano cinque, diventando rispettivamente prima e terza; Piemonte e Friuli Venezia Giulia conservano le ultime due posizioni, mentre la Basilicata ne perde tre diventando terz'ultima; il miglioramento della Puglia, per questa prospettiva, è importante: recupera otto posizioni e raggiunge la zona centrale della classifica.

Categoria Management aziendale

Per la Categoria *Management* aziendale la misura di *Performance* varia dallo 0,57 del Veneto allo 0,38 del SSR pugliese. Veneto, Liguria, Lazio e Toscana occupano le prime quattro posizioni con una *Performance* compresa tra 0,57 e 0,51; all'estremo opposto troviamo Sicilia, P.A. di Bolzano, Molise e Puglia che occupano le ultime quattro posizioni con un valore di *Performance* compreso tra 0,42 e 0,38.

Figura 3.91
Performance dei SSR
Categoria Management aziendale



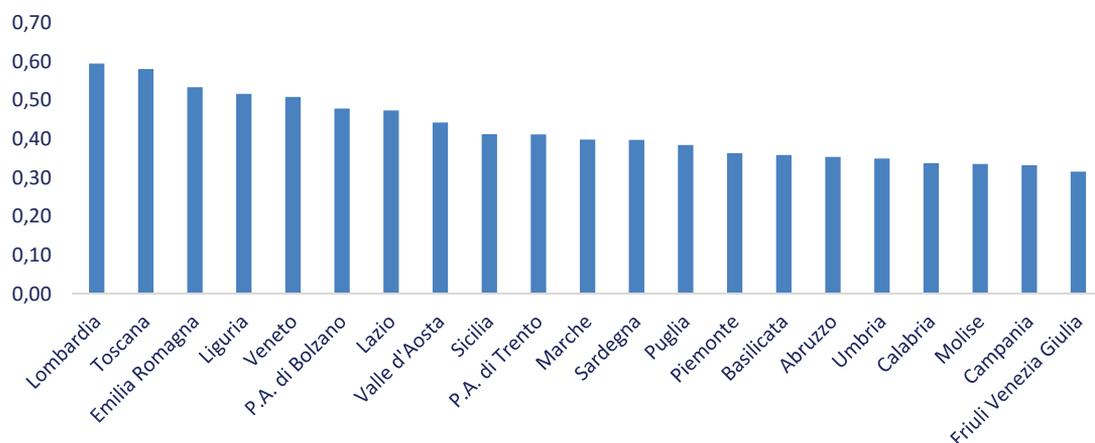
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

In questa prospettiva Toscana e Veneto si scambiano le posizioni diventando rispettivamente quarta e prima; la Lombardia ne perde tre diventando quinta; all'estremo posto abbiamo la Puglia che perde due posizioni diventando ultima; anche la Campania ne perde due. La P.A. di Trento in questa prospettiva recupera tre posizioni posizionandosi al centro della classifica. Degno di nota è la situazione del Friuli Venezia Giulia che in questa prospettiva recupera ben 12 posizioni raggiungendo l'ottavo posto.

Categoria Istituzioni

Per la Categoria delle Istituzioni, la misura di *Performance* varia dallo 0,59 della Lombardia allo 0,32 del SSR del Friuli Venezia Giulia. La Toscana segue la Lombardia con un livello di *Performance* pressoché simile (0,58). Nelle ultime posizioni troviamo Abruzzo, Umbria, Calabria, Molise, Campania e Friuli Venezia Giulia che presentano un livello di *Performance* compreso tra 0,35 e 0,32.

Figura 3.92
Performance dei SSR
Categoria Istituzioni



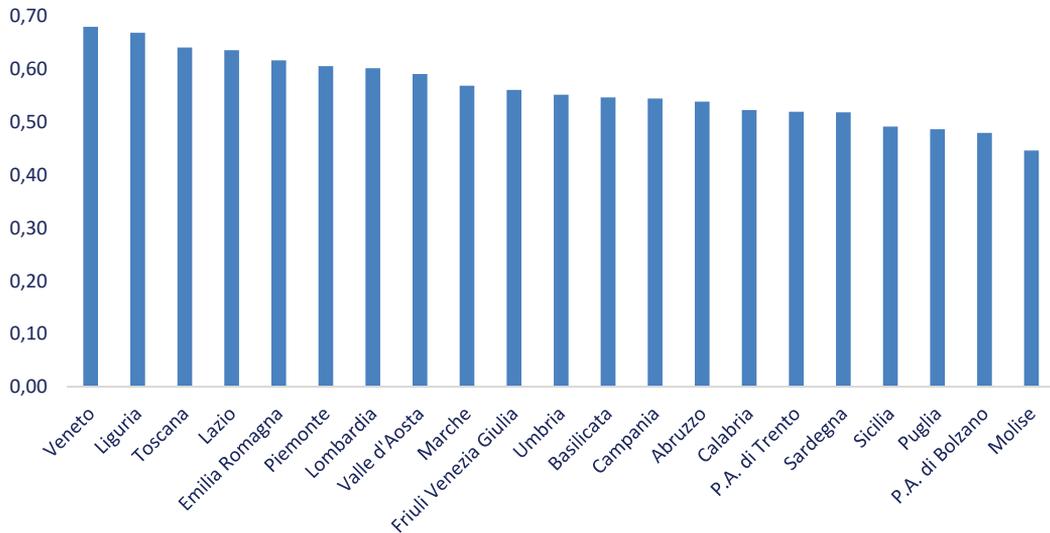
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Come nella classifica generale, Lombardia, Toscana, Emilia Romagna, Liguria e Veneto conservano le prime cinque posizioni, pur se con qualche variazione di *ranking*; seguono P.A. di Bolzano e Lazio con un livello di *Performance* simile: 0,48 e 0,47 rispettivamente. In questa prospettiva la Campania perde ben sei posizioni diventando quart'ultima.

Categoria Industria medicale

Per la Categoria Industria medicale, la misura di *Performance* varia dallo 0,68 del Veneto, allo 0,45 del SSR molisano. Sette SSR hanno un valore di *Performance* superiore a 0,60: Veneto, Liguria, Toscana, Lazio, Emilia Romagna, Piemonte e Lombardia; quattro, nello specifico Sicilia, Puglia, P.A. di Bolzano e Molise, hanno una *Performance* inferiore allo 0,50.

Figura 3.93
Performance dei SSR
Categoria Industria medicale



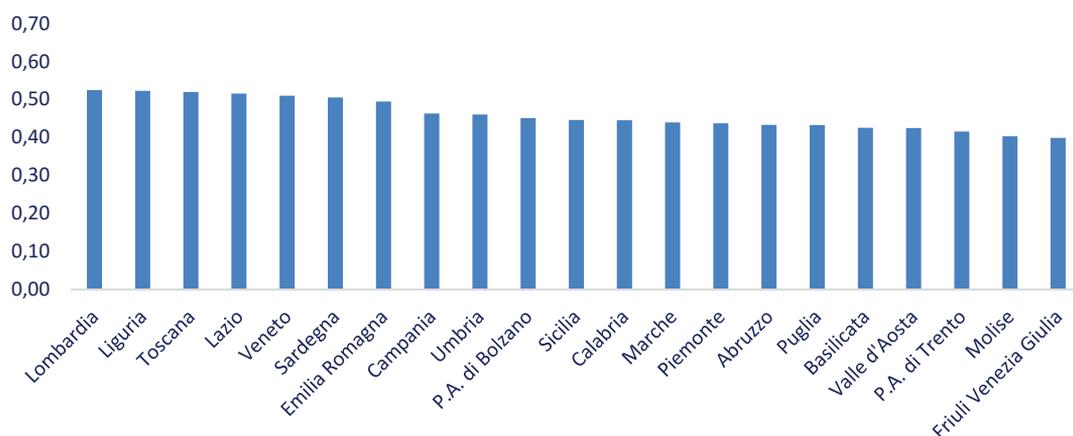
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

La perdita di posizioni associate a Sardegna, Sicilia e P.A. di Bolzano sono importanti; quest'ultima diventa penultima perdendo ben undici posizioni; migliorano in maniera importante la loro posizione Friuli Venezia Giulia e Piemonte; restano, invece, invariate le posizioni di Emilia Romagna, Puglia e Molise.

Membri del Panel appartenenti alle Regioni in Piano di Rientro

Come evidenziato nelle sezioni precedenti del *report* si riscontra una differenza di preferenze non solo per tipologia di *stakeholder* ma anche per il contesto in cui questi operano, ovvero se in Regioni in Piano di Rientro o in sostanziale equilibrio.

Figura 3.94
Performance dei SSR secondo gli stakeholder delle Regioni in Piano di Rientro



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Secondo i membri del *Panel* appartenenti alle Regioni in Piano di Rientro, a sei SSR, Lombardia, Liguria, Toscana, Lazio, Veneto e Sardegna, è associata una *Performance* superiore a 0,50; a due, Molise e Friuli Venezia Giulia, è associata la *Performance* peggiore, che comunque è pari a 0,40.

Lombardia, Liguria, Toscana e Lazio, con un livello pari a 0,52 risultano essere le Regioni più performanti; all'estremo opposto troviamo, dopo Molise e Friuli, Valle d'Aosta e P.A. di Trento con lo stesso livello di *Performance* (0,42), preceduti da Abruzzo e Puglia con 0,43.

