“Le *Performance* Regionali”

CREA Sanità

IX edizione 2021

D. d’Angela
B. Polistena
F. Spandonaro

Università di Roma Tor Vergata

CREA Sanità

“Le *Performance* Regionali”
IX edizione (2021)

Le opportunità di tutela della salute a livello regionale

CREA Sanità

Sommario

Indice delle figure 4

Credits 7

Expert Panel 8

Componenti *Work groups* 15

Ringraziamenti 16

Executive summary 17

1. Introduzione 22

2. Metodologia 25

3. La *Performance* oltre l'emergenza sanitaria da COVID-19: il parere dell'*expert Panel (meeting e work groups)* 28

4. Risultati 31

4.1. Scelta degli indicatori di *Performance* per Dimensione 31

4.2. Le funzioni di valore degli indicatori 52

4.3. La composizione degli indicatori 74

4.4. Riflessioni sul contributo delle Dimensioni alla *Performance* 75

5. La *Performance* regionale 78

6. Riflessioni finali e contributi alla politica sanitaria 84

Schede indicatori 87

Indice delle figure

Figura 1 Quota di popolazione che sperimenta un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati 33

Figura 2 Quota di persone che rinuncia a curarsi 34

Figura 3 Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione per patologie oncologiche 35

Figura 4 Aspettativa di vita in buona salute 37

Figura 5 Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite 38

Figura 6 Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero 39

Figura 7 Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni 41

Figura 8 Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde 42

Figura 9 Quota ricoveri medici oltresoglia per *over* 75 43

Figura 10 Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopiche e/o robotiche) 45

Figura 11 Quota di dimessi vivi non al domicilio (%) 46

Figura 12 Quota di assistiti che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico 47

Figura 13 Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata 49

Figura 14 Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite 50

Figura 15 Disavanzo economico-finanziario pro-capite 51

Figura 16 Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati (%) Funzione di valore media per Categoria 53

Figura 17 Quota di persone che rinuncia a curarsi Funzione di valore media per Categoria 54

Figura 18 Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza per patologie oncologiche Funzione di valore media per Categoria 55

Figura 19 Dimensione Sociale Funzione di valore media per indicatore 56

Figura 20 Aspettativa di vita in buona salute Funzione di valore media per indicatore 57

Figura 21 Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite Funzione di valore media per indicatore 58

Figura 22 Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero, Funzione di valore media per categoria 59

Figura 23 Dimensione Esiti Funzione di valore media per indicatore 60

Figura 24 Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni Funzione di valore media per indicatore 61

Figura 25 Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde Funzione di valore media per categoria 62

Figura 26 Quota ricoveri medici oltre soglia per *over* 75 Funzione di valore media per categoria 63

Figura 27 Dimensione appropriatezza Funzione di valore media per indicatore 64

Figura 28 Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopiche e/o robotiche) Funzione di valore media per indicatore 65

Figura 29 Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) Funzione di valore media per indicatore 66

Figura 30 Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio Funzione di valore media per categoria 67

Figura 31 Dimensione Innovazione Funzione di valore media per indicatore 68

Figura 32 Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata Funzione di valore media per indicatore 69

Figura 33 Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite Funzione di valore media per indicatore 70

Figura 34 Disavanzo economico-finanziario pro-capite Funzione di valore media per categoria 71

Figura 35 Dimensione Economico-Finanziaria Funzione di valore media per indicatore 72

Figura 36 Contributo delle Dimensioni alla *Performance* Per categoria 76

Figura 37 Variazioni del contributo delle Dimensioni alla *Performance* IX vs VIII edizione 77

Figura 38 Indice di *Performance* 78
Figura 39 Indice di *Performance* Categoria Utenti 79
Figura 40 Indice di *Performance* Categoria Istituzioni 80
Figura 41 Indice di *Performance* Categoria Professioni Sanitarie 81
Figura 42 Indice di *Performance* Categoria *Management* aziendale 82
Figura 43 Indice di *Performance* Categoria Industria medicale 83

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” (Supervisor scientifico)

Hanno collaborato:

- BERNARDINI Anna Chiara
  C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”
- BONO Martina
  C.R.E.A. Sanità
- CARRIERI Ciro
  C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”
- d’ANGELA Claudia
  C.R.E.A. Sanità
- D’ERRICO Margherita
  C.R.E.A. Sanità
- FRATINI Adriana
  C.R.E.A. Sanità
- 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”
- QUATTROCIOCCHI Erika
  C.R.E.A. Sanità

Supervisor del Progetto

- DOTTI Carla
  Direttore Casa di Cura Ambrosiana S.P.A. e Responsabile Sanitario Fondazione Istituto “Sacra Famiglia” Onlus
- ZENI Luca
  Consigliere Provincia Autonoma di Trento, già Assessore alla Salute e politiche sociali Provincia Autonoma di Trento

Expert Panel

Industria

- ARCANGELI Emanuela
  Amgen
- BARBIERA Maurizio
  Boeringher Inghelim
- BORLOTTI Barbara
  Nestlè Health Science
- DI STASI Francesca
  W.L. Gore
- DONNINI Nello
  Abbvie
- FIORAVANTI Laura
  Takeda
- GIOVANNITTI Massimo
  Eli Lilly
- LAUDATI Sergio
  Sanofi
- PRIA Emanuele
  Gilead Sciences
- PRISCO Luisanna
  Astellas
- RITROVATO Daniela
  Novartis
- SCACCABAROZZI Massimo
  Presidente Farmindustria
- SINIBALDI Alessandra
  Jannsen
- SOFFIENTINI Maria Elena
  Lundbeck
- VANZETTO Andrea
  Novo Nordisk

Istituzioni

- ANNICHIARICO Massimo
  Direttore Assessorato Sanità e Integrazione Socio-Sanitaria, Regione Lazio
- BOLDI Rossana
  Vicepresidente Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati
- CARTABELLOTTA Nino
  Presidente Fondazione Gimbe
- CINQUE Ettore
  Direttore Assessorato Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, Regione Campania
- COSCIONI ENRICO
  Presidente Agenas
- DEGRASSI Flori
  Commissione Sanità, Regione Molise
- DENUZZO Antonello
  Sindaco di Francavilla Fontana (BR)
- ESPOSITO Ernesto
  Direttore Dipartimento Politiche della Persona, Regione Basilicata
- GADDO Flego
  Coordinatore Rete Ligure HTA, Regione Liguria
- IANNONE Primiano
  Direttore Centro Nazionale Eccellenza Clinica, Qualità e Sicurezza delle Cure, Istituto Superiore di Sanità
- NEGRINI Simone
  Sindaco di Cesano Boscate
- NIEDDU Mario
  Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, Regione Sardegna
- RADICE Lorenzo
  Sindaco di Legnano
- RUSCITTI Giancarlo
  Direttore Dipartimento Salute Politiche Sociali, Provincia Autonoma di Trento
- TIDORE Marcello
  Direzione Generale Sanità, Regione Sardegna
- URBANI Andrea
  Direttore Generale Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute

Management aziendale

- BENETOLLO Pier Paolo
  Direttore Generale Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento
- BENINI Patrizia
  Direttore Generale Istituto Oncologico Veneto
- BIANCHI Attilio
  Direttore Generale Istituto Nazionale Tumori di Napoli
- BONELLI Gianni
  Direttore Generale ASST dei 7 Laghi
- BORASO Flavio
  Direttore Generale ASL AT
- BORDON Paolo
  Direttore Generale Bologna
- BOSIO Marco
  Direttore Generale ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
- BOTTI Renato
  Direttore Generale Istituto Giannina Gaslini
- CALAMAI Monica
  Direttore Generale Azienda USL di Ferrara
- CAPALBO Maria
  Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord
- CARRADORI Tiziano
  Direttore Generale AULS Romagna
- CASATI Giorgio
  Direttore Generale ASL Roma2
- CATTINA Grazia
  Direttore ASSL Nuoro
- COBELLO Francesco
  Direttore Fondazione SSP
- COLETTI Roberto
  Arnas Civico Palermo
- CORRADO Maria Paola
  Ares 118, Regione Lazio
- DAL MASO Maurizio
  già Direttore Generale ASL Terni
- D'ALBA Fabrizio
  Direttore Generale Policlinico Umberto I
- DAMONE Rocco Donato
  Direttore Generale Azienda Ospedaliera Careggi
- DE FILIPPIS Giuseppe
  già Direttore Sanitario Istituto «Besta» Milano
- DEI Simona
  Direttore Sanitario Azienda USL Toscana Sud Est
- DESIDERI Enrico
  Presidente Fondazione Sicurezza in Sanità
- D'INNOCENZO Marinella
  Direttore Generale ASL Rieti
- GENTILI Gilberto
  Direttore Generale USL Umbria 1
- GIUPPONI Massimo
  Direttore Generale ATS Bergamo
- LA VALLE Giovanni
  Commissario AOU Città della Salute e della Scienza Torino
- LOMBARDO Massimo
  Direttore Generale ASST Spedali Civili di Brescia
- MARCOLONGO Adriano
  Direttore Generale AOU Sant’andrea di Roma
- MARTELLI Giorgio
  Direttore Generale IRCCS Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori
- MESSINA Walter
  Direttore Generale AO Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello Palermo
- PETRALIA Paolo
  ASL 4 Chiavarese
- QUINTAVALLE Giuseppe
  Direttore Generale Policlinico Tor Vergata
- SANTONOCITO Giorgio
  Direttore Generale ASL Roma 5
- SCARCELLA Carmelo
  Direttore Generale ASST del Garda
- SCHAEL Thomas
  Direttore Generale ASL Vasto-Chieti
- SCHIEPPATI Stefano
  Direttore Sanitario Istituto «Besta» Milano
- SERPIERI Chiara
  Direttore Generale ASL Verbanio - Cusio - Ossola (VCO)
- SILVESTRI Norberto
  ex Direttore Sanitario Campus Biomedico - Roma
- SOSTO Gennaro
  Direttore Generale ASL Napoli III Sud

- TANESE Angelo
  Direttore Generale ASL Roma 1
- TUBERTINI Mario
  Istituto di Montecatone Bologna
- VOLPE Gennaro
  ASL Benevento - Presidente Card

Professioni sanitarie

- ANNICCHIARICO Giuseppina
  Coordinatrice del Co.Re.Ma.R. (Coordinamento Regionale Malattie Rare - A.Re.S. Puglia)
- ARPAIA Guido
  Presidente Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare
- BALZANELLI Mario Giosuè
  Presidente SIS118
- BASILE Francesco
  Presidente SIC - Società Italiana di Chirurgia
- BECHERUCCI Paolo
  SICUPP - Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche
- BERETTA Giordano
  Presidente AIOM
- BIASCI Paolo
  Presidente FIMP
- BOGGI Ugo
  S.I.T.O - Società Italiana Trapianti d'Organo
- BONOLDI Giustina
  Direttore dell'Anatomia Istologia Patologica e Citogenetica Niguarda
- CALABRESE Nicola
  Vice Segretario Nazionale FIMMG
- CAVALIERE Arturo
  Presidente SIFO
- CONSOLI AGOSTINO
  SID - Società Italiana di Diabetologia
- COSTANTINO ANTONELLA
  SINPIA - Società Italiana di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza
- D'ARPINO Alessandro
  Consigliere SIFO, Direttore Farmacia AOU di Perugia
- DE GIORGI Serafino
  Presidente Società Italiana di Psichiatria Sociale
- DI BARTOLO Paolo
  Presidente Associazione Medici Diabetologi
- DI LORENZO Nicola
  già Presidente SICOB
- FAVARETTI Carlo
  Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano
- FERRO Antonio
  SITI - Società Italiana Igiene
- GABRIELLI Domenico
  Presidente ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi
- GERLI Roberto
  Presidente Società Italiana di Reumatologia
- GIORGINO Francesco
  Presidente Società Italiana di Endocrinologia
- GRONCHI Alessandro
  Presidente Eletto Società Italiana di Chirurgia Oncologica
- GUARINI Alessandra
  Presidente ANOTE-ANIGEA (Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche) (Associazione Nazionale Infermieri di Gastroenterologia e Associati)
- JANIRI Luigi
  FIAP – Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia
- LANDI Francesco
  Presidente SIGG – Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
- MANCA Mario
  Presidente OTODI – Ortopedici e Traumatologi Ospedalieri d’Italia
- MANCA Salvatore
  Presidente SIMEU – Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza
- MELIS Maurizio
  Presidente SNO – Società dei Neurologi Neurochirurghi e Neuroradiologi
- MONTORSI Marco
  Rettore Humanitas
- NIZZOLI Umberto
  Presidente SISDCA - Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare
- PAOLUCCI Stefano
  SIRN - Società Italiana di Riabilitazione Neurologica
- PELAGALLI Maddalena
  Presidente SIMEN
- PETRINI Flavia
  SIAARTI Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva
- PIETRANTONIO Filomena
  FADOI
- QUINTALIANI Giuseppe
  Consigliere Società Italiana di Nefrologia

- STARACE Fabrizio
  Presidente Societa Italiana di Epidemiologia Psichiatrica
- STASI Michele
  AIFM - *Associazione Italiana di fisica Medica*
- TARANTINI Giuseppe
  Presidente GISE
- TOSSALI Maria Letizia
  AITNE - Associazione Italiana Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- VESTRI Annarita
  SISMEC - Società Italiana di Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica
- ZANETTI Michela
  Presidente Società Italiana Nutrizione Parenterale ed Enterale
- ZITO Giovanni Battista
  A.R.C.A. - Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali