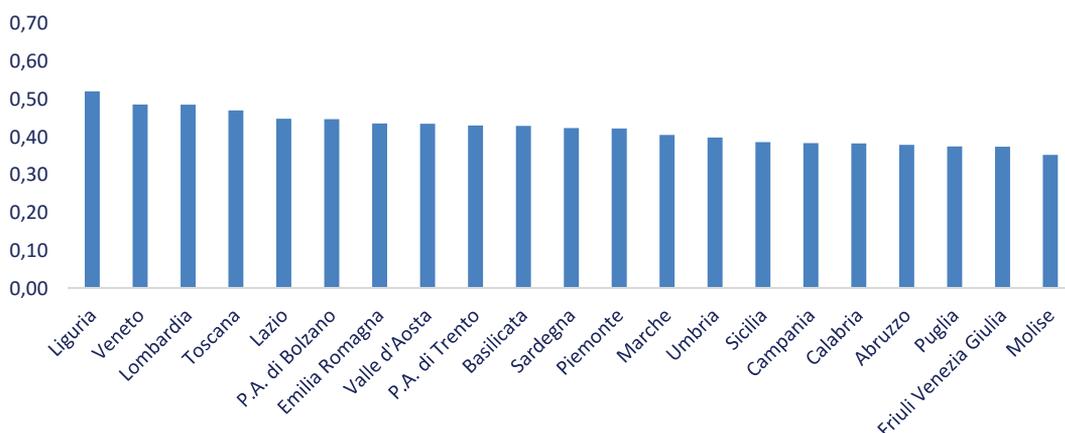
È doveroso notare come le Regioni meridionali, con questo *set* di preferenze, abbandonino le posizioni di coda (tranne il Molise).

Membri del *Panel* delle Regioni in sostanziale equilibrio

Secondo i membri del *Panel* appartenenti alle Regioni in sostanziale equilibrio, il SSR ligure risulta essere il più performante, con un livello di *Performance* pari a 0,52; seguono sette SSR, Veneto, Lombardia, Toscana, Lazio, P.A. di Bolzano, Emilia Romagna e Valle d'Aosta, ai quali è associata una *Performance* compresa tra 0,44

e 0,49; tutte le Regioni del Sud, ad eccezione della Basilicata, si trovano nella parte più bassa della classifica ed hanno livelli di *Performance* più bassi: compresi tra 0,35 (Molise) e 0,39 (Sicilia).

Figura 3.95
Performance dei SSR secondo gli stakeholder delle Regioni in sostanziale equilibrio



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Riflessioni sui *ranking* di *Performance*

I risultati della V edizione del progetto confermano che il *ranking* dei SSR varia a seconda della prospettiva adottata, e quindi che la *Performance* assume una Dimensione soggettiva, funzione della prospettiva di cui i valutatori sono portatori.

L'elemento nuovo di questa edizione è la fortissima sensibilità dei *ranking* alle prospettive adottate: la "classifica" generale va evidentemente letta come media di valutazioni per niente sovrapponibili.

Questa evidenza sottolinea l'importanza di adottare un meccanismo democratico di composizione delle prospettive/valutazioni, che è, peraltro, elemento qualificante della metodologia adottata, ma allo stesso tempo impone di non sottrarsi ad una analisi approfondita delle ragioni della sensibilità dei risultati alla prospettiva.

Da questo punto di vista, l'analisi condotta *ad hoc* fa giungere alla conclusione che il risultato dipende, essenzialmente, dall'aumento dei componenti che fan parte del *Panel* e che hanno applicato la metodologia, e al suo "riequilibrio territoriale".

Nello specifico, notiamo come l'esercizio di elicitazione delle preferenze quest'anno sia stato svolto da componenti del *Panel* provenienti da ben 15 Regioni (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, P.A. Trento, Piemonte, Puglia, Sicilia, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto).

In relazione al riequilibrio "geografico" della provenienza dei membri del *Panel*, ovvero all'incremento di quelli appartenenti a Regioni in Piano di Rientro, si nota come si siano generati due distinti gruppi di valutazioni sul contributo alla *Performance* fornito da alcuni indicatori: in particolare, avviene per quelli di spesa, dove le valutazioni appaiono in qualche modo "opposte" fra partecipanti provenienti da Regioni in Piano di Rientro e Regioni in sostanziale equilibrio finanziario.

Nelle edizioni precedenti del progetto, per la Dimensione Economico-Finanziario abbiamo osservato una progressiva perdita della importanza; quest'anno, invece, riacquista importanza, ma con funzioni valore di segno quasi "opposto" a seconda della provenienza dei partecipanti.

Il risultato "numerico" è evidente: nella classifica generale, che "media" le posizioni, si possono ancora distinguere tre gruppi di Regioni in base ai livelli di *Performance*: a 5 SSR (convenzionalmente individuati come l'area "dell'eccellenza") è associato una misura di *Performance* sensibilmente superiore al 51%, con modeste variazioni intra gruppo; fanno parte di questo gruppo 5 Regioni (Toscana, Lombardia, Liguria, Veneto ed Emilia Romagna) che mantengono da anni questo "primato", al più invertendosi nelle posizioni "di testa"; seguono altre 11 Regioni (Lazio, Sardegna, Marche, P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta, Sicilia, Umbria, Piemonte, Campania, P.A. di Trento e Basilicata) con livello abbastanza omogeneo e prestazioni intorno al 45% (nel *range* 41-49%). Per le ultime 5 Regioni, convenzionalmente appartenenti all'area "critica", (Calabria, Abruzzo, Puglia, Friuli Venezia Giulia e Molise) si registrano valori che scendono progressivamente fino allo 0,38, e qui troviamo *new entry* quali il Friuli Venezia Giulia e il Molise, fortemente penalizzate da alcuni indicatori. In particolare, per l'indicatore di appropriatezza in termini di Pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni, per i due sulle rinunce, per quello relativo ai Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili (Esiti) e per i due dell'Innovazione: ricorso ai nuovi anticoagulanti orali e all'approccio laparoscopico; il Molise è invece penalizzato sull'indicatore di spesa sanitaria pubblica, sui Pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni, sul Tasso di ospedalizzazione ordinario in acuzie, sulla Quota interventi più

frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia, sulla Quota pazienti con Epatiche C trattati con i nuovi farmaci e parzialmente anche sui due relativi alla disabilità.

Come detto questo esito “media” fra la classifica degli *stakeholder* afferenti alle Regioni in Piano di Rientro, che “premia” i SSR con una spesa sanitaria pro-capite più bassa, e viceversa quella degli *stakeholder* che operano nelle altre Regioni, che tendono a non considerare una spesa sanitaria elevata come fattore dirimente della *Performance*.

Nel primo caso l’effetto è la risalita del Meridione nel *ranking* e, un arretramento delle Regioni a più alta spesa come le Province Autonome, la Valle d’Aosta e il Molise.

Di contro, considerando le valutazioni degli *stakeholder* afferenti alle Regioni in sostanziale equilibrio, largamente maggioritari nella precedente edizione, si evidenziano livelli di *Performance* peggiori alle Regioni del Sud e molto simili a quelli dello scorso anno, nonostante siano stati solo sette gli indicatori confermati e sia stata introdotta una nuova Dimensione di valutazione (Innovazione). Con questo set di preferenze, il SSR ligure risulterebbe essere il più performante, con un livello di *Performance* pari a 0,52; seguono sette SSR, Veneto, Lombardia, Toscana, Lazio, P.A. di Bolzano, Emilia Romagna e Valle d’Aosta ai quali è associata una *Performance* compresa tra 0,44 e 0,49; tutte le Regioni del Sud, ad eccezione della Basilicata, si trovano nella parte più bassa della classifica ed hanno livelli di *Performance* più bassi: compresi tra 0,35 (Molise) e 0,39 (Sicilia).

Tabella 3.3
Variazione ranking Categorie vs ranking generale

SSR\Categoria	Industria medicale	Istituzioni	Management aziendale	Professioni sanitarie	Utenti
Piemonte	++++	-	++++	----	----
Valle d'Aosta	++	++	----	----	---
Lombardia	---	+	---	--	-
P.A. di Bolzano	----	++	----	++	--
P.A. di Trento	-	+++	++	--	---
Veneto	++	-	++	---	-
Friuli Venezia Giulia	++++	-	++++	=	-
Liguria	+	-	+	+	--
Emilia Romagna	=	++	++	--	++
Toscana	--	-	--	---	=
Umbria	-	---	++	=	=
Marche	-	--	---	----	-
Lazio	++	-	++	-	++
Abruzzo	+++	++	++	++	-

	Industria medicale	Istituzioni	Management aziendale	Professioni sanitarie	Utenti
Molise	=	++	+	++++	++
Campania	+	----	--	+++	++++
Puglia	=	++++	--	++++	++
Basilicata	+++	+	++++	--	++
Calabria	++	-	++++	+++	++
Sicilia	----	++	----	++++	+
Sardegna	----	---	----	++++	-

=	Posizione invariata	-	Perde una posizione
+	Recupera una posizione	--	Perde da 2 a 3 posizioni
++	Recupera da 2 a 3 posizioni	---	Perde da 4 a 5 posizioni
+++	Recupera da 4 a 5 posizioni	----	Perde più di 6 posizioni
++++	Recupera più di 6 posizioni		

Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Complessivamente possiamo giungere alla conclusione che i SSR appartenenti all'area, convenzionalmente denominata, dell'eccellenza, ci restano per tutte le prospettive (a meno che in quelle delle Professioni sanitarie, che fanno avanzare in questa classe Sardegna e Sicilia).

Di contro i *ranking* della classe intermedia e critica, variano fortemente in funzione della prospettiva adottata e, in particolare, del "valore" attribuito al controllo della spesa.

4. Dinamica della *Performance*

Da questa edizione del progetto, si è voluto introdurre un ulteriore approccio alla valutazione della *Performance* dei SSR.

Il concetto di *Performance* può infatti essere declinato sia in termini di livello, ovvero fotografando i Sistemi in un determinato istante della loro storia, sia in termini di evoluzione, apprezzandone la dinamica, che può essere migliorativa come peggiorativa.

Appare evidente che le informazioni fornite sono diverse e non sovrapponibili: i livelli danno una indicazione sul servizio ricevuto, mentre la dinamica può essere maggiormente utile nel valutare l'efficacia e efficienza delle politiche sanitarie regionali in essere.

Per introdurre una valutazione della dinamica, si è rideterminato l'indice di *Performance* regionale applicando le funzioni di valore e i pesi determinati nell'attuale edizione, alle determinazioni degli indicatori relativi ad anni precedenti.

L'ultimo anno disponibile per molti indicatori è il 2015, e per confronto, è stato in generale usato il 2013.

Nello specifico l'elaborazione ha coinvolto 11 indicatori su 15: sono stati esclusi, poiché non disponibili per l'annualità indicata, i tre della Dimensione Innovazione e Giorni persi standardizzati pro-capite per morti prevenibili della Dimensione Esiti.

Nel biennio considerato si hanno miglioramenti da un minimo dello 0,4% della P.A. di Trento ad un massimo del 6,4% della Basilicata; e peggioramenti da un minimo del 0,1% del Lazio ad un massimo dell' 5,8% della Puglia.

Tabella 4.1
Variazione indice di Performance e ranking 2015/2013

SSR	Variazione Performance (%)	Variazione ranking
Basilicata	6,4	+++
Friuli Venezia Giulia	3,7	+
Umbria	3,2	+++
Abruzzo	3,1	=
Piemonte	2,6	+++
Liguria	0,6	=
P.A. di Trento	0,4	=
Lazio	-0,1	=
Veneto	-0,2	=
Emilia Romagna	-0,4	=
Marche	-0,6	++
Calabria	-1,5	--
Toscana	-1,6	=
Sicilia	-1,7	=
Lombardia	-1,9	=
Campania	-2,8	--
Valle d'Aosta	-2,9	-
Molise	-2,9	--
Sardegna	-3,3	=
P.A. di Bolzano	-5,5	-
Puglia	-5,8	----

= Posizione invariata
 + Recupera una posizione
 ++ Recupera da 2 a 3 posizioni
 +++ Recupera da 4 a 5 posizioni
 ++++ Recupera più di 6 posizioni

- Perde una posizione
 -- Perde da 2 a 3 posizioni
 --- Perde da 4 a 5 posizioni
 ---- Perde più di 6 posizioni

Complessivamente, nel periodo preso in analisi (2013-2015) il livello di *Performance* si è abbassato: in sette SSR è migliorato, per i restanti 14 è peggiorato.

Per entrare nello specifico, migliorano la *Performance* dei servizi sanitari di Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Abruzzo, Piemonte, Liguria e P.A. di Trento; in particolare, di queste Regioni, il Friuli Venezia Giulia, la Basilicata e l'Abruzzo hanno migliorato la loro posizione, pur continuando a occupare posizioni nella parte bassa della classifica; Umbria e P.A. di Trento sono migliorati restando comunque nella parte centrale della classifica; il Piemonte è migliorato abbandonando la parte bassa della classifica ed entrando in quella "intermedia"; il SSR Ligure ha comunque mantenuto la sua posizione nell'area di "eccellenza".

Di contro sono peggiorati Lazio, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Calabria, Toscana, Sicilia, Lombardia, Campania, Valle d'Aosta, Molise, Sardegna, P.A. di Bolzano e Puglia. In particolare il Lazio, pur avendo peggiorato la sua posizione, ha conservato il suo posto nella parte centrale della classifica; il Veneto e l'Emilia Romagna continuano a mantenere una posizione nell'area di "eccellenza"; Marche, Sicilia, Valle d'Aosta, Sardegna e P.A. di Bolzano continuano a mantenere la loro posizione nell'area intermedia; la Calabria e la Campania hanno invece quasi abbandonato l'area centrale posizionandosi al confine con quella "critica"; la Toscana e la Lombardia, pur avendo peggiorato le loro *Performance* conservano il loro primo e secondo posto rispettivamente; il Molise continua ad essere nell'area "critica" avendo però peggiorato la sua posizione; infine la Puglia peggiora la sua *Performance* abbandonando l'area intermedia ed approdando in quella "critica".

5. Contributi alla politica sanitaria

Il progetto “Una misura di *Performance* dei SSR” nasce con l’ambizione di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie, fornendo una lettura comparativa dei SSR che approfondisca due elementi essenziali negli esercizi di valutazione della *Performance*: la multi-dimensionalità degli obiettivi e la multi-prospettiva degli *stakeholder* del sistema.

L’adozione di una logica doppiamente multi-dimensionale implica l’utilizzo di “pesi” di composizione, che tengano conto del diverso peso che possono assumere gli obiettivi, anche in funzione delle citate diverse prospettive di cui gli *stakeholder* sono portatori.

In termini di *accountability*, la trasparenza sui “pesi” e sul loro processo di determinazione, diventa fattore fondamentale.

Per rispondere a tutto ciò, il team di ricerca di C.R.E.A. Sanità - Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) ha sviluppato un approccio metodologico basato sulla elicitazione delle preferenze di esperti appartenenti a diversi gruppi di *stakeholder*.

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
- sull’eventuale possibilità di “compensazione” fra indicatori, ovvero sulla possibilità che un migliore/peggiore risultato di un indicatore possa essere compensato, ai fini della *Performance* complessiva, da una variazione di segno inverso di un altro indicatore.

Le varie edizioni del Progetto di studio, per un verso, continuano a confermare le assunzioni operate in fase di impostazione, dall’altro hanno introdotto nuovi spunti di riflessione e analisi.

In tema di molteplicità degli obiettivi e di prospettive, assunzioni basali della metodologia, la conferma viene dall’evidenza costante nelle diverse edizioni di differenze significative nelle funzioni di valore/utilità degli indicatori, come anche di costanti di scambio fra gli stessi non unitarie.

Tutto questo si traduce e quantifica nel differente contributo che le diverse Dimensioni danno alla *Performance*, come anche nei diversi ranking prodotti dai diversi gruppi di *stakeholder*.

In corso d'opera, come già testimoniato nelle precedenti edizioni, è emerso un elemento aggiuntivo che riteniamo di grande valenza interpretativa: ci riferiamo alla dinamica dei pesi, che si è dimostrato cambiare di anno in anno, e in modo coerente con le modificazioni del dibattito di politica sanitaria in corso. Fa testo la riduzione della Dimensione Economico-Finanziaria in corrispondenza del risanamento finanziario dei SSR, come anche la crescita della componente Esiti parallelamente alla diffusione del Programma Nazionale Esiti (PNE).

In altri termini, il progetto ha permesso di evidenziare come di fatto la *Performance* non sia solo multi-dimensionale, ma sia anche un concetto dinamico, che evolve nel tempo.

La V edizione aggiunge un nuovo spunto di riflessione, legato al fatto che la “pressione” della politica sanitaria è evidentemente diversa nelle diverse aree del Paese.

Dai risultati di questa V edizione del progetto (anno 2017) si conferma che:

- Esistono differenze significative di valutazione che dipendono dalle prospettive dei diversi *stakeholder*.
- Il valore attribuito ai livelli degli indicatori non varia necessariamente in modo lineare, dimostrando una articolazione dei giudizi basata sul contenuto informativo dei singoli indicatori.
- I partecipanti considerano anche i risultati migliori già raggiunti, non ancora ottimali.
- Il contributo dei vari indicatori alla *Performance* è difforme, sebbene complessivamente quello delle Dimensioni sia quasi uguale.
- La *Performance* varia con le preferenze di cui i diversi *stakeholder* sono portatori e quest'anno è emersa anche una dipendenza dal contesto in cui questi operano (SSR in Piano di Rientro o in sostanziale equilibrio).

A riprova della naturale multi-dimensionalità degli obiettivi e della esistenza di prospettive non sovrapponibili, possiamo portare le costanti evidenze di differenze nelle funzioni di valore/utilità elicitate per gli indicatori e i differenti *ranking* prodotti dalle diverse categorie di *stakeholder*.

Si aggiunga, ancora, che l'importanza dei diversi “pesi” attribuita agli indicatori è resa evidente dal confronto con l'esercizio in cui si ipotizza una perfetta neutralità, ovvero che la *Performance* migliora proporzionalmente con il miglioramento dell'indicatore e che si attribuisce a tutti gli indicatori lo stesso “peso”: il *ranking* che se ne otterrebbe sarebbe diverso da quello effettivo, come si evince dalla tabella che segue:

Tabella 5.1
Variazione ranking generale vs ranking con
funzione valore lineare e pesi uguali

SSR	Variazione ranking
Piemonte	--
Valle d'Aosta	++++
Lombardia	++
P.A. di Bolzano	++++
P.A. di Trento	+
Veneto	-
Friuli Venezia Giulia	---
Liguria	-
Emilia Romagna	+
Toscana	=
Umbria	---
Marche	++++
Lazio	--
Abruzzo	---
Molise	--
Campania	++
Puglia	+
Basilicata	----
Calabria	----
Sicilia	+++
Sardegna	+

= Posizione invariata
 + Recupera una posizione
 ++ Recupera da 2 a 3 posizioni
 +++ Recupera da 4 a 5 posizioni
 ++++ Recupera più di 6 posizioni

- Perde una posizione
 -- Perde da 2 a 3 posizioni
 --- Perde da 4 a 5 posizioni
 ---- Perde più di 6 posizioni

Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

In corso d'opera è altresì emersa un'ulteriore caratteristica della *Performance* degna di nota: si evince infatti come le preferenze cambino nel tempo, esaltando la natura dinamica del concetto di *Performance*.

Dinamica, peraltro, non casuale, essendo legata all'evoluzione del dibattito e dei *focus* di politica sanitaria, a cui si possono ricondurre le variazioni delle preferenze.

Fa testo, in tal senso, come negli anni si sia ridotto il contributo della Dimensione Economico-Finanziaria, in corrispondenza del miglioramento della situazione finanziaria dei SSR; allo stesso modo è aumentato il "peso" della Dimensione Esiti, in corrispondenza dell'evoluzione del Piano Nazionale Esiti, sviluppato da Age.Na.S, e della sua diffusione nel SSN.

Giungiamo a tale conclusione analizzando come le preferenze appaiano significativamente diverse in funzione non solo dell'appartenenza alle diverse categorie di *stakeholder*, ma anche (all'interno delle categorie) dalla provenienza da Regioni in Piano di Rientro o da Regioni in sostanziale equilibrio.

Potremmo sintetizzare questa evidenza dicendo che il noto divario Nord-Sud del SSN italiano trova una sua nuova Dimensione nei criteri di misurazione della *Performance*.

Corollario di tale frattura Nord-Sud è una netta differenziazione che osserviamo sul giudizio dato agli indicatori di Spesa: per i partecipanti al *Panel* che provengono dalle Regioni in Piano di Rientro, una minore spesa è "sinonimo" di una *Performance* ottimale, mentre per quelli provenienti dalle Regioni in sostanziale equilibrio, la maggiore spesa non pregiudica a priori la *Performance*.