Utenti

- ACETI Tonino
  Presidente Salutequità
- CELANO Antonella
  Presidente APMAR
- GAUDIOSO Antonio
  Presidente Cittadinanzattiva
- MANCUSO Anna Maria
  Presidente Salute Donna Onlus
- PANNUTI Raffaella
  Presidente Fondazione ANT Italia Onlus
- RIVELLA Alessandra
  Presidente Associazione A.N.N.A.
- SCOPINARO Annalisa
  Presidente UNIAMO
- VIORA Ugo Giuseppe
  Vice Presidente ANAP Onlus

CREA Sanità

Componenti *Work groups*

26 maggio 2021

Work group 1
- BARBIERA Maurizio
- GUARINI Alessandra
- TOSSALI Maria Letizia

Work group 2
- ARPAIA Guido
- BASILE Luciano
  (del. di Biasci Paolo)
- CATTINA Grazia
- DI STASI Francesca
- GABRIELLI Domenico
- SILVESTRI Norberto
- VESTRI Anna Rita

Work group 3
- ARCANGELI Emanuela
- BORLOTTI Barbara
- GENTILI Gilberto

Work group 4
- CALAMAI Monica
- COSTATO Anna
  (del. di Mancuso Anna Maria)
- DAL MASO Maurizio
- DI LORENZO Nicola
- FAVARETTI Carlo
- MARCOLONGO Adriano
- RIVELLA Alessandra
- SCOPINARO Annalisa

27 maggio 2021

Work group 5
- BENETOLLO Pier Paolo
- CAPALBO Maria
- FAVA Valeria
  (del. di Gaudioso Antonio)
- LOMBARDO Massimo
- LUBRANO DI SCORPANIELLO Ennio
  (del. di Gerli Roberto)
- PRISCO Luisanna
- QUINTALIANI Giuseppe
- RADICE Lorenzo
- TANESE Angelo

Work group 6
- BENINI Maria Grazia
- GADDO Flego
- GUAITA Giacomo
  (del. di Di Bartolo Paolo)
- PELAGALLI Maddalena
- PETRINI Flavia

Work group 7
- CELANO Antonella
- DESIDERI Enrico
- NEGRINI Simone
- PIETRANTONIO Filomena
- RITROVATO Daniela

Work group 8
- BORDON Paolo
- CALÒ Pietro Giorgio
  (del. di Basile Francesco)
- DE FILIPPIS Giuseppe
- FONTANA Fabrizio
  (del. di Ferro Antonio)
- VANZETTO Andrea
- VIORA Ugo Giuseppe

Ringraziamenti

La IX edizione del progetto “Le *Performance* Regionali”
è stata realizzata grazie ai *grant* incondizionati di:

Executive summary

Il progetto *“Le Performance Regionali”*, giunto nel 2021 alla sua nona annualità, nasce nel 2013 con l’ambizione di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie, fornendo una valutazione delle opportunità di tutela della salute di cui godono le diverse popolazioni regionali.

La metodologia adottata per misurare la *Performance* si fonda sul riconoscimento della sua natura multidimensionale; postula, inoltre, che i diversi portatori di interesse (*Stakeholder*) abbiano aspettative non necessariamente coincidenti, così che la misura della *Performance* dipende dalle loro priorità.

Segue a questa impostazione, che la misura della *Performance* deve prevedere una trasparente composizione delle diverse Dimensioni e anche delle diverse Prospettive. La trasparenza sui “pesi” di composizione adottati, e anche sui processi per la loro elicitazione, è un punto qualificante della proposta di misura, che riteniamo essenziale in termini di *accountability* dell’esercizio.

Nell’ottica descritta, il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) ha elaborato un metodo originale di valutazione della *Performance*, sviluppato con la collaborazione di un *Panel* di esperti (attualmente oltre 100) afferenti a cinque categorie di *Stakeholder* (Utenti, Istituzioni, Professioni sanitarie, *Management* aziendale, Industria medicale).

Come anticipato, l’esercizio valuta la *Performance* anche “dal lato della domanda” (ovvero delle opportunità di tutela di cui godono i cittadini), non limitandosi all’efficienza/efficacia dell’offerta (pubblica) di servizi: il progetto non ha, quindi, una vocazione “tecnocratica”; in altri termini, non è finalizzato a promuovere l’*accountability* dei sistemi sanitari regionali, ovvero a misurare il loro grado di raggiungimento degli obiettivi di Sanità pubblica; compito peraltro già svolto da altre iniziative, istituzionali e non.

Questo riteniamo spieghi perché i sistemi sanitari regionali che, con la nostra metodologia, risultano offrire il maggior livello di tutela della salute, non sempre coincidono con quelli che “performano” meglio nella cosiddetta “Griglia LEA” (ora Nuovo Sistema di Garanzia), né con quelli individuati quali *benchmark* per il riparto del Fondo Sanitario.

In altri termini, si assume che la tutela della salute sia responsabilità condivisa in tutte le politiche, da quelle ambientali a quelle economiche, tanto per citare casi evidenti; e passa altresì per i comportamenti dei cittadini, come ad esempio nelle decisioni di spesa privata per la Sanità e sugli stili di vita adottati: sintetizzando, la misura di *Performance* adottata ha l’ambizione di guardare al fenomeno Salute in una accezione olistica.

Passando ai risultati, le diverse annualità del progetto hanno evidenziato come la *Performance* sia un concetto intrinsecamente dinamico: gli indicatori ed i pesi di composizione si sono modificati nel tempo, permettendo di apprezzare una evoluzione coerente con i fattori politici e culturali di contesto, in particolare con le tendenze delle politiche sanitarie.

In questa annualità l’elemento di valutazione che ci sembra emergente è legato all’osservazione che per i componenti del *Panel* la “gestione” dell’emergenza sanitaria che ha caratterizzato l’ultimo anno, non debba essere fattore determinante nella valutazione del

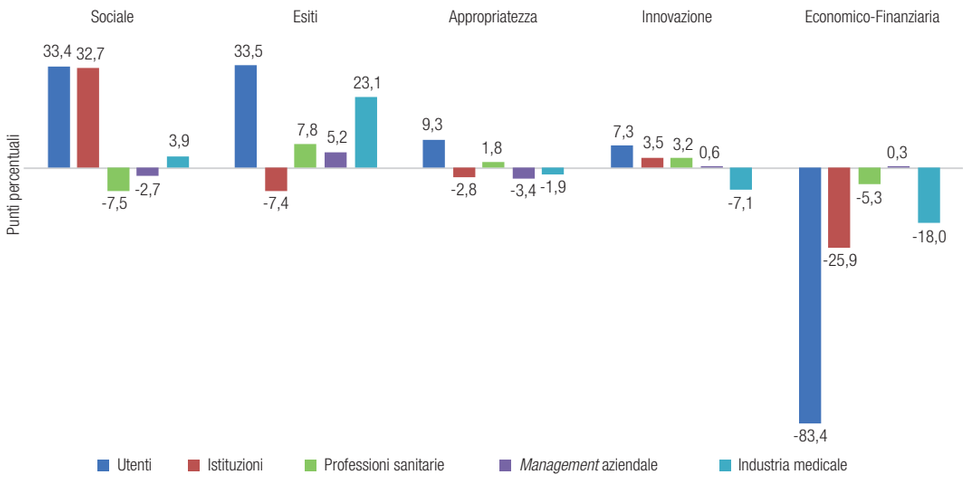
livello di tutela della salute delle diverse Regioni: desumiamo ciò dal fatto che è risultata bassa la preferenza espressa sugli indicatori di *Performance* legati alla pandemia di COVID (mortalità, tasso di positività, quota di dosi consegnate, somministrate); allo stesso tempo, l’emergenza sanitaria ha, però, modificato le “priorità” nelle agende della politica sanitaria, impattando per questa via sulla misura della *Performance*.

Sempre in considerazione delle recenti evoluzioni del sistema socio-sanitario, in larga misura derivanti dalla pandemia, si segnala che da questa annualità, si è promossa la partecipazione al *Panel* di alcuni Sindaci; riteniamo sia un elemento qualificante nella determinazione della *Performance*, in ossequio alla crescente consapevolezza della relazione inscindibile tra Sanità e Sociale, e del ruolo che in tale ottica spetta agli Enti Locali (in primis i Comuni) nell’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Nella IX annualità del progetto, registriamo che le dimensioni Esiti e Sociale contribuiscano per oltre il 60% alla *Performance*, in modo quasi uguale: 32,1% e 31,9% rispettivamente; segue la Dimensione Economico-Finanziaria (14,4%); Appropriatezza e Innovazione, contribuiscono rispettivamente per il 12,2% ed il 9,4%.

Sebbene con alcune apprezzabili differenze quantitative, questo *ranking* delle Dimensioni è condiviso da quasi tutte le categorie di *Stakeholder*, sebbene Industria, Professioni sanitarie ed Istituzioni antepongano la dimensione Economico-finanziaria all’Appropriatezza; la dimensione economica occupa l’ultima posizione per gli Utenti.

Variazione (IX vs VIII ed.) del contributo (%) delle diverse Dimensioni alla *Performance* Per categoria di *Stakeholder*

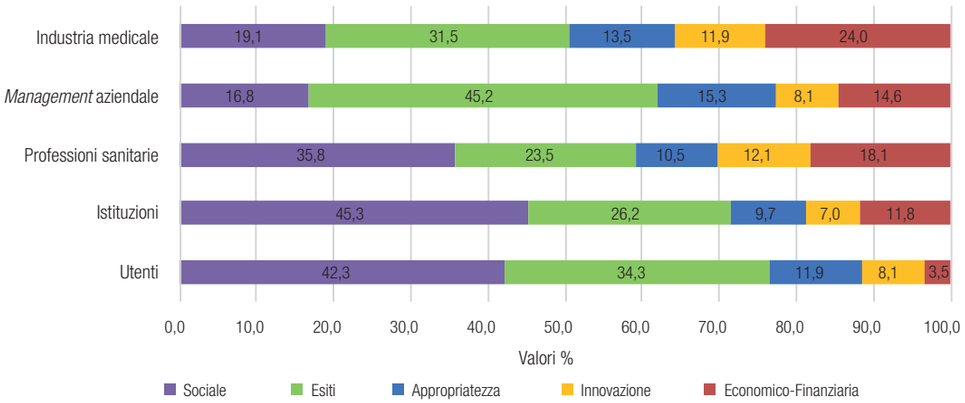


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla precedente edizione si registra una (ulteriore) riduzione del peso della Dimensione Economico-Finanziaria (-26,5 punti percentuali); risulta invece in aumento il contributo di Esiti, Sociale e Innovazione (+12,4, +12,0 e +1,5 punti percentuali rispettivamente); il peso dell’Appropriatezza è rimasto pressoché invariato (+0,6 punti percentuali rispetto alla scorsa edizione).

La dinamica dei pesi può essere spiegata con riferimento allo stanziamento di risorse aggiuntive avvenuto con la pandemia, che ha “rilassato” la pressione sugli aspetti finanziari; analogamente la gestione dell’emergenza ha evidenziato il ruolo essenziale dell’innovazione (ad esempio i vaccini), giustificando la crescita del peso di tale Dimensione.

Contributo (%) delle Dimensioni alla *Performance* Per categoria di *Stakeholder*



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

Le modifiche dei “pesi”, risultano “coerenti” con l’evoluzione del quadro complessivo anche quando lette in corrispondenza delle preferenze delle diverse categorie di *Stakeholder*. Ad esempio, segnaliamo l’importanza del Sociale per le Istituzioni e gli Utenti, segno della preoccupazione per impatto della pandemia sulle disuguaglianze; analogamente l’attenzione agli Esiti dimostrata dalle Professioni sanitarie, che sono state in prima linea nel contrasto al COVID.

Questa annualità segna una discontinuità per quanto concerne il *Management*, le cui valutazioni tendono a discostarsi da quelle delle altre categorie: infatti solo per i rappresentanti del *Management* gli aspetti gestionali (in particolare gli indicatori di processo), rimangono “rilevanti” nel contributo alla *Performance*.

Il *ranking* della *Performance* elaborato, oscilla da un massimo del 61% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 21%: il risultato migliore è ottenuto dalla P.A. di Bolzano ed il peggiore dalla Regione Calabria. Come nelle precedenti edizioni, secondo le valutazioni del *Panel*, anche le migliori *Performance* regionali attuali risultano

ancora distanti da una *Performance* “ottimale”.

Il divario fra la prima e l’ultima Regione del *ranking* è rilevante: quasi un terzo delle Regioni non arriva neppure ad un livello pari al 50% del massimo ottenibile.

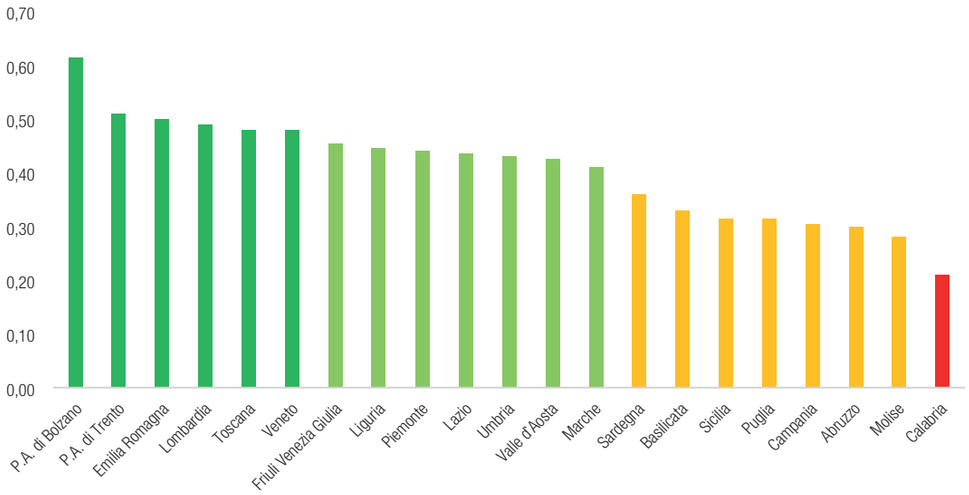
Sei Regioni hanno livelli di *Performance* elevati, compresi fra il 48% e il 61%, del livello ottimale: all’interno del gruppo si distingue la P.A. di Bolzano, che registra il livello massimo, seguita da P.A. di Trento, Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Veneto, con modeste variazioni fra loro.

Abbiamo poi 7 Regioni, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Piemonte, Lazio, Umbria, Valle d’Aosta e Marche, con livelli di *Performance* abbastanza omogenei, ma inferiori, compresi nel range 41-45%.

A seguire Sardegna, Basilicata, Sicilia, Puglia, Campania, Abruzzo e Molise con livelli di *Performance* compresi tra il 30% e il 36%.

Infine, la Calabria, che registra un livello di *Performance* inferiore al 25%.

Indice di *Performance*



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

Complessivamente, rimane pressoché costante la composizione del gruppo delle Regioni che, anno dopo anno, si situano nell’area dell’“eccellenza”; come anche quella del gruppo, numericamente rilevante, delle Regioni (tutte meridionali) che rimangono nell’area intermedia e critica.

Per la Categoria Utenti, la P.A. di Bolzano, con il 62%, continua a mantenere la prima posizione, registrando un livello di *Performance* di poco maggiore rispetto a quello registrato nel “*ranking* generale”. Seguono P.A. di Trento e Liguria con una *Performance* rispettivamente pari al 47% e 40%; la Calabria occupa sempre l’ultima posizione con un indice di *Performance* pari all’11% di quella massima.

Per i rappresentanti delle Istituzioni, la misura di *Performance* varia dal 69% della P.A. di Bolzano al 13% della Calabria: si allarga quindi la forbice fra gli estremi; P.A. di Trento, Lombardia, Emilia Romagna e Veneto seguono la P.A. di Bolzano con un livello di *Performance* pressoché simile (tra il 57% ed il 54%). Nelle ultime posizioni troviamo Puglia, Sicilia e Campania che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 31% e il 23%. La Calabria ultima, con il 13%.

Per le Professioni sanitarie si riducono le “distanze”: la *Performance* complessiva varia fra il 70% della P.A. di Bolzano ed il 28% della Calabria; P.A. di Bolzano e P.A. di Trento, con un livello di *Performance* compreso tra 0,70 e 0,64 occupano le prime due posizioni; seguono Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Toscana, con un livello di *Performance* compreso tra 0,56 e 0,51; Campania, Puglia, Abruzzo, Sardegna, Molise e Calabria occupano, invece, le ultime sei con un indice di *Performance* inferiore al 40%.

Per la Categoria *Management* aziendale il *gap* tra la Regione più performante e quella meno è più contenuto rispetto alle altre Categorie di *Stakeholder*: si passa da un valore massimo del 53% della Toscana ad uno minimo del 24% dell’Abruzzo. Toscana, Emilia Romagna, Lazio e Lombardia occupano le prime quattro posizioni con una *Performance* molto simile e compresa tra il 49% e il 53%; all’estremo opposto troviamo Sicilia, Basilicata, Puglia, Molise, Calabria e Abruzzo che occupano le ultime sei posizioni con un valore di *Performance* inferiore al 38% (tra il 38% e il 24%).

Per i rappresentanti dell’Industria medicale la misura di *Performance* varia dal 59% della P.A. di Bolzano al 21% del Molise. Emilia Romagna, Veneto e P.A. di Trento seguono la P.A. di Bolzano con un livello di *Performance* pressoché simile (50%). Nelle ultime posizioni troviamo Sicilia, Puglia, Abruzzo, Calabria e Molise che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 29% e il 21%.

In conclusione, la crescita del contributo della Dimensione Sociale ed Esiti alla *Performance*, sembra indicare una crescente consapevolezza, probabilmente rafforzatasi durante la fase dell’emergenza, della necessità di garantire equità di accesso a livello regionale, tutelando quindi la natura universale del servizio sanitario italiano.

In particolare, dal dibattito tra i componenti del *Panel*, è emersa una posizione condivisa sull’esigenza di una maggiore integrazione fra politiche sanitarie e sociali, che deve trovare un riscontro nelle valutazioni sulla *Performance*: a tal fine nel futuro si vorrà consolidare la presenza dei Sindaci nell’*Expert Panel*.

Inoltre, è emersa la volontà di elaborare nuovi indicatori in funzione della puntuale valutazione degli effetti delle misure legate all’implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: in particolare indicatori in grado di misurare miglioramenti nella flessibilità dei sistemi socio-sanitari, ed il “rendimento” (sociale) degli investimenti che saranno finanziati.

1. Introduzione

Il progetto *“Performance Regionali”* del C.R.E.A. Sanità, giunto nel 2021 alla sua nona annualità, si pone l’obiettivo di fornire una valutazione del livello di tutela della salute di cui i cittadini dispongono nelle diverse Regioni.

Come ogni valutazione si genera una “classifica” che, lungi da noi l’idea che rappresenti una “pagella” sull’operato dei Servizi Sanitari Regionali pubblici (SSR), riteniamo vada intesa come uno spunto di riflessione sugli effetti di una congerie di fattori (i servizi pubblici disponibili, ma anche, ad esempio, il contesto ambientale e socio-economico) sulle opportunità di tutela della salute della popolazione.

Quanto premesso implica che l’approccio adottato non misura il grado di raggiungimento di obiettivi tecnocraticamente attribuiti ex ante ai SSR, compito evidentemente affidato alle Istituzioni e già indagato in altri progetti di valutazione (es. Sistema di Valutazione delle *Performance* del Sant’Anna di Pisa).

Ribadiamo che nella nostra visione, la tutela della salute attiene ad un ambito più ampio di quello della erogazione di beni e servizi sanitari pubblici, coinvolgendo, ad esempio, e senza pretesa di esaustività, la prevenzione nella sua accezione più ampia, che comprende gli stili di vita adottati dai cittadini e la protezione ambientale; comprende, altresì, i livelli di deprivazione della popolazione e, in generale, i divari socio-economici che ne derivano, in quanto impattano sulla capacità di autonoma “produzione di salute”; comprende il Sociale e tutto ciò che esita nella capacità di inclusione; contiene, ancora, il costo-opportunità di destinare risorse pubbliche, ma anche private, al settore socio-sanitario, privandone altri usi meritori. La tutela della salute di fatto rappresenta il combinato disposto tanto dei servizi erogati dal pubblico, che dal privato, nonché delle attitudini dei cittadini, sia in termini di scelta di ricorrere a particolari tipologie di consumi privati, sia in termini di adozione di particolari stili di vita (attività fisica, alimentazione etc.).

Quanto precede definisce un approccio intrinsecamente fondato sul principio della multidimensionalità della *Performance*, che è una delle caratteristiche distintive dell’approccio adottato; l’altro è quello del riconoscimento di una natura multi-prospettica della *Performance*: l’assunzione, confermato dalle edizioni precedenti della progettualità, è che i “diversi” *Stakeholder* dei sistemi socio-sanitari di fatto sono portatori di prospettive non totalmente sovrapponibili in tema di *Performance*.

La sintesi delle diverse prospettive viene effettuata adottando un metodo “democratico” di composizione delle diverse possibili dimensioni della valutazione, a cui diversi *Stakeholder* possono attribuire “pesi” differenti.

Da ultimo, ricordiamo che il concetto di salute, assumendo l’approccio olistico, è intrinsecamente dinamico, essendo legato alle modifiche del contesto sociale, economico, culturale e politico: ne segue che anche la misura della *Performance*, in quanto valutazione di livelli di tutela della salute conseguiti o conseguibili, non può che essere dinamica ed evolutiva.

L’approccio utilizzato per giungere ad un indicatore regionale di *Performance*, in continuità con le edizioni precedenti, è il frutto dello sviluppo di una metodologia originale di valutazione, proposto nel 2012 dal *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità già consorzio promosso dall’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”); la metodologia è stata sviluppata con l’apporto di un qualificato *Panel* di esperti, che è il motore dei processi di affinamento annuale dell’approccio.

Il *Panel* individua annulamente gli indicatori ritenuti rappresentativi della *Performance*, alla luce delle “priorità” maturate nel periodo; inoltre rappresenta il campione di soggetti di cui si elicitano le preferenze con cui viene alimentato il processo di misura dell’indicatore sintetico di valutazione.

L’approccio, operativamente, prevede quattro fasi:

- Individuazione delle Dimensioni della *Performance*
- Individuazione di un set di indicatori di *Performance* da parte dell’*expert Panel*
- Elicitazione del “valore” che i componenti del *Panel* attribuiscono alle determinazioni degli indicatori
- Elicitazione del “valore relativo” attribuito dai componenti del *Panel* ai diversi indicatori (ovvero alle disponibilità a scambiare peggiori determinazioni di un indicatore con migliori di un altro, a parità di valutazione complessiva della *Performance*).

Molteplici sono le evidenze generate dal progetto sin dalla sua prima edizione; per citare quelle che riteniamo più originali e rilevanti:

- la dimostrazione/conferma della dipendenza della misura della *Performance* dalle diverse prospettive di cui sono portatori gli *Stakeholder*
- l’esistenza di una dinamica derivante dall’impatto che i fattori politici e culturali del Paese, come anche dalle tendenze delle politiche sanitarie, generano sulle misure di composizione delle diverse Dimensioni di cui è composta la *Performance*
- l’esistenza di una correlazione fra la misura di *Performance* ed il contesto locale professionale dei membri del *Panel*.

A questo proposito, nell’edizione 2021 (IX annualità) l’elemento di valutazione che ci sembra emergente è legato all’osservazione che per i componenti del *Panel* la “gestione” dell’emergenza sanitaria che ha caratterizzato l’ultimo anno, non sia fattore determinante nella determinazione del livello di tutela della salute delle diverse Regioni; sebbene abbia però fatto emergere aspetti che comportano una modificazione delle “priorità” nelle agende della politica sanitaria.

In questa IX annualità del progetto hanno aderito al *Panel* 124 componenti (31 in più rispetto alla precedente edizione), con una distribuzione sostanzialmente bilanciata tra le diverse categorie di *Stakeholder* e le diverse ripartizioni geografiche di provenienza.

Preme sottolineare che, alla luce della consapevolezza della relazione inscindibile tra sanità e sociale, e del ruolo che dovrà spettare agli Enti Locali (in primis i Comuni) nell’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), si è promossa la partecipazione al *Panel* di alcuni Sindaci.

Il *Panel* è quindi composto da:

- 16 rappresentanti delle Istituzioni: 5 nazionali e 8 regionali e 3 locali
- 9 rappresentanti degli Utenti/Cittadini: fra questi 9 Presidenti/Coordinatori nazionali di Associazioni dei pazienti
- 42 rappresentanti delle Professioni sanitarie: di cui 37 Presidenti o Segretari

Nazionali di Società Scientifiche, 2 Consiglieri Società Scientifiche, 1 dell'Università, 2 Associazioni di aree cliniche specifiche
- 42 componenti del *Management* di aziende sanitarie: 33 Direttori Generali di aziende sanitarie, 4 Direttori Sanitari di aziende sanitarie, 1 Presidente di fondazione attiva in Sanità, 1 Direttore di fondazione, 1 Consulente di *Project Management* in Sanità, 1 Commissario di Azienda Ospedaliera Universitaria, 1 Direttore di istituto
- 15 rappresentanti dell'Industria: 14 Dirigenti di aziende medicali (farmaci e dispositivi medici) e 1 Presidente di Associazione di categoria
- 2 *supervisor* del progetto.

Prima di passare all'analisi dei risultati, è ancora opportuno segnalare alcune modifiche qualificanti della metodologia adottate in questa nona edizione (2021) del progetto.

Il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità ha proposto al *Panel* un *set* di 32 indicatori, precedentemente selezionati, con l'indicazione di esprimere per ognuno di essi un livello di gradimento/importanza in una scala 1-9 con il fine di giungere a selezionare i 3 ritenuti più "qualificanti", per ognuna delle cinque Dimensioni predeterminate di valutazione (rimaste invariate nelle ultime sei edizioni): Esiti, Sociale, Appropriatezza, Innovazione, Economico-Finanziaria.

La scelta è avvenuta mediante un processo di *consensus* sviluppato utilizzando il metodo *Delphi*, descritto nella sezione metodologica, cui sono stati invitati a partecipare tutti i componenti del *Panel*.

Per quanto concerne l'individuazione degli indicatori, stante la particolarità del periodo dovuta all'emergenza sanitaria da COVID-19, è sembrato opportuno proporre nel set di indicatori sottoposti alla *consensus*, anche alcuni indicatori associati alla gestione della pandemia, al fine di rilevare l'eventuale "peso" ad essi attribuito da parte del *Panel* nell'ottica della misurazione del livello di tutela della salute.