Appare degno di approfondita riflessione tanto l'attribuzione di un potere "salvifico" alle riduzioni di spesa nelle Regioni (tipicamente) meridionali, che pure hanno una spesa inferiore alla media, quanto la (implicita) dimostrazione di consapevolezza in chi dispone di più risorse, del fatto che tale disponibilità può tramutarsi in una maggiore *Performance* di sistema.

A fronte dello storico fallimento del SSN, anche nella sua ultima versione federalista, nel ridurre le differenze di spesa fra le Regioni, l'evidenza che emerge dalla V edizione del progetto *Performance* dei SSR, suggerisce l'urgenza di aprire un dibattito sul "segno" di tali differenze.

Prima di sintetizzare i principali risultati del progetto 2017, ci preme analizzare ancora un elemento strategico, che è quello della disponibilità di informazioni utili a costruire indicatori significativi di *Performance* e l'impatto che le carenze in alcuni settori generano sul processo di valutazione.

A tal fine, si è ritenuto opportuno rilevare le opinioni del *Panel* in merito alla rappresentatività del set di indicatori di partenza disponibili e di conseguenza di quelli

selezionati, evidenziandone eventuali criticità. In altri termini, si è voluto analizzare in che misura la selezione degli indicatori effettuata sia stata condizionata dalla concreta disponibilità di indicatori.

Osserviamo, in primo luogo, che la V edizione del progetto “*Una misura di Performance dei SSR*” ha visto l’introduzione di una nuova Dimensione di valutazione: l’Innovazione; contestualmente, ha anche visto un notevole ampliamento del set di indicatori utilizzati per la valutazione della *Performance*. Aumento che è stato effettuato seguendo il criterio (la cui importanza è esplicitata nella sezione metodologica) della esclusiva utilizzazione di indicatori per cui sia possibile la standardizzazione.

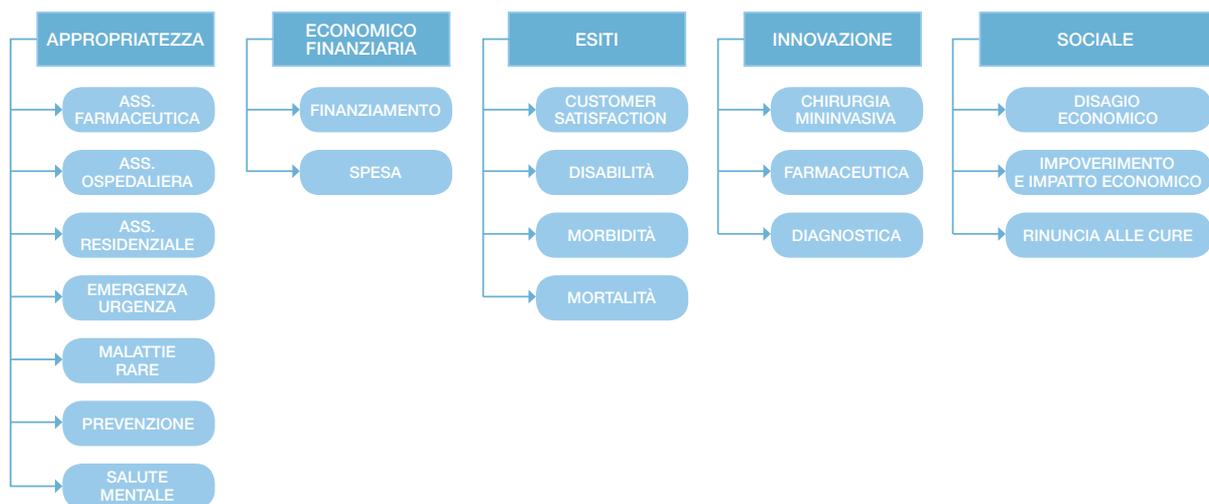
Analogamente alle precedenti edizioni, il *Panel* di esperti, avvalendosi di una piattaforma *web-based*, ha proceduto ad effettuare la prima selezione degli indicatori, a partire da 186 indicatori predisposti dal C.R.E.A. Sanità.

Ricordiamo che gli indicatori, oltre all’Innovazione, afferiscono alle quattro Dimensioni di valutazione: Sociale (equità), Economico-Finanziaria, Appropriatelyzza, Esiti.

I dati dei flussi informativi, ad oggi disponibili con livello di dettaglio regionale, consentono di produrre un importante numero di indicatori per le dimensioni Appropriatelyzza ed Esiti, anche se essi risultano prevalentemente focalizzati sull’attività ospedaliera; decisamente più limitata rimane la capacità di predisporre indicatori relativi alle Dimensioni Economico-Finanziaria, Innovazione e Sociale (Equità): in particolare modo considerando la difficoltà di standardizzazione in questi ambiti, che pure rimane necessaria per evitare distorsioni nella valutazione derivanti dai diversi contesti socio-demografici e organizzativi.

Di seguito si riporta la mappa del numero di indicatori, per Dimensione e “sotto-area”, individuati dal C.R.E.A. Sanità e messi a disposizione per la preselezione da parte dell’*Expert Panel*, con indicazione del numero di indicatori preselezionati.

Una misura di *Performance* dei SSR



Ricordiamo ancora che la metodologia su cui si fonda il progetto, prevede l'adozione di un numero contenuto di indicatori finali, equamente distribuito tra le cinque Dimensioni individuate: ciò si rende necessario al fine di evitare duplicazioni e sovrapposizioni nelle valutazioni.

Nella fase di preselezione, sono stati quindi scelti solo cinque indicatori per ogni Dimensione. Il criterio adottato per la scelta è stato quello di selezionare i cinque, in media, più votati, così da tenere conto della diversa numerosità nel Panel di rappresentanti delle varie categorie di *stakeholder*.

Durante la *Panel meeting* del 10 Maggio, sono stati costituiti 8 gruppi di lavoro (GdL), con una media di 10 componenti per ognuno, costituiti in modo da essere rappresentativi delle diverse categorie di *stakeholder*: 3 rappresentanti del *Management* aziendale, 4 delle Professioni sanitarie, 1 delle Istituzioni, 1 degli Utenti e 1 dell'Industria medica.

In ogni GdL ci si è confrontati su tre tematiche specifiche. In primo luogo, il confronto ha riguardato il livello di rappresentatività ed esaustività degli indicatori disponibili e l'effetto che ne deriva su quelli selezionati (*Item* n.1); quindi, si è affrontato il tema del livello di rappresentatività in tre aree specifiche: prevenzione, emergenza-urgenza e cronicità (*Item* n.2); infine, è stato effettuato un *focus* sugli indicatori di spesa sanitaria privata e sulle sue disaggregazioni, alla luce del fatto che si era raccolta una

certa differenza di interpretazione sul “segno” delle dinamiche registrate da tali indicatori negli ultimi anni (*Item n.3*).

Operativamente, ogni GdL ha operato attribuendo ad ogni *item* un livello di soddisfazione (alto, medio o basso) in relazione allo stato attuale di analisi/elaborazione, giustificandolo a seguire con l'individuazione dei principali punti di forza e debolezza. Ogni GdL ha individuato un portavoce che ha relazionato su quanto dibattuto, permettendo la condivisione dei risultati con tutto il *Panel*.

Le principali valutazioni emerse nei singoli gruppi di lavoro, con dettaglio per singola tematica di confronto, sono riportate in appendice.

In merito alla prima tematica relativa al livello di rappresentatività ed esaustività degli indicatori disponibili, la maggior parte dei gruppi (6 su 8) ha ritenuto mediamente soddisfacente il livello di rappresentatività degli indicatori, malgrado la limitata disponibilità in alcune aree, e quindi, della preselezione; solo due GdL hanno ritenuto insoddisfacente lo stato dell'arte.

È stato altresì evidenziato che mancano indicatori di Esito delle cure ospedaliere.

Analizzando il livello di “soddisfazione” per singola Dimensione di valutazione, si nota come gli indicatori per le Dimensioni Sociale ed Economico-Finanziaria, sono stati ritenuti quasi da tutti sufficientemente rappresentativi, sebbene rimangano alcune perplessità in merito alla qualità del dato di spesa sanitaria privata *Out of Pocket* (OOP) (in tale voce di spesa rientrano anche integratori, prodotti da banco, non necessariamente farmaci, etc., che quindi potrebbero portare ad un aumento di tale spesa ma magari per motivi di consumismo), che pure risulta fra gli indicatori selezionati; da più GdL è stata altresì manifestata l'esigenza di introdurre una stratificazione per età degli indicatori relativi alla Dimensione Sociale (utile la stratificazione anche per gli indicatori inerenti alla assistenza ospedaliera e alla valutazione della disabilità).

Per la Dimensione del Sociale è stato evidenziato il peso dell'immigrazione sui servizi sanitari, quando la domanda deve essere soddisfatta. È scaturito quindi il suggerimento di inserire indicatori che tengano conto delle disuguaglianze che si riflettono sul “Sociale”.

In merito alla Dimensione Appropriatazza è emersa una generale concordanza nel riscontrare una importante carenza informativa relativa all'assistenza territoriale e, in particolare, alle forme di assistenza alternative a quella ospedaliera.

Per superare la criticità, evidentemente derivante dall'assenza di flussi informativi ad *hoc*, è stato proposto l'inserimento di indicatori relativi all'assistenza domiciliare, con particolare attenzione per quella riguardante i pazienti cronici, e anche l'inserimento di indicatori che misurino l'integrazione ospedale-territorio: ad esempio

è stato proposto di valutare la predisposizione di indicatori relativi alla riammissione ospedaliera a 30 gg per alcune patologie (valutare in particolare la riammissione in Area Medica, in cui, in urgenza, vengono ricoverati prevalentemente pazienti anziani) che può rappresentare un indice di carenza di presa in carico dei distretti socio-sanitari.