Durante il *meeting* dell'*expert Panel*, tenutosi in modalità *webinar* nel mese di Maggio 2021, il dibattito si è concentrato sui cambiamenti delle priorità, "letti" attraverso la modifica di alcuni indicatori-obiettivo prescelti; inoltre, si è convenuto sull'esigenza che sin dalla prossima edizione la valutazione debba maggiormente estendersi al Sociale, nonché debba essere in grado di misurare il grado di flessibilità raggiunta dai sistemi di tutela, ed anche il rendimento (di produttività, efficienza, etc.) degli investimenti che verranno fatti nei prossimi 5 anni secondo il PNRR.

Il seguito del presente *report* è organizzato come segue: dopo un breve riepilogo della metodologia di lavoro, segue la descrizione del processo e degli esiti della *consensus* sugli indicatori; quindi, si analizza l'esito dell'elicitazione delle funzioni di valore degli indicatori, distinte anche per genere degli *Stakeholder*; analogamente, a seguire, si analizza il processo di elicitazione del valore relativo agli indicatori ai fini della composizione della *Performance*; la presentazione dei risultati termina con la descrizione del *ranking* regionale, analizzato sia nel complesso che per singola Categoria di *Stakeholder*; si analizza, altresì, la dinamica del contributo alla *Performance* tanto delle diverse Dimensioni, quanto dei singoli indicatori.

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

2. Metodologia

Rimandando ai precedenti volumi di sintesi del Progetto (reperibili su www.crea-sanita.it) per i dettagli strettamente metodologici, ci limitiamo qui a osservare come la metodologia utilizzata è sostanzialmente rimasta invariata rispetto all'edizione precedente, al netto ovviamente degli indicatori di *Performance* utilizzati, garantendo così continuità alle analisi; tuttavia, va ricordato che, anno dopo anno, la metodologia è stata affinata, subendo modifiche e integrazioni tese a renderla sempre più aderente alla finalità primaria del progetto: in particolare, quella di produrre una misura sintetica (*Performance*) del livello di tutela della Salute di cui i cittadini possono godere, in funzione della loro diversa residenza regionale; tale misura è ottenuta componendo valutazioni espresse con una logica multi-dimensionale e multi-prospettiva.

Gli adattamenti apportati nella metodologia risultano, altresì, funzionali al raggiungimento di un ulteriore obiettivo del progetto che, come già richiamato nel paragrafo precedente, è quello di contribuire ad una area di ricerca tutt'altro che consolidata, quale è quella delle metodologie di composizione delle valutazioni multi-dimensionali (multi-obiettivo) in Sanità.

Da questo punto di vista, preme ribadire che la valutazione non è orientata alla misura del grado di raggiungimento degli obiettivi dei Servizi Sanitari Regionali, ovvero dei risultati del sistema pubblico regionale di offerta, che presumibilmente devono essere espressi in funzione degli obiettivi istituzionali e programmatici del *Welfare* pubblico; piuttosto l'obiettivo è quello di allargare lo spettro di analisi alle diverse dimensioni delle azioni e condizioni che complessivamente incidono sulla tutela della salute.

Il progetto non ha, quindi, una vocazione tecnocratica, nel senso che non è finalizzato a garantire l'*accountability* dei SSR pubblici, ovvero a misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi di Sanità pubblica definiti per il sistema sanitario nazionale e regionale: tale esercizio è, evidentemente, appannaggio di organismi istituzionali.

Piuttosto la finalità è quella di rappresentare una modalità "terza" di valutazione dei livelli di tutela e promozione della salute effettivamente accessibili a livello regionale: l'ottica, come anticipato, è quella di valutare le opportunità di cui effettivamente dispongono i cittadini: in altri termini, esso ambisce a fornire una indicazione sul livello di legittima aspettativa del cittadino nei confronti della Salute perseguibile nei diversi contesti regionali.

Passando agli aspetti strettamente metodologici del processo di valutazione, si ricorda propedeuticamente che la metodologia assume aprioristicamente (sebbene la posizione sia ampiamente discussa e condivisa in letteratura) che in campo socio-sanitario la natura della *Performance* abbia carattere di soggettività, multidimensionalità e sistematicità (Geert Bouckaert, 2008).

Ai fini della sua implementazione, l'approccio adottato è riconducibile 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-obiettivo 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.

Dall’assunzione di multidimensionalità, derivano almeno due conseguenze fra loro strettamente interrelate.

La prima è quella per cui è necessario identificare e, quindi, esplicitare, le diverse Dimensioni che generano la *Performance*; quindi, a seguire, anche gli indicatori-obiettivo che le rappresentano.

La seconda è che la *Performance*, dovendo riassumere in un’unica espressione quantitativa gli esiti desumibili dagli indicatori, i quali sono però espressi in unità naturali diverse, richiede una normalizzazione, ovvero di riportare tutti gli indicatori (e di conseguenza le Dimensioni) ad una stessa unità di misura.

Sul primo punto, si osservi che le Dimensioni sono certamente legate all’oggetto di analisi: nello specifico caso italiano, la “natura” pubblica (costituzionale) della tutela riteniamo che implichi, ad esempio, che l’equità (dimensione Sociale) sia da ritenersi una Dimensione propria della *Performance* in campo sanitario.

Le Dimensioni di *Performance* adottate sono 5: Sociale (di fatto equità di accesso), Esiti (di salute), Appropriatezza, Innovazione ed Economico-Finanziaria.

Sul secondo punto, si è adottato un approccio tipico della scienza economica, assumendo che la funzione di composizione delle varie Dimensioni (e all’interno di queste dei vari indicatori che la rappresentano) debba essere rappresentativa delle preferenze sociali.

L’approccio implica un atteggiamento “non paternalistico”, basandosi sulla elicitazione delle preferenze, nel nostro caso quelle del *Panel*, assunto come rappresentativo delle diverse prospettive che convivono nella Società.

Ricordiamo che al *Panel* afferiscono diverse categorie di *Stakeholder*, che perseguono obiettivi non necessariamente sovrapponibili, per effetto dei diversi interessi di cui essi sono portatori: le diverse prospettive esitano in diverse attribuzioni di Utilità (in senso economico) attribuite agli indicatori e alle loro determinazioni.

In pratica, nella metodologia adottata, in via di principio, non tutti gli obiettivi, o il loro livello di raggiungimento, forniscono la stessa Utilità sociale.

Inoltre, si assume che l’Utilità/Disutilità prodotta da una dimensione/indicatore può, essere compensata da quella di segno opposto di un altro: in altri termini, la diminuzione del contributo alla *Performance* derivante da un indicatore, può essere compensato dall’aumento di un altro (e viceversa).

Per quanto concerne il processo di valutazione della IX edizione del progetto, nel mese di Aprile 2021 tutti i componenti dell’*expert Panel*, avvalendosi di un applicativo *web-based*, sono stati chiamati a partecipare ad una *consensus* Delphi, svolta a distanza, deputata a definire la scelta degli indicatori di *Performance* (almeno 3 per Dimensione) da utilizzare; nello specifico, hanno espresso il loro livello di accordo/disaccordo (assegnando un punteggio da 1 a 9) sulla rilevanza dei 32 indicatori pre-selezionati; gli indicatori, sono stati precedentemente elaborati dal C.R.E.A. Sanità, per renderli quanto più possibile specifici e confrontabili, in funzione quindi delle loro caratteristiche di standardizzabilità, rilevanza e disponibilità di dettaglio a livello regionale.

E’ stato predeterminato un livello minimo di consenso, che è stato raggiunto già al primo *round*; fra gli indicatori ritenuti rilevanti, sono stati quindi selezionati i 3 sui quali si è concentrato il maggiore consenso.

A seguire, il 25 Maggio 2021, si è svolto un *web-meeting*: in tale occasione i componenti del *Panel* hanno convenuto come l’emergenza sanitaria dovuta al COVID-19 abbia prodotto una modificazione delle “priorità”, peraltro, già parzialmente emerso durante la fase di *consensus* sugli indicatori; hanno, inoltre, convenuto che la gestione dell’emergenza non debba essere oggetto di valutazione in termini di livello di tutela della salute (come confermato dal fatto che i tre indicatori introdotti sulla gestione COVID hanno registrato un basso livello di consenso), sostanzialmente in quanto rappresenta una condizione del tutto “speciale” e che ha impattato sui sistemi regionali con intensità difformi.

Si è, altresì, convenuto sull’opportunità di:

- estendere, sin dalla prossima annualità, la valutazione al socio-sanitario
- introdurre indicatori atti a misurare la flessibilità dei servizi regionali
- introdurre misure del “rendimento” delle azioni che verranno implementate nell’ambito del PNRR.

Il *Panel*, suddiviso in 8 gruppi *multistakeholder,* nelle giornate del 26 e 27 Giugno, si è poi riunito in modalità a distanza, con l’obiettivo di implementare la metodologia e proseguire la discussione, avviata durante il *Panel meeting* “collegiale”.

Nelle sessioni, ogni membro del *Panel* ha la possibilità di esprimere le proprie preferenze, utilizzando procedure *computer assisted:* l’applicativo informatico *web-based* è stato sviluppato ad hoc dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità.

Gli esiti del processo di elicitazione, vengono poi trasferiti su un applicativo *(Logical Decision®* ver. 8.0) che permette di stimare la *Performance* in base a utilità multi-attributo.

3. La *Performance* oltre l'emergenza sanitaria da COVID-19: il parere dell'*expert Panel (meeting e work groups)*

La IX edizione del Progetto *Performance* Regionali si è sviluppata in un contesto di potenziali cambiamenti delineati dall'introduzione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), messo in atto per contrastare gli effetti dell'emergenza sanitaria, economica e sociale generata dal Covid-19.

Il *Recovery Fund* e la conseguente allocazione di risorse specifiche sulla missione "Salute" rappresentano un'occasione irripetibile per determinare un cambio di prospettiva sul SSN e conseguentemente sulla valutazione delle *Performance* regionali.

Durante il *web-meeting*, svoltosi nel pomeriggio del 25 maggio 2021, dopo la presentazione dei risultati della consensus sugli indicatori di *Performance*, è stato chiesto al *Panel* di valutare la possibilità di selezionare ed introdurre ulteriori indicatori di *Performance* come elementi di indicazione strategica per l'implementazione del PNRR con finalità di:

- Misurazione della ripresa del sistema
- Monitoraggio del rendimento degli investimenti nei prossimi cinque anni.

Dal *Panel* sono pervenuti diversi suggerimenti e proposte operative successivamente discusse nei *Work Groups* del 26 e 27 maggio 2021, in cui gli esperti del *Panel* sono stati suddivisi in 8 gruppi *multistakeholder*.

Si tenga presente che in questa edizione del progetto, per la prima volta si è avuta la partecipazione di rappresenti dei Comuni (nella figura dei Sindaci), ritenuta importante per integrare nella valutazione delle *Performance* una maggiore rilevanza degli aspetti sociali.

Gli intervenuti hanno convenuto su vari punti di seguito riassunti:

1) appare in prospettiva opportuno integrare gli indicatori consolidati di *Performance* con un set di indicatori che siano direzionati verso il monitoraggio e la misurazione degli esiti degli investimenti del PNRR
2) la gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19 non dovrebbe condizionare la valutazione della *Performance* regionale; quest'ultima, deve essere valutata sulla base di elementi ordinari di sistema, e non sulla base di eventi straordinari; inoltre, il differente impatto generatosi sui diversi sistemi sanitari rende inappropriato il confronto tra *Performance* regionali
3) è necessario cogliere l'opportunità di una nuova struttura della sanità territoriale, delineata dal PNRR, con la finalità di rivalutazione del ruolo dell'assistenza territoriale e, in particolare, della promozione delle componenti socio-sanitarie.

Si riportano di seguito i principali *topics* emersi come meritevoli di approfondimento.