Infine, in merito alla nuova Dimensione introdotta, ovvero l'Innovazione, la maggior parte dei GdL ha ritenuto che gli indicatori non siano ancora sufficientemente rappresentativi, poiché troppo specifici per patologia; oltre che, in alcuni casi, riguardanti tecnologie non considerabili più innovative, quali può essere, ad esempio, la laparoscopia.

Il suggerimento emerso è stato quello di orientarsi a elaborare indicatori più generali, ad esempio sulle tecnologie mininvasive e la chirurgia robotica; in altri termini, è stato ritenuto preferibile rinunciare a indicatori molto specifici, orientandosi a rilevare più in generale l'Innovazione dei processi, dei modelli organizzativi, ed anche quella tecnologica.

Sempre relativamente a questa Dimensione è stata suggerita l'introduzione di indicatori che rilevino il livello di digitalizzazione effettivo degli SSR (fascicolo sanitario elettronico, sistemi di telemonitoraggio, telemedicina etc.); ancora, l'inserimento di un indicatore che rilevi la presenza o meno di centrali regionali di HTA capaci di produrre valutazioni almeno relative a farmaci e dispositivi medici; infine, la costruzione di un indicatore finalizzato a rilevare la quota di DRG per i quali sia stato effettuato l'aggiornamento tariffario a livello regionale.

Altro tema emerso è quello della selezione delle tecnologie "nuove", per le quali si pone l'esigenza di valutarne la disponibilità di evidenze di efficacia, possibilmente suffragate da valutazioni di *Health Technology Assessment*.

Sulla seconda tematica, nonostante la nota limitata disponibilità di indicatori "extra-ospedalieri", quasi tutti i gruppi di lavoro (6 su 8) hanno ritenuto che gli indicatori preselezionati avessero un livello mediamente soddisfacente di rappresentatività anche nelle tre specifiche aree della prevenzione, cronicità ed emergenza-urgenza; solo due gruppi hanno ritenuto decisamente insufficiente il livello di rappresentatività di tali aree. Per le aree di prevenzione ed emergenza-urgenza, è opinione comune che esse non siano ancora sufficientemente ed esaustivamente rappresentate dagli indicatori elaborati: si ricorda che gli indicatori selezionati sono stati Copertura *pap-test* o *HPV test* e Tasso di ricorso al pronto soccorso per codici bianchi e verdi.

Il Pronto Soccorso da solo non esprime, con i suoi indicatori, il problema dell'emergenza. Dietro il Pronto Soccorso c'è l'ospedale e, in particolare, l'Area Medica che gestisce la maggioranza dei pazienti ricoverati in urgenza: sarebbe utile de-

finire la tipologia di paziente che si rivolge al Pronto Soccorso, le patologie prevalenti, l'età media e se e dove viene ricoverato (il 55% dei ricoveri ospedalieri è urgente, il 42 % dei ricoveri urgenti va in Area Medica, 27% in Medicina interna, 79% dei ricoverati è over 65, età mediana in Medicina interna 80 anni, basso livello di studio (51% licenza elementare) – dati SDO 2013.

Per la prevenzione, in particolare, il *Panel* ritiene che sarebbero più rappresentativi indicatori relativi alle coperture vaccinali, agli stili di vita, agli *screening* per la prevenzione del tumore alla mammella, della cervice uterina etc..

Per l'emergenza-urgenza sono stati, invece, suggeriti indicatori relativi all'attività dell'emergenza-urgenza territoriale (118), nonché altri indicatori relativi alla presa in carico di pazienti con infarto e *stroke*.

Per la cronicità, infine, è emersa l'esigenza di introdurre indicatori capaci di rilevare l'efficacia della presa in carico sul territorio, ritenendo la disabilità (primo indicatore selezionato) non sufficientemente esaustivo in termini di rappresentazione della *Performance* nell'area della cronicità. Nello specifico è stata proposta l'elaborazione di nuovi indicatori che rilevino il numero di PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali) regionalmente prodotti per le patologie croniche, di PAI (Piani Assistenziali Individuali) redatti, di valutazioni multidisciplinari effettuate etc..

Per quanto concerne lo specifico *focus* sulla spesa privata (*Item* n.3), la maggior parte dei GdL ha ritenuto che gli indicatori forniti fossero in generale rappresentativi, apprezzando in modo particolare la disponibilità del dato sull'incidenza della componente della spesa intermediata sulla spesa sanitaria privata complessiva. In diversi tavoli è, altresì, emersa l'esigenza di riportare la spesa privata al PIL regionale, al fine di evidenziare se il ricorso alla spesa *Out of Pocket* sia davvero indispensabile (o in che quota) per sopperire a carenze dell'erogazione pubblica o sia piuttosto frutto della maggiore disponibilità/attitudine al consumo sanitario; questo anche alla luce delle evidenze di letteratura che sanciscono uno stretto rapporto fra reddito e consumi sanitari, evidenziando altresì che, al crescere del reddito, la quota di consumi sanitari cresce più che proporzionalmente.

Dalle valutazioni del *Panel* emerge quindi che le fonti informative ad oggi disponibili non riescono a rappresentare esaustivamente la *Performance* dei SSR, soprattutto in merito alle attività di assistenza extra-ospedaliera dei malati cronici e alla continuità delle cure ospedale-territorio.

Tornando ai risultati della V annualità dello studio, ribadendo che si tratta di una modalità "terza" di valutazione dei Servizi Sanitari Regionali, intesa in senso lato, che quindi non si limita a considerare i soli risultati del sistema pubblico regionale di offerta, ma allarga l'analisi agli impatti della spesa privata e in generale agli *outcome* di

salute della popolazione, tenendo conto della legittima aspettativa dello *stakeholder* nei confronti della Salute, a seconda del contesto (Regione) in cui risiedono, si osserva propedeuticamente che sono stati riscontrati diversi cambiamenti nei *ranking* regionali, e una forte volatilità dei *ranking* al cambiare delle categorie; le ragioni sono da ricercarsi in molteplici aspetti che agiscono congiuntamente; fra i principali citiamo:

- presenza nel *Panel* di una rappresentanza maggiore di *stakeholder* operanti in Regioni in Piano di rientro, che si è evidenziato come abbiano priorità e quindi aspettative diverse in termini di *Performance*;
- introduzione della Dimensione Innovazione con indicatori poi ritenuti dal *Panel* non ancora ottimali;
- presenza per la prima volta di tre indicatori di spesa sanitaria (pubblica, privata e totale) che evidentemente portano a penalizzare i SSR con la spesa pro-capite maggiore, con esclusione dell'indicatore relativo al disavanzo finanziario.

Sul primo punto osserviamo che, in generale, dalla elicitazione delle funzioni di valore è emerso un atteggiamento che attribuisce ai valori peggiori degli indicatori un contributo minimo o nullo alla *Performance*, che si incrementa in modo più che proporzionale solo per valori numerici degli indicatori prossimi ai risultati migliori.

Questo è un “atteggiamento” che si riscontra in particolare per la Dimensione Sociale ed Appropriatezza, come già verificatosi nelle precedenti edizioni, pur se per gli indicatori di appropriatezza organizzativa la risposta tende a essere maggiormente neutrale (una funzione di valore/utilità lineare indica una diretta proporzionalità fra miglioramento dell'indicatore e contributo alla *Performance*).

Un'ulteriore evidenza degna di nota è la posizione molto più netta dei membri del *Panel* delle Regioni in sostanziale equilibrio nel ritenere inaccettabili i valori peggiori degli indicatori; i partecipanti provenienti dalle Regioni in Piano di Rientro assumono un atteggiamento che possiamo dire “più tollerante” verso i risultati peggiori, associando ad essi un beneficio non nullo, sebbene modesto, forse effetto di una consapevolezza che in certe realtà non si possa migliorare se non gradualmente.

Per Esiti e Innovazione le funzioni appaiono tendenzialmente lineari (neutrali), anche se al “crescere” della severità del fenomeno considerato, si tende (e questo sembra razionale) a ritenere maggiormente inaccettabili i risultati peggiori degli indicatori: questo vale sia per gli esiti di mortalità, che per le innovazioni applicate a patologie severe (ad esempio Epatite C). Atteggiamento quest'ultimo che si esaspera negli *stakeholder* dei SSR in sostanziale equilibrio, che ritengono inaccettabili i valori peggiori di esito.

Nella Dimensione Economico-Finanziaria si assiste ad una netta separazione di tipo “geografico”: livelli di spesa alti sono sostanzialmente giustificati nelle Regio-

ni in sostanziale equilibrio ed in particolare dai rappresentanti delle Istituzioni locali, mentre la riduzione della spesa è considerata foriera di miglioramenti di *Performance* nelle Regioni in Piano di Rientro.

In termini analoghi, va segnalato come la Categoria Utenti, ovviamente, consideri la quota di spesa privata come un indicatore di insufficiente *Performance* dei sistemi sanitari pubblici, mentre all'interno di questi ultimi, i rappresentanti delle Istituzioni, e in generale coloro che contribuiscono all'erogazione pubblica, la ritengono una variabile fuori dal loro controllo.

Analizzando il contributo alla *Performance*, aggregato per Dimensione, osserviamo che quelle Economico-Finanziaria ed Esiti contribuiscono maggiormente (21,2%), seguite dall'Appropriatezza (21,0%) e dal Sociale (20,3%); la Dimensione Innovazione, introdotta *ex novo* quest'anno, contribuisce meno di tutte fermandosi al 16,2%.

Gli Utenti sembrano dare maggior importanza al Sociale e all'Economico-Finanziaria (oltre il 50%) poi ad Appropriatezza, Innovazione ed Esiti.

Le Professioni sanitarie attribuiscono invece all'Appropriatezza quasi un terzo (26,5%) del peso della *Performance*, segue l'aspetto economico (23,5%) e gli Esiti (22,1%). Modesto è il contributo dell'Innovazione e del Sociale (13,9% e 13,4%).

Il *Management* aziendale ritiene essere il Sociale la Dimensione che contribuisce maggiormente alla *Performance*, con il 28,8%, seguita dall'Appropriatezza con il 25,3% e dall'Economico-Finanziaria con il 23,7%; l'Innovazione è invece quella che contribuisce in minor misura (7,2%).