Territorio	✓ Implementazione di modelli strutturati e misurabili come elementi di raccordo tra *setting* assistenziali ✓ Indirizzare le attività della specialistica verso il territorio ✓ Perdita di capillarità e del rapporto di fiducia MMG/paziente dovuta alla nuova struttura dell'ass. territoriale dettata dal PNRR? ✓ Le Case della comunità genereranno liste di attesa anche nella medicina territoriale? ✓ Sviluppo di sistemi di rilevazioni d'informazioni e di collegamento con la rete ospedaliera ✓ Rivalutazione del territorio e superamento del ruolo di "fanalino di coda" ✓ Misurazione e quantificazione delle attività territoriali ✓ Come gestire sul territorio le complessità post-ricovero?
Assistenza ospedaliera	✓ Superamento della visione ospedale-centrica ✓ Integrazione con il territorio e allineamento contrattuale dei professionisti sanitari ✓ Dimissioni ospedaliere in sicurezza
Proposte per gli Indicatori di *Performance*	✓ Conferma degli indicatori C.R.E.A. consolidati per la valutazione della *Performance* ✓ Introdurre indicatori aggiuntivi sulla flessibilità e sull'evoluzione dei sistemi regionali in seguito al cambiamento generatosi con il PNRR ✓ Sviluppare indicatori che misurino la dinamica e non il livello della *Performance* ✓ Costruire indicatori basati sulla variabilità intraregionale ✓ Indicatori sull'Equità delle cure ed Equità interna ✓ Indicatori di appropriatezza sul sociale ✓ Introduzione di indicatori che misurino la presa in carico da parte della medicina territoriale ✓ Nuovi indicatori inerenti l'età evolutiva ✓ Reintroduzione degli indicatori di emergenza-urgenza ✓ Indicatori di monitoraggio dell'attività di prevenzione ✓ L'attuazione del piano è una misura di *Performance*? ✓ Indicatori sull'acutizzazione del cronico e la sua gestione ospedaliera ✓ Sviluppare indicatore per misurare il rapporto territorio-ospedale ✓ Esclusione degli indicatori Covid-19 poiché non rappresentativi della *Performance* regionale

Il ruolo della Ricerca	✓ La ricerca come strumento diffuso per la valutazione dell’innovazione anche organizzativa ✓ Rendere interoperabili i database per la ricerca ✓ La ricerca come strumento per misurare non solo i costi intermedi ma anche quelli finali
***Partnership* tra pubblico e privato**	✓ Tema da non minimizzare ✓ La responsabilità sociale sta entrando nel ruolo del privato? ✓ Incentivare lo sviluppo di collaborazioni tra le istituzioni ed industrie farmaceutiche
Digitalizzazione	✓ Quali servizi offre l’apertura del Fascicolo Sanitario Elettronico? ✓ Impossibilità nel FSE di valutare il trend delle cronicità ✓ Mancanza di un database con un set minimo di dati per alcune malattie specifiche (ipertensione, dialisi, etc.) ✓ Implementare la condivisione di informazioni tra sistemi ✓ Telemedicina: esiste un diverso riconoscimento del valore della prestazione erogata nei diversi sistemi sanitari regionali? ✓ Potenziamento dei sistemi informativi come strumenti per monitorare l’efficienza delle transizioni e non solo come elementi di rilevazione dei conti ✓ Telemedicina e telemonitoraggio per la riorganizzazione dei PDTA
Prevenzione	✓ La prevenzione come strumento di sostenibilità del sistema ✓ Maggiori investimenti in prevenzione ✓ Incentivare la piena ripartenza degli screening ✓ Vaccinazioni ordinare fortemente ridotte e possibili effetti epidemiologici delle mancate coperture vaccinali
Enti locali	✓ Come gestire le risorse del PNRR? ✓ Il ruolo degli enti locali durante il Covid-19 ✓ Maggiori risorse per la gestione dei servizi sociali post-pandemia ✓ Ridurre l’eterogeneità dei servizi socio-sanitari ed evitare difformità locali generabili dal PNRR
Covid-19	✓ Ritorno della medicina di maggioranza ✓ Necessario recuperare i ritardi diagnostici e delle liste d’attesa ✓ Valutazione delle *Performance* regionali non sulla base della gestione dell’emergenza sanitaria

4. Risultati

4.1. Scelta degli indicatori di *Performance* per Dimensione

La valutazione delle opportunità di tutela della salute nelle diverse Regioni, in continuità con le precedenti edizioni, è stata effettuata su un *set* di 15 indicatori, 3 per Dimensione, selezionati a distanza dal *Panel* di esperti in funzione della loro rilevanza e attendibilità.

Ricordiamo che alla loro determinazione si è arrivati attraverso una *consensus* su 32 indicatori preselezionati dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità, in base a criteri di replicabilità, specificità, standardizzabilità, robustezza, oltre che di possibilità di disaggregazione a livello regionale.

Nella Tabella che segue sono riportati i 15 indicatori finali selezionati (in appendice sono disponibili le relative schede sintetiche descrittive).

DIMENSIONE	INDICATORE
Sociale	Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati (%)
	Quota di persone che rinuncia a curarsi (%)
	Quota di cittadini con patologie oncologiche che si curano fuori Regione di residenza
Esiti	Aspettativa di vita in buona salute
	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite
	Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero
Appropriatezza	Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni
	Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde
	Quota ricoveri medici oltre soglia per *over* 75
Innovazione	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (%)
	Quota di dimessi vivi non al domicilio (%)
	Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (%)
Economico-Finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata (€)
	Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite
	Disavanzo economico-finanziario pro-capite

Dimensione Sociale

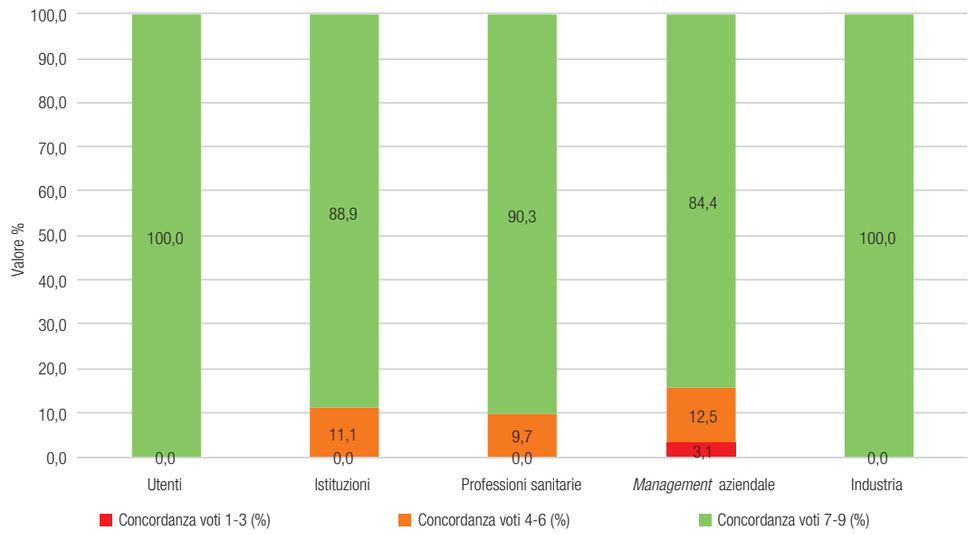
Per la Dimensione Sociale, sono stati adottati gli indicatori: *Quota di popolazione che sperimenta un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati, Quota di persone che rinuncia a curarsi e Quota di cittadini con patologie oncologiche che si curano fuori Regione di residenza.*

Il primo indicatore sintetizza il fenomeno degli effetti dei consumi sanitari privati sui bilanci delle famiglie, rappresentando una misura diretta del disagio da essa causato; il secondo si relaziona al principio di accesso universale alle cure; infine, per quanto concerne il terzo indicatore, la *Quota di pazienti con patologie oncologiche che si curano fuori la Regione di residenza*, elaborato al netto della mobilità verso Regioni di confine, rappresenta una *proxy* dell’adeguatezza dell’offerta e, quindi, delle opportunità di accesso alle cure nella propria Regione di residenza.

Per tutti e tre gli indicatori, oltre il 75% dei votanti di ogni categoria di *Stakeholder* ha espresso un punteggio (accordo sulla loro importanza/inserimento) compreso tra 7 e 9.

Sull’indicatore *Quota di popolazione che sperimenta un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati*, è stato espresso un grado di accordo tra 7 e 9 dal 90,2% dei votanti.

Figura 1
Quota di popolazione che sperimenta un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

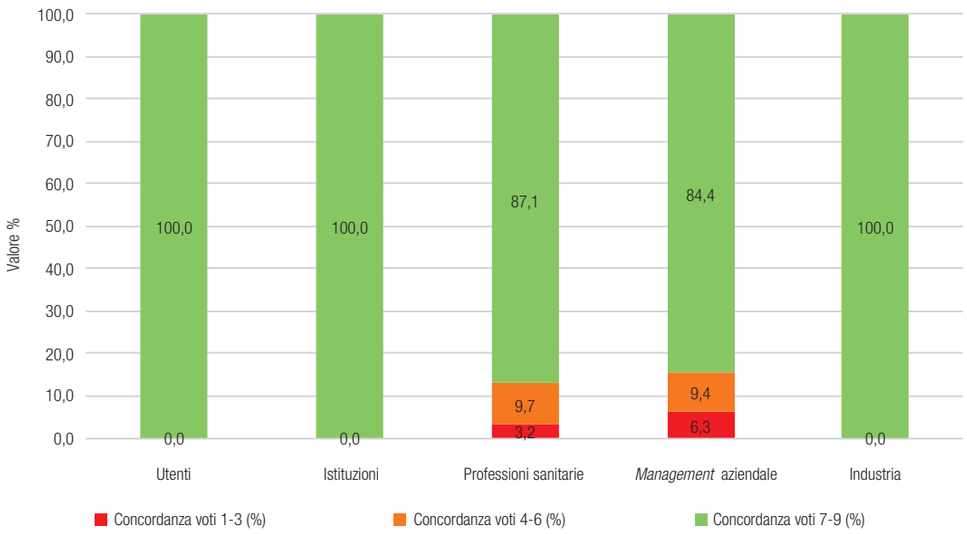
In tutte le categorie di *Stakeholder* si è registrato un alto grado di accordo, compreso tra 7 e 9, sulla opportunità di inserimento dell’indicatore: il consenso è stato almeno pari all’80,0%, superando ampiamente la soglia prefissata del 75%.

Nello specifico:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti
- l’88,9% dei votanti delle Istituzioni, con un ulteriore 11,1% cha ha assegnato un punteggio tra 4 e 6
- il 90,3% dei votanti delle Professioni sanitarie, con il 9,7% che ha assegnato un punteggio tra 4 e 6
- l’84,4% del *Management* aziendale, con il12,5% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6 e il 3,1% tra 1-3
- il100,0% dei votanti dell’Industria medicale.

Per quanto concerne il secondo indicatore selezionato, Quota di persone che rinuncia a curarsi, il 90,2% dei partecipanti ha ritenuto opportuno il suo inserimento (punteggio compreso tra 7 e 9).

Figura 2
Quota di persone che rinuncia a curarsi



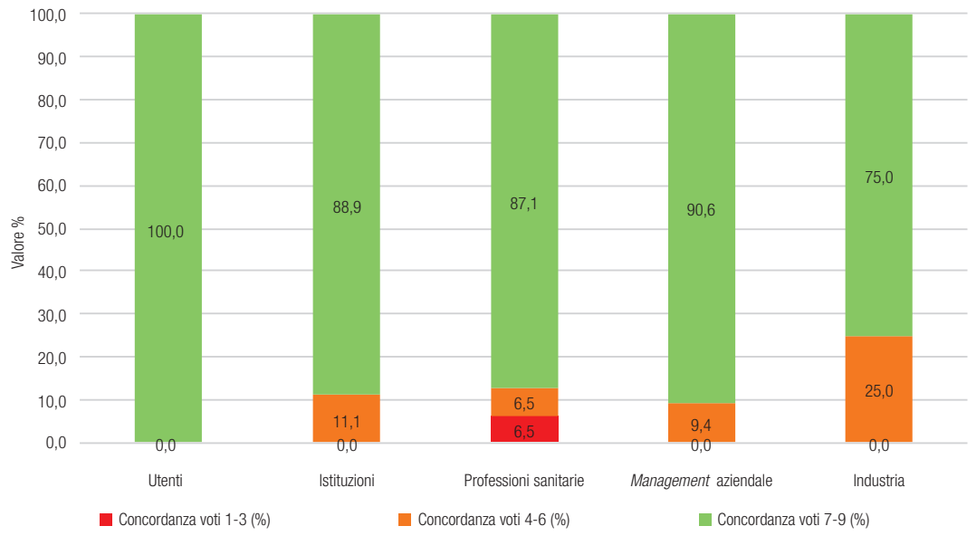
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

Nello specifico:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 100,0% della categoria Istituzioni
- l'87,1% dei votanti delle Professioni sanitarie, con il 9,7% che ha assegnato un punteggio tra 4 e 6 e il restante 3,2% tra 1 e 3
- l'84,4% del *Management* aziendale con il 9,4% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6 e il 6,3% tra 1 e 3
- il 100,0% dell'Industria medicale.

Al terzo indicatore scelto, Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione per patologie oncologiche, è stato assegnato un punteggio 7-9 dall'88,0% dei votanti. Parte dei votanti appartenenti alle Categorie Istituzioni, Professioni Sanitarie, *Management* Aziendale e Industria medicale ha attribuito un punteggio compreso tra 4 e 6 (importante).

Figura 3
Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione per patologie oncologiche



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

Nello specifico:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9
- l'88,9% dei votanti della categoria Istituzioni ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9 e l'11,1% tra 4 e 6
- l'87,1% dei votanti delle Professioni sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 9, il 6,5% tra 4 e 6 e 1 e 3
- il 90,6% del *Management* aziendale ha attribuito un punteggio fra 7 e 9 e il 9,4% tra 4 e 6
- il 75,0% dei votanti dell'Industria medicale ha attribuito un punteggio fra 7 e 9 ed il 25,0% tra 4 e 6.

Dimensione Esiti

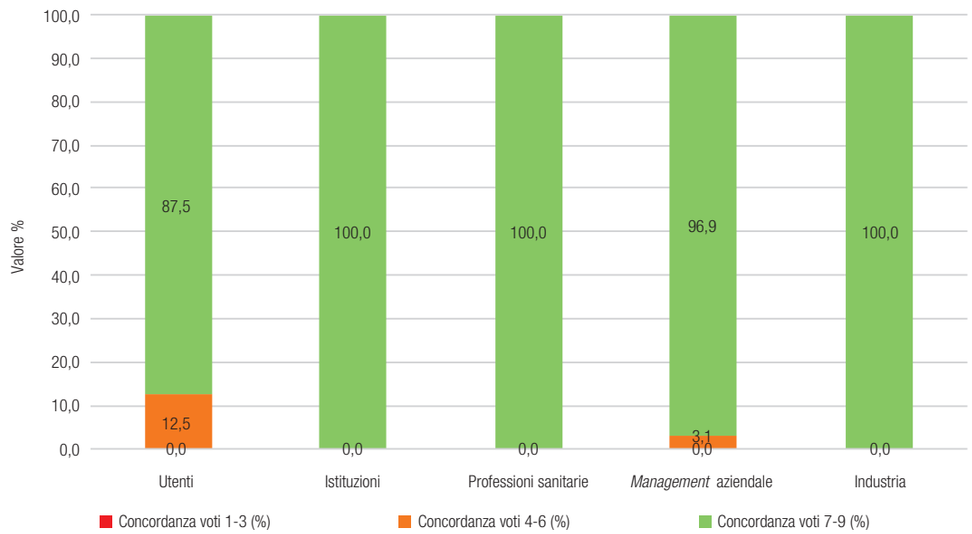
Per la Dimensione Esiti (di salute) sono stati sottoposti alla valutazione i seguenti otto indicatori: *Aspettativa di vita*, *Aspettativa di vita in buona salute*, *Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite*, *Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero*, *Numero medio di patologie croniche pro-capite nella popolazione over 65*, *Tasso di disabilità*, *Quota cittadini molto soddisfatti per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie* e *Quota cittadini molto soddisfatti per assistenza medica, infermieristica, vitto e servizi igienici*.

Sono stati proposti i primi due indicatori, in quanto integrano la dimensione della quantità e della qualità di vita fruibile dalla popolazione ed, inoltre, implicitamente considerano l'aspetto della mortalità; il terzo perché fornisce una misura quantitativa sul numero di decessi avvenuti per cause prevenibili o trattabili, e una qualitativa legata ad abitudini e stili di vita (alimentazione, tabagismo, consumo di alcol, etc.) che riconducono al tema della prevenzione e dell'assistenza sanitaria; il quarto, relativo alla mortalità per infarto del Miocardio, ingloba l'efficacia della rete dell'emergenza-urgenza (extra-ospedaliera ed ospedaliera); il quinto ed il sesto sono in relazione con la cronicità e disabilità, valutando l'efficacia della presa in carico del paziente e delle misure di prevenzione adottate; infine il settimo e l'ottavo sono relativi alla *customer satisfaction*, e riassumono rispettivamente la soddisfazione media della popolazione per il sistema sanitario, sommando la soddisfazione per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero, alla qualità percepita dai cittadini sui servizi delle Aziende Sanitarie, e la qualità dell'assistenza ospedaliera a quella dei servizi primari offerti.

Gli indicatori scelti dal *Panel* sono: *Aspettativa di vita in buona salute*, *Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite* e *Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero*: per tutti oltre il 93% dei votanti di ogni Categoria di *Stakeholder* ha espresso un livello alto di accordo sulla opportunità di inserimento nella misura di *Performance*, attribuendo un punteggio compreso tra 7 e 9.

Prendendo quindi in analisi i tre singoli indicatori selezionati per la dimensione Esiti, si osserva che sul primo indicatore proposto, *Aspettativa di vita in buona salute*, è stato attribuito un punteggio 7-9 dal 97,8% dei votanti.

Figura 4
Aspettativa di vita in buona salute



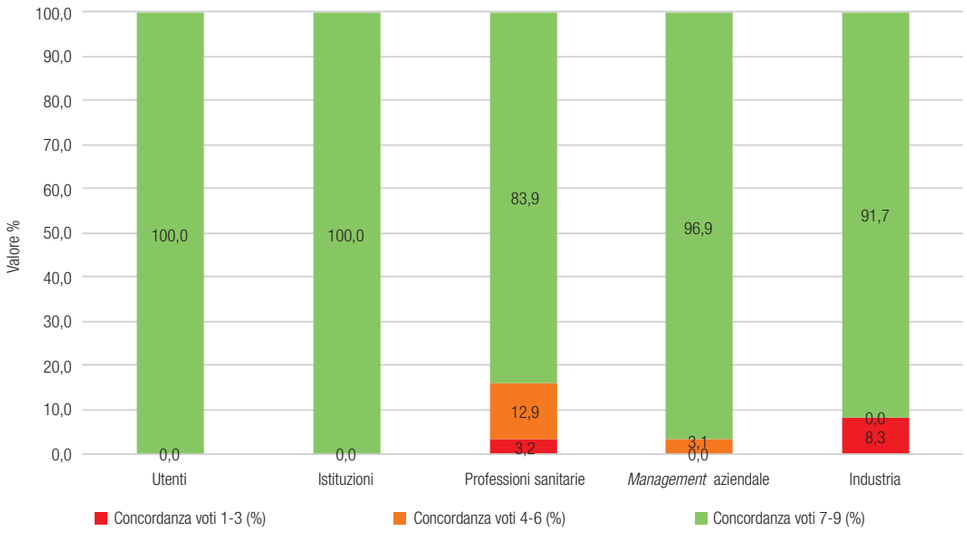
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- l'87,5% della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9 e il 12,5% tra 4 e 6
- il 100,0% della categoria Istituzioni
- il 100,0% della categoria Professioni Sanitarie
- il 96,9% della categoria *Management* Aziendale ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 ed il 3,1% tra 4 e 6
- il 100,0% dei votanti dell'Industria medicale.

Sul secondo indicatore, Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite, è stato attribuito un punteggio fra 7 e 9 dal 92,4% dei votanti.

Figura 5
Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite

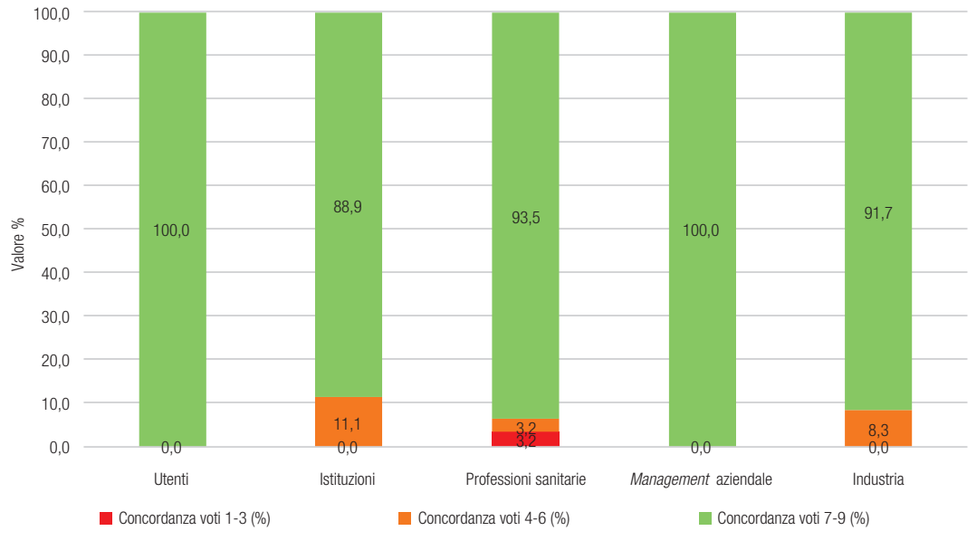


Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:
- il 100,0% della categoria Utenti
- il 100,0% della categoria Istituzioni
- l’83,9% dei votanti delle Professioni sanitarie, con il 12,9% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6 ed il 3,2% tra 1 e 3
- il 96,9% del *Management* aziendale, con il 3,1% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6
- il 91,7% della categoria Industria medicale ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 ed l’8,3% tra 1 e 3.

Sul terzo indicatore selezionato, Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero, il punteggio è fra 7 e 9 per l’95,7% dei votanti.

Figura 6
Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:
- il 100,0% della categoria Utenti
- l’88,9% della categoria Istituzioni ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 e l’11,1% tra 4 e 6
- il 93,5% dei votanti delle Professioni sanitarie con un punteggio tra 7 e 9, il 3,2% assegna un punteggio tra 4 e 6 e tra 1 e 3
- il 100,0% del *Management* aziendale
- il 91,7% dei votanti dell’Industria medicale, con l’8,3% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6.

Dimensione Appropriatezza

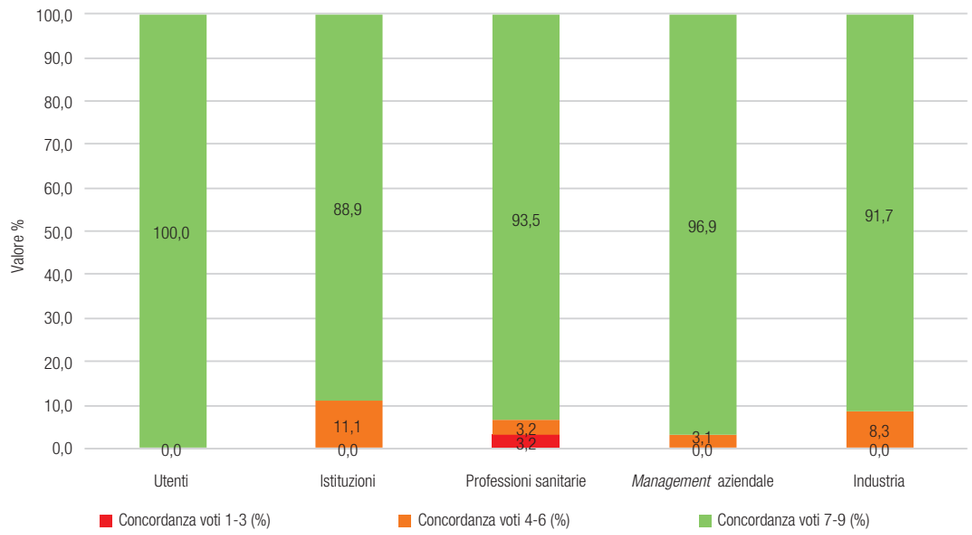
Per quanto concerne la Dimensione Appropriatezza, al primo *round* sono stati sottoposti a valutazione cinque indicatori: *Quota di interventi (carcinoma mammario, frattura del femore, angioplastica, by-pass aorto-coronarico, colecistectomia laparoscopica) effettuati in centri rispondenti ai requisiti previsti dal D.M. n.70/2015*, *Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari cronico-ostruttive, influenza nell'anziano)*, *Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati*, *Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75* e *Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni*.

Il primo indicatore è legato ad una valutazione sull'appropriatezza clinico-organizzativa; il secondo è rappresentativo dell'appropriatezza del ricovero ed è utile a misurare la gestione extra-ospedaliera dei pazienti cronici; il terzo, è rappresentativo dell'appropriatezza di ricorso al regime di ricovero ospedaliero ordinario; il quarto vorrebbe essere rappresentativo dell'appropriatezza extra-ospedaliera in quanto implica la capacità di presa in carico degli anziani da parte dei servizi territoriali; l'ultimo è rappresentativo dell'appropriatezza clinica ed è anche un indicatore sensibile alla misura dell'impatto sulla salute della popolazione (ricordiamo che la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia).

Per questa dimensione sono stati selezionati dal *Panel* gli indicatori: *Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni*, *Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde* e *Quota ricoveri medici oltresoglia per over 75*.

Sul primo indicatore proposto, *Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni*, è stato espresso un alto livello di accordo sulla opportunità di inserimento, dal 94,6% dei votanti.

Figura 7
Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni



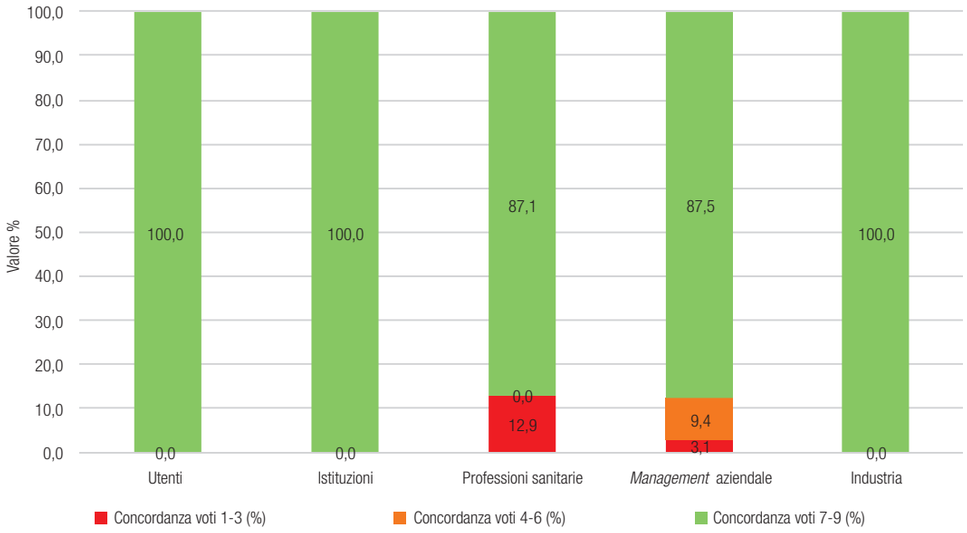
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9
- l'88,9% della categoria Istituzioni ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9 e l'11,1% tra 4 e 6
- il 93,5% della categoria Professioni sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 ed il 3,2% tra 4 e 6 e 1 e 3
- il 96,9% della categoria *Management* Aziendale tra 7 e 9 e il 3,1% tra 4 e 6
- il 91,7% dei votanti dell'Industria medicale, con l'8,3% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6.

Sul secondo indicatore selezionato, *Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde*, è stato assegnato un punteggio fra 7 e 9 dal 91,3% dei votanti.