Le Istituzioni, ritengono che oltre il 75% del contributo alla *Performance* sia associato ad Esiti (31,6%), Appropriatezza (22,9%) ed Innovazione (22,5%); decisamente modesto è il contributo della Dimensione economica e sociale (9,9% e 13,1%).

Infine i rappresentanti dell'Industria attribuiscono un maggior peso alla componente Economica (23,6%), agli Esiti (22,9%) e all'Innovazione (22,3%); Sociale ed Appropriatezza contribuiscono complessivamente per meno di un terzo alla *Performance* (19,0% e 12,2% rispettivamente).

Analizzando i pesi distintamente per *stakeholder* afferenti o meno a Regioni in Piano di Rientro si riscontra come per l'Industria afferente a Regioni in Piano di Rientro sia maggiormente importante il contributo del Sociale (42,7%) seguito da quello dell'Economico-Finanziaria (23,4%); per Istituzioni e Professioni sanitarie afferenti a Regioni in Piano di Rientro è maggiormente importante il contributo dell'Innovazione: 28,1% e 39,2% rispettivamente; per queste stesse categorie, afferenti però alle Regioni in Piano di Rientro risulta essere Esiti la Dimensione che pesa maggiormente: 38,1% e 35,5% rispettivamente, per le Istituzioni anche l'Innovazione ha un peso importante (30,3%). Per il *Management* aziendale delle Regioni in sostanziale equilibrio

è importante il contributo del Sociale (41,9%), così come anche per gli Utenti (35,0% per Regioni in Piano di Rientro e 28,1% per le altre).

Complessivamente si rileva come in questa annualità sia nuovamente aumentato il peso della Dimensione Economico-Finanziaria, il cui contributo rimane oggetto di dibattito, nella misura in cui si è reso evidente un differente, e quasi opposto, approccio dei membri del *Panel* provenienti dalle Regioni in Piano di Rientro o meno: nelle Regioni in sostanziale equilibrio, che per inciso notiamo sono in larga misura del Centro-Nord, ove la spesa complessivamente è maggiore, livelli di spesa più elevati sono di fatto ritenuti accettabili (e quindi danno un contributo alla *Performance*), mentre in quelle in Piano di Rientro (che sempre per inciso notiamo sono in larga misura del Meridione dove la spesa è inferiore), l'ulteriore riduzione rimane il maggior fattore di contributo alla *Performance*.

Complessivamente diminuisce il peso della Dimensione Sociale, anche qui con una "spaccatura" geografica: rimane importante nelle Regioni in sostanziale equilibrio, mentre nel Meridione una quota di disagio viene "pragmaticamente" considerata ineliminabile, almeno nel breve periodo.

La Dimensione Innovazione, introdotta per la prima volta sperimentalmente, riscuote un "favore" relativo, ma riteniamo che sia in qualche modo sottostimato a causa degli indicatori elaborati, che non sono ancora stati acquisiti come perfettamente rappresentativi della Dimensione.

Notiamo ancora che si riequilibra il peso fra le dimensioni Appropriatezza e Esiti: il forte incremento dello scorso anno di questa ultima Dimensione possiamo immaginare fosse legato alla recente acquisizione del PNE. L'Appropriatezza risale quindi come contributo fornito alla *Performance*, ed è ritenuta un elemento essenziale, in verità più nelle Regioni in sostanziale equilibrio che in quelle che non lo sono.

Da ultimo, va segnalato come il contributo di Appropriatezza ed Esiti sia frutto di una media della differente struttura dei pesi attribuiti agli indicatori (per entrambe le dimensioni) che si riferiscono a esiti di patologie severe o appropriatezza clinica (dove valori peggiori vengono ritenuti inaccettabili e quindi non produttivi di benefici in termini di *Performance*) e quelli attribuiti a esiti di patologie meno severe e appropriatezza organizzativa (per cui si registra una maggiore tolleranza verso i risultati peggiori).

Il *gap* in termini di misura di *Performance* tra il SSR "migliore" ed il "peggiore" si sta riducendo, oscillando da un massimo di 0,54 ad un minimo di 0,38. Ma il dato di fatto è che la composizione del gruppo delle Regioni che rimangono, anno dopo anno, nell'area dell'eccellenza (Toscana, Lombardia, Liguria, Veneto ed Emilia Romagna), come anche del gruppo, numericamente rilevante, delle Regioni che rimane nell'area critica (Calabria, Abruzzo, Puglia, Friuli Venezia Giulia e Molise), rimane rela-

tivamente stabile.

Dall'analisi della dinamica della *Performance* dal 2013 al 2015 emerge che complessivamente si è assistito ad un peggioramento dovuto sostanzialmente ad un aumento del fenomeno delle rinunce e della spesa privata (e totale). Per alcuni SSR, quali Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Abruzzo, Piemonte, Liguria e P.A. di Trento, si sono avuti dei miglioramenti, per i restanti dei peggioramenti di diversa entità: da un valore minimo del -0,1% del Lazio ad uno massimo pari al -5,8% della Puglia.

In conclusione, lo strumento di valutazione della *Performance* implementato consente una misura coerente e significativa del valore relativo dei SSR, e ci fornisce numerose indicazioni utili ai *policy maker* sulla natura della *Performance* e dei processi evolutivi dei SSR.

Sicuramente, come più volte evidenziato, il sistema presenta ancora dei limiti legati principalmente alla scelta degli indicatori, o meglio ad alcune carenze delle fonti informative ad oggi disponibili. Durante il *Panelmeeting* è emerso che sarebbe opportuno integrare le aree di assistenza oggetto di valutazione attraverso un contestuale aggiornamento delle fonti informative. Per alcune di tali aree, occorre far presente che, pur essendo disponibili fonti informative, esse non consentono la costruzione di indicatori che soddisfino i criteri riportati nella metodologia, in particolare in termini di confrontabilità. Tra le aree individuate dal *Panel* si citano: assistenza sul territorio, continuità ospedale-territorio, presa in carico dei pazienti cronici, emergenza-urgenza.

Nonostante i limiti sopra esposti ed i margini di miglioramento possibili, si conferma la complessità dei processi di misura della *Performance*, e la metodologia proposta può rappresentare uno strumento utile di analisi, ma anche di incentivazione al miglioramento degli interventi di politica sanitaria, e di valutazione dell'efficacia/efficienza della risposta garantita dalle Istituzioni sanitarie.



SCHEDE INDICATORI



INDICATORI PRESELEZIONATI DAL PANEL

PROSPETTIVA	ID	INDICATORE
Sociale	1	Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
	2	Quota di persone che rinuncia a curarsi
	3	Quota spesa sanitaria delle famiglie (<i>out of pocket</i>)
	4	Famiglie a rischio di impoverimento per spese sanitarie
	5	Famiglie con disagio economico per spese sanitarie <i>out of pocket</i>
Economico-finanziaria	1	Disavanzo pro-capite
	2	Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
	3	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	4	Spesa sanitaria privata pro-capite
	5	Quota spesa sanità intermediata sulla spesa sanitaria privata
Appropriatezza	1	Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie
	2	Tasso standardizzato di ospedalizzazione in riabilitazione e lungodegenza
	3	Tasso ricorso al pronto soccorso
	4	Quota di pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni
	5	Copertura preventiva con pap-test o HPV
Esiti	1	Prevalenza di disabilità
	2	Tasso standardizzato di mortalità femminile per tumori
	3	Quota di persone in buona salute
	4	Speranza di vita libera da disabilità (75+)
	5	Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili
Innovazione	1	Quota interventi di colecistectomia e appendicectomia eseguiti in laparoscopia
	2	Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia
	3	Quota pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci
	4	Quota di pazienti con fibrillazione atriale e CHADS ₂ ≥ 2 in trattamento con nuovi anticoagulanti orali
	5	Quota di TAVI eseguite su pazienti con stenosi aortica severa, non operati

DIMENSIONE SOCIALE

INDICATORE N. 1

Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici

Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, la quota di popolazione che rinuncia a spese sanitarie out of pocket (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.) per motivi economici
Numeratore	Numero di persone che rinuncia a spese sanitarie per motivi economici
Denominatore	Popolazione
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su indagine 'Spesa delle famiglie' ISTAT

INDICATORE N. 2

Quota di persone che rinuncia a curarsi

Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, la quota di popolazione che rinuncia a spese sanitarie out of pocket (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.) per diversi motivi (liste d'attesa, mancanza di offerta, etc.)
Numeratore	Numero di persone che rinuncia a curarsi
Denominatore	Popolazione
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su 'Indagine IT SILC' ISTAT

INDICATORE N. 3

Quota spesa sanitaria delle famiglie (*out of pocket*)

Descrizione	L'indicatore esprime l'incidenza (%) della spesa sanitaria sul totale della spesa delle famiglie
Numeratore	Spesa sanitaria delle famiglie
Denominatore	Spesa totale delle famiglie
Unità di misura	%
Fonte	ISTAT

DIMENSIONE SOCIALE

INDICATORE N. 4 Famiglie a rischio di impoverimento per spese sanitarie	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota di famiglie prossime al raggiungimento della soglia di povertà relativa a causa delle spese sanitarie <i>out of pocket</i>
Numeratore	Numero di famiglie prossime alla soglia di impoverimento per spese sanitarie
Denominatore	Famiglie che sostengono spese sanitarie <i>out of pocket</i>
Unità di misura	%
Fonte	C.R.E.A. Sanità
INDICATORE N. 5 Famiglie con disagio economico per spese sanitarie <i>out of pocket</i>	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota di famiglie che sono prossime al raggiungimento della soglia di povertà relativa a causa delle spese sanitarie <i>out of pocket</i> o che hanno rinunciato alle stesse per motivi economici
Numeratore	Numero di famiglie prossime alla soglia di impoverimento per spese sanitarie o che rinunciano a queste per motivi economici
Denominatore	Famiglie totali
Unità di misura	%
Fonte	C.R.E.A. Sanità

DIMENSIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

INDICATORE N. 1	
Disavanzo pro-capite	
Descrizione	L'indicatore rappresenta l'eccedenza di spesa per ciascun residente rispetto al finanziamento, ossia indica il contributo di ciascun residente alla formazione del disavanzo del SSN (sono considerate le sole Regioni in disavanzo)
Numeratore	Disavanzo regionale
Denominatore	Popolazione
Unità di misura	€
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute
INDICATORE N. 2	
Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata	
Descrizione	L'indicatore rappresenta la spesa sanitaria pubblica annua per cittadino residente
Numeratore	Spesa sanitaria pubblica
Denominatore	Popolazione standardizzata
Unità di misura	€
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su 'Indagine IT SILC' ISTAT
INDICATORE N. 3	
Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata	
Descrizione	L'indicatore rappresenta la spesa sanitaria annua, pubblica e privata, per cittadino residente
Numeratore	Spesa sanitaria totale
Denominatore	Popolazione standardizzata
Unità di misura	€
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute

DIMENSIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

INDICATORE N. 4 Spesa sanitaria privata pro-capite	
Descrizione	L'indicatore esprime la spesa sanitaria privata media sostenuta da un cittadino
Numeratore	Spesa sanitaria privata (<i>out of pocket</i> e intermediata)
Denominatore	Popolazione
Unità di misura	€
Fonte	C.R.E.A. Sanità

INDICATORE N. 5 Quota spesa sanitaria intermediata sulla spesa sanitaria privata	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota di spesa sanitaria intermediata sulla spesa sanitaria privata totale
Numeratore	Spesa sanitaria intermediata
Denominatore	Spesa sanitaria privata
Unità di misura	%
Fonte	C.R.E.A. Sanità

DIMENSIONE APPROPRIATEZZA

INDICATORE N. 1	
Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie	
Descrizione	L'indicatore esprime il numero di ricoveri in acuto eseguiti in regime ordinario rispetto alla popolazione standardizzata per età
Numeratore	Ricoveri ordinari in acuzie
Denominatore	Popolazione standardizzata
Unità di misura	x 1.000
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute (SDO)
INDICATORE N. 2	
Tasso standardizzato di ospedalizzazione in riabilitazione e lungodegenza	
Descrizione	L'indicatore rappresenta il numero dei ricoveri in lungodegenza e riabilitazione rispetto alla popolazione standardizzata per età
Numeratore	Ricoveri in riabilitazione e lungodegenza
Denominatore	Popolazione standardizzata
Unità di misura	x 1.000
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute (SDO)
INDICATORE N. 3	
Tasso ricorso al pronto soccorso	
Descrizione	L'indicatore esprime il numero di persone che hanno ricorso al pronto soccorso
Numeratore	Persone che hanno fatto ricorso al pronto soccorso
Denominatore	Popolazione standardizzata
Unità di misura	%
Fonte	ISTAT

DIMENSIONE APPROPRIATEZZA

INDICATORE N. 4 Spesa sanitaria privata pro-capite	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota di persone che hanno subito un IMA a cui è stata effettuata una PTCA entro 2 giorni dal ricovero in ospedale (valore benchmark: Italia)
Numeratore	Persone che hanno subito un IMA a cui è stata effettuata una PTCA entro 2 giorni
Denominatore	Persone che hanno subito un IMA
Unità di misura	%
Fonte	Piano Nazionale Esiti
INDICATORE N. 5 Copertura preventiva con pap-test o HPV	
Descrizione	L'indicatore rappresenta la quota di donne di età 25-64 anni sottoposte a screening con pap-test o HPV
Numeratore	Donne sottoposte a <i>screening</i> con pap-test o HPV
Denominatore	Popolazione femminile nella fascia di età 25-64
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Istituto Superiore di Sanità

DIMENSIONE ESITI

INDICATORE N. 1 Prevalenza di disabilità	
Descrizione	L'indicatore rappresenta il numero di persone over 6 anni, ogni 100 persone con più di 6 anni, che presentano una limitazione funzionale (confinamento, limitazioni nelle funzioni, limitazioni nel movimento, limitazioni vista, udito e parola)
Numeratore	Persone di età superiore ai 6 anni con limitazioni funzionali
Denominatore	Popolazione over 6 anni
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Istat
INDICATORE N. 2 Tasso standardizzato di mortalità femminile per tumori	
Descrizione	L'indicatore esprime il numero di decessi di sesso femminile per tumori ogni 10.000 donne con le stesse caratteristiche
Numeratore	Donne decedute per tumore
Denominatore	Popolazione femminile standardizzata
Unità di misura	x 10.000
Fonte	ISTAT
INDICATORE N. 3 Quota di persone in buona salute	
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
Unità di misura	%
Fonte	ISTAT

DIMENSIONE ESITI

INDICATORE N. 4 Speranza di vita libera da disabilità (75+)	
Descrizione	L'indicatore esprime il numero medio di anni che una persona con età ≥ 75 anni può aspettarsi di vivere in assenza di disabilità
Numeratore	Cumulata degli anni vissuti liberi da disabilità per età
Denominatore	Sopravvivenuti per età
Unità di misura	Anni
Fonte	ISTAT
INDICATORE N. 5 Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili	
Descrizione	L'indicatore esprime i giorni di vita perduti dovuti a decessi che si sarebbero potuti evitare grazie a cure sanitarie di buona qualità
Numeratore	Giorni di vita perduti dovuti a morti legate a cause prevenibili
Denominatore	Popolazione standardizzata
Unità di misura	x 10.000
Fonte	MEV (i)

DIMENSIONE INNOVAZIONE

INDICATORE N. 1	
Quota interventi di colecistectomia e appendicectomia eseguiti in laparoscopia	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota di interventi di colecistectomia e appendicectomia effettuati con approccio laparoscopico sul totale degli interventi eseguiti (open e laparoscopia)
Numeratore	(Quota interventi colecistectomia laparoscopica * numero interventi colecistectomia laparoscopica) + (Quota interventi appendicectomia laparoscopica * numero interventi appendicectomia laparoscopica)
Denominatore	Numero totale di interventi di colecistectomia e appendicectomia (open e laparoscopia)
Unità di misura	%
Fonte	Osservatorio PariSanità (C.R.E.A. Sanità - Centro Studi Assobiomedica)
INDICATORE N. 2	
Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia	
Descrizione	(Quota interventi chir gen n. 1 * numero interventi chir gen n. 1) + (Quota interventi chir gen n. 2 * numero interventi chir gen n. 2) + + (Quota interventi chir gen n. 10 * numero interventi chir gen n. 10)
Numeratore	Numero di interventi di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia
Denominatore	Numero totale di interventi di chirurgia generale (open e laparoscopia)
Unità di misura	%
Fonte	Osservatorio PariSanità (C.R.E.A. Sanità - Centro Studi Assobiomedica)
INDICATORE N. 3	
Quota pazienti con Epatite C trattati con i nuovi farmaci	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota di pazienti per i quali era prevista la dispensazione dei nuovi farmaci anti-HCV ai quali questi sono stati effettivamente erogati
Numeratore	Numero di pazienti HCV RNA+ rispondenti ai requisiti AIFA ai quali è stata somministrata terapia con i nuovi farmaci anti-HCV
Denominatore	Numero di pazienti HCV RNA+ rispondenti ai requisiti AIFA
Unità di misura	%
Fonte	ELABORAZIONI C.R.E.A. SANITÀ SU DATI AIFA

DIMENSIONE INNOVAZIONE

INDICATORE N. 4

Quota di pazienti con fibrillazione atriale e CHADS₂≥2 in trattamento con nuovi anticoagulanti orali

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di pazienti con fibrillazione atriale che utilizzano i nuovi anticoagulanti orali
Numeratore	Numero di pazienti con fibrillazione atriale e CHADS ₂ ≥2 in trattamento con i nuovi anticoagulanti orali
Denominatore	Numero di pazienti con fibrillazione atriale e CHADS ₂ ≥2 in trattamento
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità

INDICATORE N. 5

Quota di TAVI eseguite su pazienti con stenosi aortica severa, non operati

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di TAVI eseguite su pazienti con diagnosi di stenosi aortica severa, non operati
Numeratore	N. TAVI eseguite
Denominatore	N. pazienti con stenosi aortica severa, non operati
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Registro GISE

PROJECT WORK: CONFRONTO FRA *STAKEHOLDER*

- ITEM 1** Livello di rappresentatività ed esaustività degli indicatori disponibili e l'effetto che ne deriva su quelli selezionati
- ITEM 2** Livello di rappresentatività degli indicatori in tre aree specifiche: prevenzione, emergenza-urgenza e cronicità
- ITEM 3** Livello di criticità della spesa sanitaria privata e degli indicatori che la rappresentano



Una misura di *Performance* dei SSR

ITEM 1 - Livello di rappresentatività ed esaustività degli indicatori disponibili e l'effetto che ne deriva su quelli selezionati

GDL 1	GDL 2	GDL 3	GDL 4
<p>SOCIALE</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicatori ritenuti rappresentativi da tutte le categorie ad eccezione delle Istituzioni che non li ritiene tali. Prevedere negli indicatori una stratificazione per età. <p>ECONOMICO FINANZIARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicatori esaustivi e rappresentativi (dubbi sulla qualità del dato ad oggi disponibile dell'<i>Out Of Pocket</i>) 	<p>Indicatori parzialmente rappresentativi poiché ritenute elevate le differenze dei SSR delle tre ripartizioni geografiche</p>	<p>APPROPRIATEZZA ED ESITI</p> <ul style="list-style-type: none"> Approfondimento del livello di applicazione del D.M. n.70/2015 Inserimento indicatori sulla salute mentale <p>INNOVAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> Individuare indicatori di innovazione su organizzazione Inserire indicatori sul livello di informatizzazione delle Regioni 	<p>SOCIALE</p> <ul style="list-style-type: none"> Dubbi per spesa sanitaria <i>Out Of Pocket</i> Inserimento dati che possono meglio identificare la dimensione sociale Possibile inserimento di indicatori Istat per classi sociali <p>ECON-FINANZIARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Inserire indicatore di spesa per investimenti Inserire indicatore di produttività del personale Inserire indicatore di spesa per il personale e per i beni di consumo <p>APPROPRIATEZZA</p> <ul style="list-style-type: none"> Assenza di connessione con l'innovazione Inserire indicatori sull'appropriatezza dell'ospedalizzazione Inserire indicatori sulla quota di farmaci a brevetto scaduto utilizzati Prevedere indicatori di ricorso alla medicina generale (distretti) Prevedere indicatori di appropriatezza organizzativa delle prestazioni di laboratorio <p>ESITI</p> <ul style="list-style-type: none"> Dubbi sulla validità dell'indicatore "Quota di persone in buona salute" poiché basato sulla singola percezione del cittadino
<p>APPROPRIATEZZA ED ESITI</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicatori preselezionati per area della prevenzione non rappresentativi Inserire indicatori sull'attività territoriale Prevedere indicatori stratificati per età Inserire indicatori su riammissioni ospedaliere a 30 gg <p>INNOVAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> Gli indicatori sono troppo specifici, ne andrebbero creati di più generici, magari anche di processo 			<p>INNOVAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> Dubbi sull'indicatore relativo agli adempimenti del D.M. n.70/2015 Integrare l'indicatore del ricorso alla laparoscopia con l'approccio robotico e aggiungere innovazione/ investimenti Inserire indicatore di utilizzo di farmaci oncologici non efficaci