Figura 8
Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde



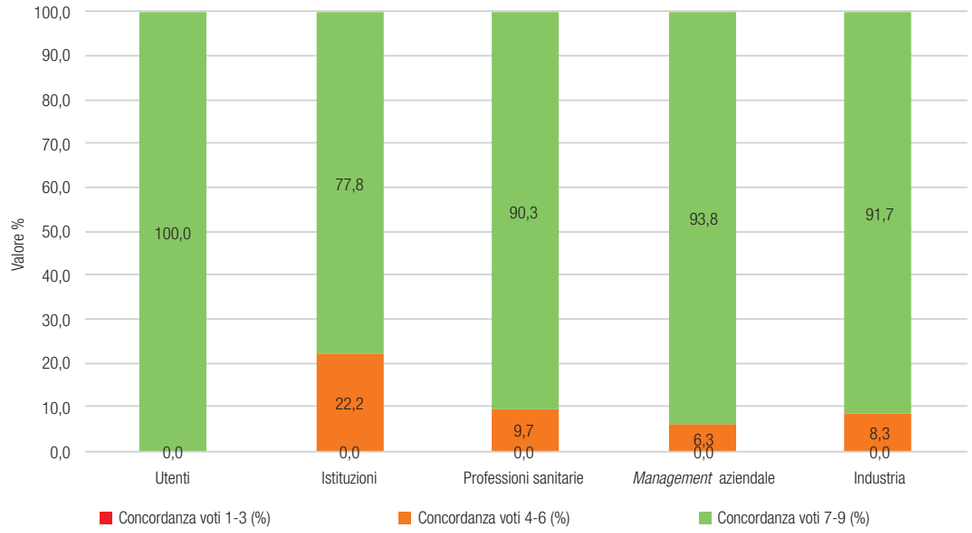
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- il 100,0% della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 100,0% della categoria Istituzioni
- l’87,1% della categoria Professioni sanitarie, con il 12,9% che ha attribuito un punteggio tra 1 e 3
- l’87,5% della categoria *Management* Aziendale ha attribuito un punteggio tra 7 e 9, il 9,4% tra 4 e 6 ed il 3,1% tra 1 e 3
- il 100,0% dei votanti dell’Industria medicale.

Sul terzo indicatore proposto, *Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75*, è stato attribuito un punteggio fra 7 e 9 dal 91,3% dei votanti.

Figura 9
Quota ricoveri medici oltresoglia per *over* 75



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- il 100,0% della categoria Utenti ha attribuito un punteggio tra 7 e 9
- il 77,8% della categoria Istituzioni, ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9 e il 22,2% tra 4 e 6
- il 90,3% dei votanti delle Professioni sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 e il 9,7% tra 4 e 6
- il 93,8% del *Management* aziendale con il 6,3% tra 4 e 6
- il 91,7% della categoria Industria ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 e l’8,3% tra 4 e 6.

Dimensione Innovazione

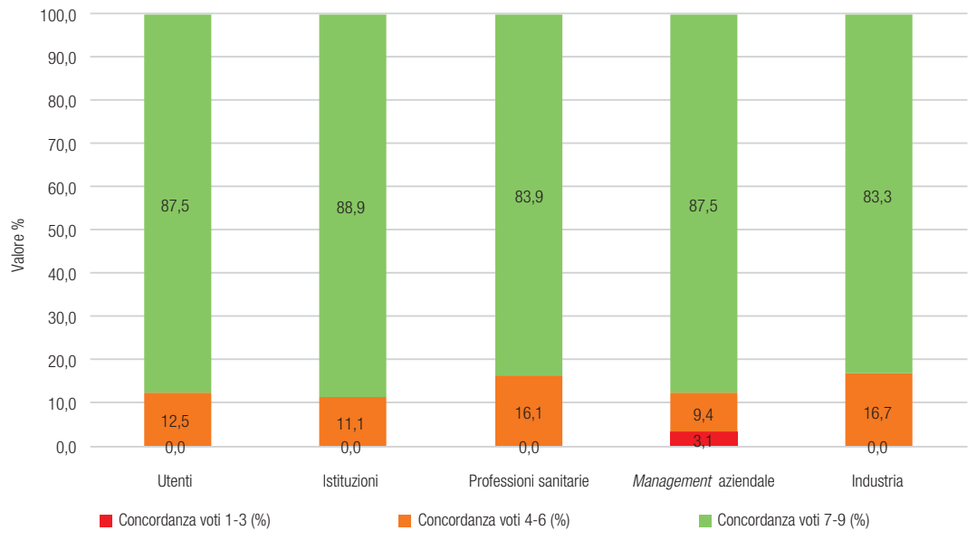
Per la Dimensione Innovazione, nel primo *round* di selezione, sono stati valutati quattro indicatori: *Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopiche e/o robotiche)*, *Quota DDD per farmaci innovativi*, *Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)* e *Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio*.

Il primo è una misura dell’innovazione tecnologica; il secondo sintetizza l’innovazione tecnologica limitatamente all’ambito farmaceutico; il terzo il livello di informatizzazione nelle diverse Aziende Sanitarie; il quarto è potenzialmente indicativo di innovazione in ambito organizzativo (requisiti assistenziali elevati e presa in carico extra ospedaliera dei pazienti dimessi, rispettivamente).

I tre indicatori selezionati per questa Dimensione sono stati: *Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopiche e/o robotiche)*, *Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)* e *Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio*.

Il primo indicatore scelto, *Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopiche e/o robotiche)*, ha ricevuto un punteggio fra 7 e 9 dall’85,9% dei votanti.

Figura 10
Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopiche e/o robotiche)



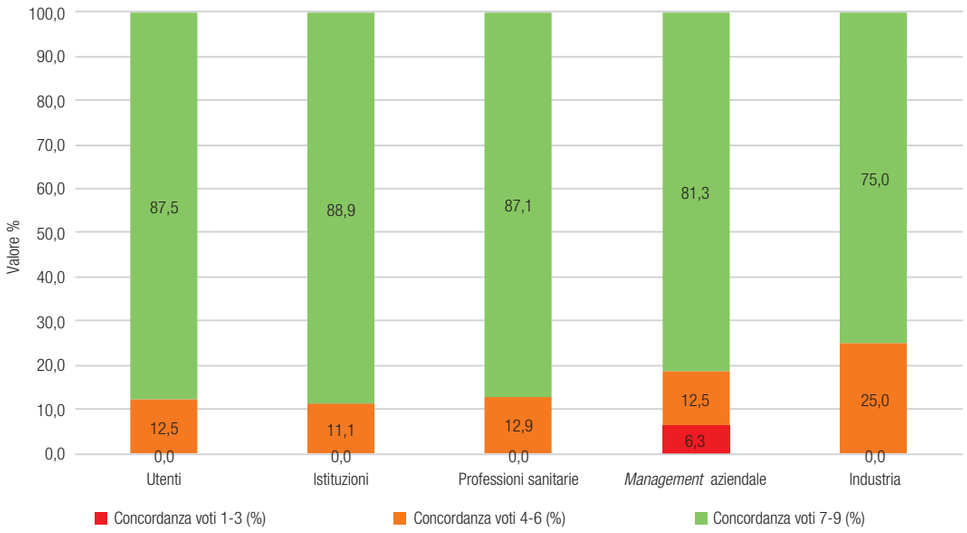
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- l’87,5% della categoria Utenti ha assegnato un punteggio compreso tra 7 e 9 ed il 12,5% tra 4 e 6
- l’88,9% dei votanti della categoria Istituzioni, con l’11,1% che assegna un punteggio compreso tra 4 e 6
- l’83,9% dei votanti della categoria Professioni sanitarie, con il 16,1% che ha assegnato un punteggio tra 4 e 6
- l’87,5% dei votanti della categoria *Management* Aziendale, con il 9,4% che assegna un punteggio tra 4 e 6 ed il 3,1% tra 1 e 3
- l’83,3% dei votanti dell’Industria medicale con il 16,7% che assegna un punteggio tra 4 e 6.

Sul secondo indicatore, *Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio*, è stato espresso un livello di accordo massimo (tra 7 e 9) dall'83,7% dei votanti.

Figura 11
Quota di dimessi vivi non al domicilio



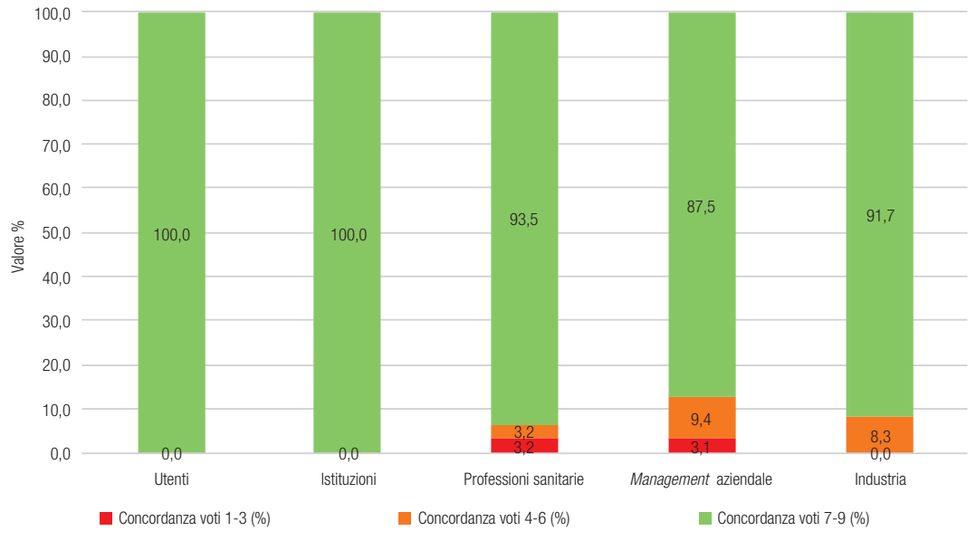
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- l'87,5% della categoria Utenti ha assegnato un punteggio tra 7 e 9 e il 12,5% tra 4 e 6
- l'88,9% della categoria Istituzioni ha assegnato un punteggio tra 7 e 9 e l'11,1% tra 4 e 6
- l'87,1% dei votanti della categoria Professioni sanitarie, con il 12,9% che ha attribuito un punteggio compreso tra 4 e 6
- l'81,3% dei votanti della categoria *Management* Aziendale ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9, il 12,5% tra 4 e 6, e il restante 6,3% poco importante (punteggio tra 1 e 3)
- il 75,0% dei votanti dell'Industria medicale ha ritenuto l'indicatore molto importante (punteggio tra 7 e 9) e il 25,0% importante (punteggio tra 4 e 6).

Sul terzo indicatore, *Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)*, è stato espresso un punteggio tra 7 e 9 dal 92,4% dei votanti.

Figura 12
Quota di assistiti che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 100,0% dei votanti della categoria Istituzioni
- il 93,5% dei votanti delle Professioni sanitarie, con il 3,2 % tra 4 e 6 e tra 1 e 3
- l'87,5% del *Management* aziendale, con il 9,4% che ha attribuito un livello di accordo medio (punteggio tra 4 e 6) e il 3,1% tra 1 e 3
- il 91,7% della categoria Industria ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 e l'8,3% tra 4 e 6.

Dimensione Economico-Finanziaria

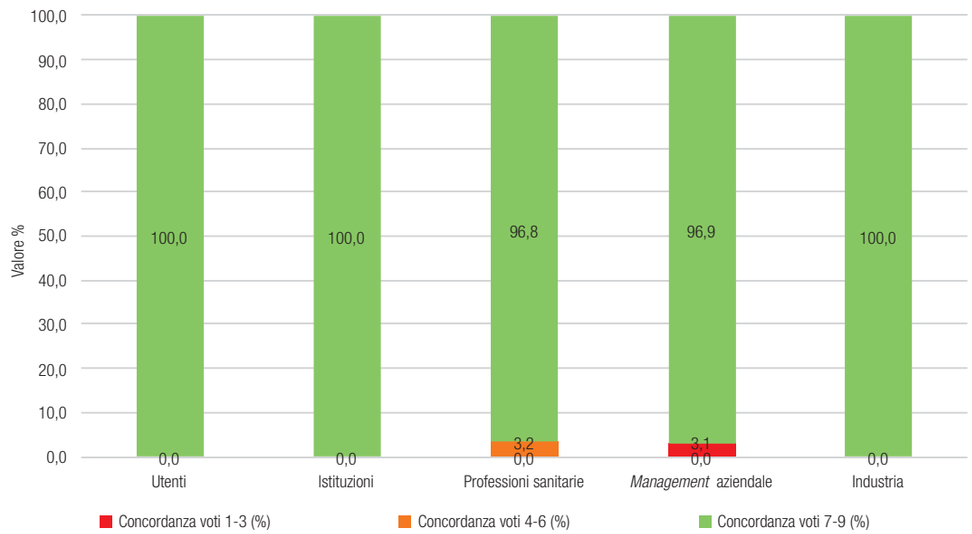
Per quanto concerne la Dimensione Economico-Finanziaria, sono stati proposti per la valutazione sei indicatori: *Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata*, *Disavanzo pro-capite, Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile*, *Quota spesa sanitaria privata su quella totale*, *Il finanziamento pro-capite per punto di griglia LEA*, *Quota fra spesa sanitaria totale pro-capite e PIL pro-capite*.