LEGENDA

■ Bassa ■ Intermedia ■ Alta

ITEM 1 - Livello di rappresentatività ed esaustività degli indicatori disponibili e l'effetto che ne deriva su quelli selezionati

GDL 5	GDL 6	GDL 7	GDL 8
<p>SOCIALE</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicatori rappresentativi della dimensione <p>ECONOMICO FINANZIARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Inserimento della spesa sanitaria <i>Out Of Pocket</i> 	<p>Alcuni indicatori non permettono di intercettare le differenze territoriali.</p> <p>INNOVAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> Gli indicatori sono poco rappresentativi (la laparoscopia è poco innovativa) Inserire indicatori di processo (fare focus regionali per le Regioni che le hanno) 	<p>SOCIALE</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicatori esaustivi e rappresentativi 	<p>ECON.-FINANZIARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicatori esaustivi e rappresentativi <p>ESITI</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicatori esaustivi e rappresentativi <p>APPROPRIATEZZA</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicatori esaustivi e rappresentativi
<p>APPROPRIATEZZA</p> <ul style="list-style-type: none"> Assenza di indicatori relativi all'appropriatezza dell'attività territoriale 		<p>ECON-FINANZIARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Gli indicatori non sono di facile interpretazione <p>APPROPRIATEZZA</p> <ul style="list-style-type: none"> Gli indicatori prendono in analisi solo l'attività ospedaliera Integrazione con indicatori di attività territoriale <p>INNOVAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> Gli indicatori presenti sono per patologia, sarebbe opportuno inserirne altri più generici e rappresentativi del sistema nel suo insieme 	<p>SOCIALE</p> <ul style="list-style-type: none"> Occorrerebbe prevedere indicatori legati al SSN, gli attuali non sono governabili da SSN o SSR Individuare indicatori che misurino il fenomeno migratorio <p>INNOVAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> Gli indicatori devono anche tener conto dell'appropriatezza della tecnologia (occorre una valutazione su tecnologie evidence based) e del finanziamento regionale (per l'utilizzo TAVI le regioni in piano di rientro son sperequate). Inserire indicatori quali: quota di DRG aggiornati nelle regioni; presenza di centrali regionali di HTA per farmaci e device
<p>INNOVAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> Gli indicatori selezionati riguardano solo la componente ospedaliera e tecnologica Inserimento di indicatori rappresentativi dell'assistenza territoriale (organizzativi) 			

Una misura di *Performance* dei SSR

ITEM 2 - Livello di rappresentatività degli indicatori in tre aree specifiche: prevenzione, emergenza-urgenza e cronicità

GDL 1	GDL 2	GDL 3	GDL 4
<p>CRONICITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> Inserire indicatori con stratificazione per età <p>EMERGENZA - URGENZA</p> <ul style="list-style-type: none"> Il dato di accesso al PS non è completamente rappresentativo di tale area 	<p>CRONICITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicatori non sono completamente rappresentativi della presa in carico di tali pazienti Inserire indicatori che quantifichino i PDTA introdotti per malattie croniche, il tasso di PAI o di valutazioni multidimensionali etc. 	<p>EMERGENZA - URGENZA</p> <ul style="list-style-type: none"> Il dato di accesso al PS non è completamente rappresentativo di tale area 	<p>CRONICITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> Occorrerebbe inserire indicatore sull'assistenza territoriale
<p>PREVENZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> Il pap-test o HPV test non è assolutamente rappresentativo ed esaustivo per la valutazione della <i>Performance</i> dell'area della prevenzione 	<p>PREVENZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> Molto poco rappresentata e non si può ignorare in una valutazione della <i>Performance</i> <p>EMERGENZA-URGENZA</p> <ul style="list-style-type: none"> Prevedere dati del 118, quelli del PS non sono rappresentativi di tale area assistenziale 	<p>PREVENZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> Il pap-test o HPV test non è assolutamente rappresentativo ed esaustivo per la valutazione della <i>Performance</i> dell'area della prevenzione Prevedere indicatori su vaccini e screening oncologico mammella e cervice uterina 	

LEGENDA

■ Bassa ■ Intermedia ■ Alta

ITEM 2 - Livello di rappresentatività degli indicatori in tre aree specifiche: prevenzione, emergenza-urgenza e cronicità

GDL 5	GDL 6	GDL 7	GDL 8
<p>PREVENZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> Il pap-test o HPV test non è assolutamente rappresentativo ed esaustivo per la valutazione della <i>Performance</i> dell'area della prevenzione <p>CRONICITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> Gli indicatori preselezionati non sono esaustivi: occorrono indicatori sulla presa in carico dei cronici da parte del territorio <p>EMERGENZA-URGENZA</p> <ul style="list-style-type: none"> Gli indicatori per tale area devono assolutamente prevedere la gestione dell'infarto/stroke 	<p>EMERGENZA-URGENZA</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicatore esaustivo 	<p>CRONICITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> Gli indicatori sulla disabilità non considerano la cronicità <p>EMERGENZA-URGENZA</p> <ul style="list-style-type: none"> Il tasso di ricorso al pronto soccorso non è rappresentativo di tale area <p>PREVENZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> Non ci sono indicatori in grado di misurare la prevenzione 	<p>CRONICITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> Integrare con indicatori sui tassi di ospedalizzazione a 30 gg poiché indicatori di una presenza o meno di integrazione ospedale/territorio Prevedere l'indicatore di ADI per i malati cronici per monitorare la gestione appropriata di tali pazienti sul territorio
	<p>CRONICITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> Occorrerebbe inserire indicatori su cronicità e obesità giovanile, presenza di problemi mentali e neurocognitivi <p>PREVENZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> Il dato sulla vaccinazione per morbillo e parotite è ritenuto fondamentale ma non è presente tra gli indicatori preselezionati 		
	<p>CRONICITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> Occorrerebbe rilevare il dato sullo stato di nutrizione dei pazienti e quindi rilevarne la quota di questi normonutriti o malnutriti 		

Una misura di *Performance* dei SSR

ITEM 3 - Livello di criticità della spesa sanitaria privata e degli indicatori che la rappresentano

GDL 1	GDL 2	GDL 3	GDL 4
<ul style="list-style-type: none">• Complessivamente si ritiene che la rappresentazione della spesa privata è completa ed esaustiva.• Alcune perplessità in merito alla componente <i>Out of Pocket</i> poiché nelle fonti ad oggi disponibili il dato è "sporco" ovvero comprensivo di voci non prettamente sanitarie.	<ul style="list-style-type: none">• Gli utenti apprezzano maggiormente la valutazione della spesa privata per il nucleo familiare e non del singolo individuo• Il <i>management</i> aziendale ritiene invece opportuna la valutazione della componente privata pro-capite• Industria e Professionisti sanitari ritengono la misura della spesa sanitaria <i>Out of Pocket</i> un indicatore valido ma non prioritario• Complessivamente è stato molto apprezzato l'indicatore che quantifica il ricorso alla spesa sanitaria intermediata	<ul style="list-style-type: none">• Sarebbe opportuno mettere in relazione regioni ad alto reddito e regioni che hanno un'ampia offerta di servizi sanitari e qualità degli stessi• Il maggior ricorso alla spesa privata non sempre è rappresentativo di una carenza nel servizio pubblico	<ul style="list-style-type: none">• Sarebbe opportuno valutare la spesa <i>Out of Pocket</i> in rapporto al reddito pro-capite e valutare se l'<i>Out of Pocket</i> sia o meno davvero utile

LEGENDA

■ Bassa ■ Intermedia ■ Alta

ITEM 3 - Livello di criticità della spesa sanitaria privata e degli indicatori che la rappresentano

GDL 5	GDL 6	GDL 7	GDL 8
<ul style="list-style-type: none"> Spesa privata ben rappresentata nelle sue due componenti, intermediata e OOP Sarebbe opportuno stimare la componente intermediata sulla spesa sanitaria totale e non solo privata 	<ul style="list-style-type: none"> Gli indicatori di spesa privata devono essere rapportati al PIL regionale per valutare se tale spesa è veramente sostitutiva 	<ul style="list-style-type: none"> Negli indicatori di spesa privata manca la quota di finanziamento della sanità che “finisce” nel convenzionato (potrebbe essere un potenziale indicatore di performance) Gli indicatori di spesa privata sono interessanti ma potrebbero essere rappresentativi dell'area sociale 	<p>Spesa privata rappresentata molto bene: particolarmente apprezzato l'indicatore sul ricorso alla componente intermediata (mutue, assicurazioni etc.)</p>

NOTE



The logo for Sidera Edizioni features a red four-pointed star with a white center, positioned above a thin red circle. The word "Sidera" is written in a blue, cursive script font, with the top of the letter 'i' overlapping the top of the circle. Below the circle, the word "Edizioni" is written in a red, cursive script font.

Sidera
Edizioni