Il primo indicatore considera sia l’onere per l’assistenza (sia pubblica che privata), standardizzando in quanto i bisogni delle popolazioni non sono omogenei; il secondo indicatore sintetizza l’aspetto del rispetto dei budget pubblici ed è già “naturalmente” standardizzato per effetto dei meccanismi di riparto; il terzo riassume il rapporto fra disponibilità di risorse e consumi sanitari privati sostenuti; il quarto è riferito all’onere per i servizi non coperti dalla tutela pubblica; il quinto associa il livello di finanziamento ricevuto con il “livello” di erogazione, in termini di rispetto dell’erogazione dei LEA; infine l’ultimo affronta il rapporto fra disponibilità di risorse e spesa sanitaria sostenuta.

Gli indicatori che sono stati selezionati per questa Dimensione sono: *Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata*, *Quota fra spesa sanitaria totale pro-capite e PIL pro-capite* e *Disavanzo economico-finanziario pro-capite*.

Al primo indicatore proposto, *Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata*, è stato attribuito un punteggio elevato (7-9) dal 97,8% dei votanti.

Figura 13
Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata



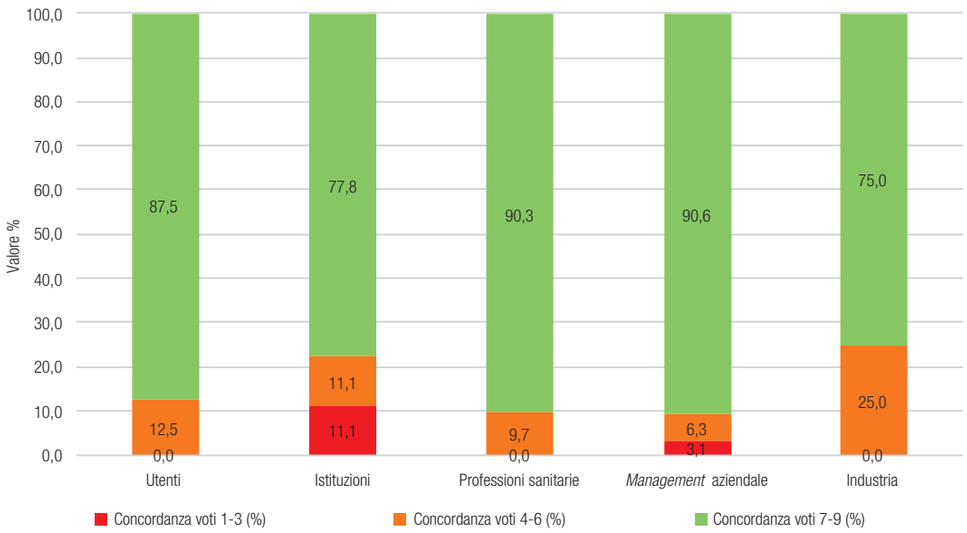
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- hanno attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9, il 100,0% della categoria Utenti
- il 100,0% dei votanti della categoria Istituzioni ha attribuito il valore tra 7 e 9
- il 96,8% dei votanti delle Professioni sanitarie, con il 3,2 che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6
- il 96,6% della categoria *Management* Aziendale ha attribuito il valore tra 7 e 9 ed il 3,1% tra 1 e 3
- il 100,0% della categoria Industria.

Sul secondo indicatore, *Quota fra spesa sanitaria totale pro-capite e PIL pro-capite*, l'accordo sulla opportunità di inserimento è stato elevato, con l'87,0% dei votanti che hanno assegnato un punteggio fra 7 e 9.

Figura 14
Quota spesa sanitaria totale su PIL pro-capite



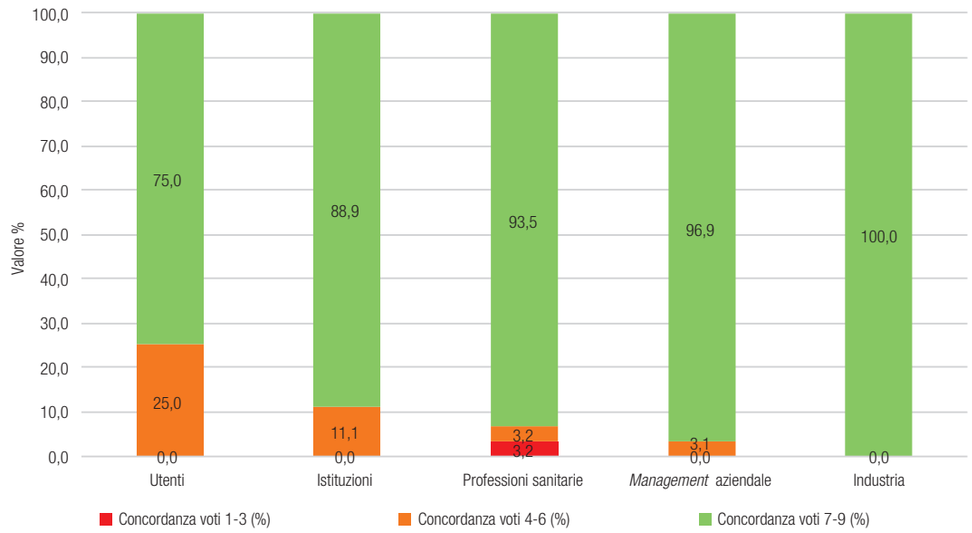
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- hanno attribuito un punteggio fra 7 e 9, l'87,5% della categoria Utenti e il 12,5% tra 4 e 6
- il 77,8% dei votanti della categoria Istituzioni, con l'11,1% che ha attribuito un punteggio compreso tra 4 e 6 e 1 e 3
- il 90,3% dei votanti della categoria Professioni sanitarie con il 9,7% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6
- il 90,6% dei votanti della categoria *Management* Aziendale, con il 6,3% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6 e il 3,1% tra 1 e 3
- il 75,0% dei votanti dell'Industria medicale, con il 25,0% che ha attribuito un punteggio compreso tra 4 e 6.

Al terzo indicatore selezionato, *Disavanzo economico-finanziario pro-capite*, è stato assegnato un punteggio fra 7 e 9 dal 93,5% dei votanti.

Figura 15
Disavanzo economico-finanziario pro-capite



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- hanno attribuito un punteggio fra 7 e 9 il 75,0% della categoria Utenti e il 25,0% tra 4 e 6
- l'88,9% della categoria Istituzioni, con un ulteriore 11,1% che ha attribuito un punteggio compreso tra 4 e 6
- il 93,5% della categoria Professioni sanitarie, con il 3,2% cha ha dato un punteggio compreso tra 4 e 6 e tra 1 e 3
- il 96,9% della categoria *Management* Aziendale, con il 3,1% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6
- il 100,0% dei votanti dell'Industria medicale.

4.2. Le funzioni di valore degli indicatori

Come descritto nella sezione metodologica, e come peraltro confermato già dalle precedenti edizioni del progetto, si assume che non necessariamente il “valore” o utilità degli indicatori sia proporzionale a quello delle loro determinazioni (ovvero alle espressioni numeriche dell’indicatore): per esemplificare, si ritiene che (non necessariamente) ad un raddoppio o un dimezzamento del valore assunto da un indicatore, corrisponda un raddoppio o dimezzamento del suo contributo alla *Performance*.

Si pone di conseguenza la necessità di elicitare la funzione di valore degli indicatori, da cui si desume il contributo alla *Performance* fornito da ogni determinazione dell’indicatore.

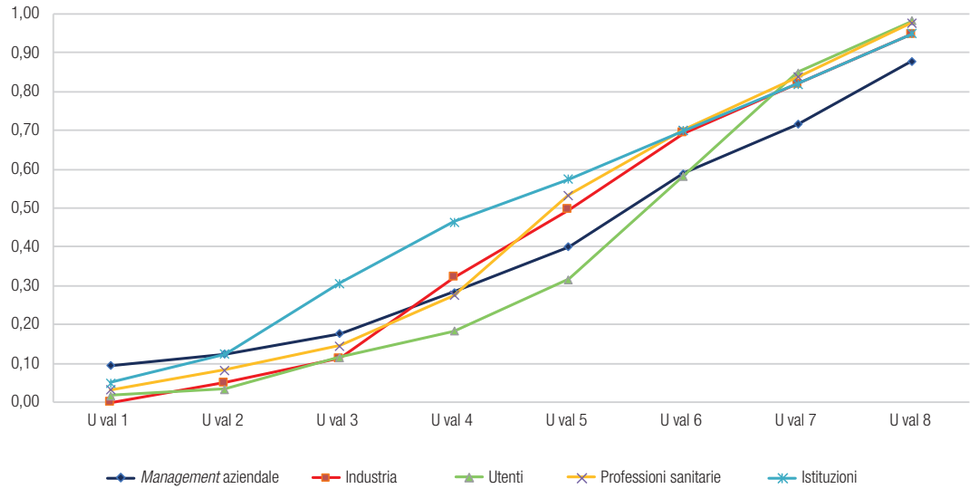
La funzione di valore, per ogni indicatore selezionato, di ogni componente del *Panel* è stata elicitata attraverso l’attribuzione a otto determinazioni degli indicatori, in corrispondenza del valore dell’indicatore “migliore” (nazionale), “peggiore” (nazionale) e in 6 punti intermedi, di una corrispettiva “utilità”, espressa in una scala 0-1, dove 0 equivale a utilità nulla, ovvero nessun apporto alla *Performance*, e 1 (utilità massima e quindi massimo apporto alla *Performance*). Tale processo è avvenuto avvalendosi di un *software web-based* appositamente sviluppato da C.R.E.A. Sanità.

Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati

La funzione di valore elicitata per l’indicatore risulta omogena fra le categorie.

Tutte le categorie ritengono tendenzialmente associati ad un livello di *Performance* quasi nullo valori elevati di “disagio” economico per spese sanitarie, soprattutto per gli Utenti e l’Industria; per gli Utenti e il *Management* nella seconda metà della distribuzione si osserva un aumento dell’utilità più che proporzionale al miglioramento dell’indicatore, sebbene quest’ultima categoria ritiene che il “migliore” valore riscontrato a livello nazionale sia associato ad un livello di *Performance* pari a meno del 90% di quella ottimale; per le restanti categorie il miglioramento della *Performance* è proporzionale a quello dell’indicatore. Tale approccio, che peraltro trova conferma nei vari anni, è coerente con la priorità data all’elemento equitativo nelle valutazioni, che esita in una penalizzazione delle *Performance* collegate ai livelli peggiori dell’indicatore (elevate quote di famiglie che avvertono disagio economico).

Figura 16
Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati
Funzione di valore media per Categoria



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

Effettuando una analisi per genere si osserva una maggiore “tolleranza” da parte delle Utenti donne per valori dell’indicatore prossimo al valore peggiore nazionale, ed una maggior “aspettativa” di quelle del *Management*, sempre per valori prossimi a quello peggiore. Complessivamente gli uomini sembrano essere meno “soddisfatti” delle donne in termini di *Performance* associata al valore migliore dell’indicatore (100% vs 90%).

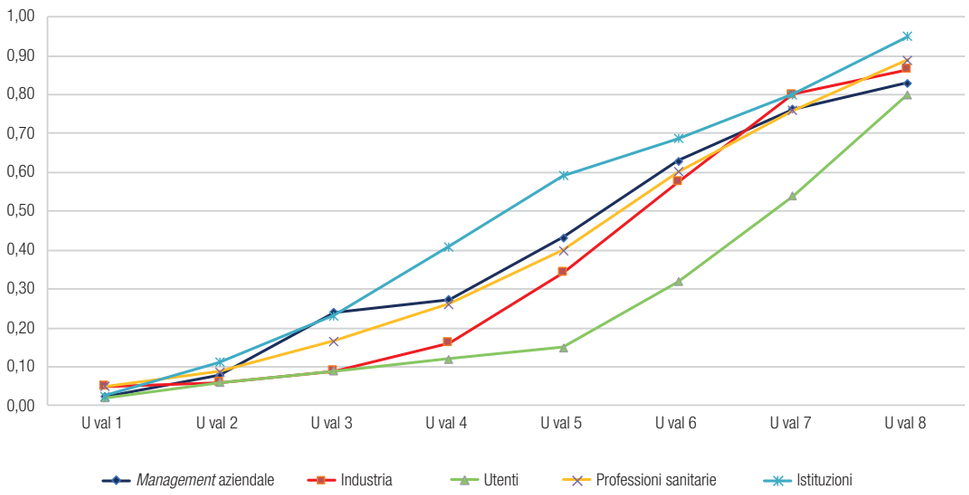
Quota di persone che rinuncia a curarsi (Dimensione Sociale)

Per l'indicatore *Quota di persone che rinuncia a curarsi*, i valori prossimi a quello peggiore risultano sostanzialmente "inaccettabili" (contributo alla *Performance* prossimo a zero) per quasi tutte le Categorie; il basso contributo alla *Performance* si estende alla prima metà della distribuzione per le categorie Utenti e Industria.

Alla seconda parte della distribuzione, tutte le Categorie associano un incremento di *Performance* più che proporzionale alla diminuzione della quota di persone che rinunciano alle cure, ad eccezione di quella delle Istituzioni, per la quale si evidenzia una crescita del contributo alla *Performance* proporzionale al miglioramento dell'indicatore.

Per quest'indicatore si conferma una "aspettativa" maggiore da parte di Utenti e *Management*, che al valore regionale migliore associano un valore pari a circa l'80% della *Performance* ottimale. Le Istituzioni sembrano essere complessivamente le più "soddisfatte".

Figura 17
Quota di persone che rinuncia a curarsi
Funzione di valore media per Categoria



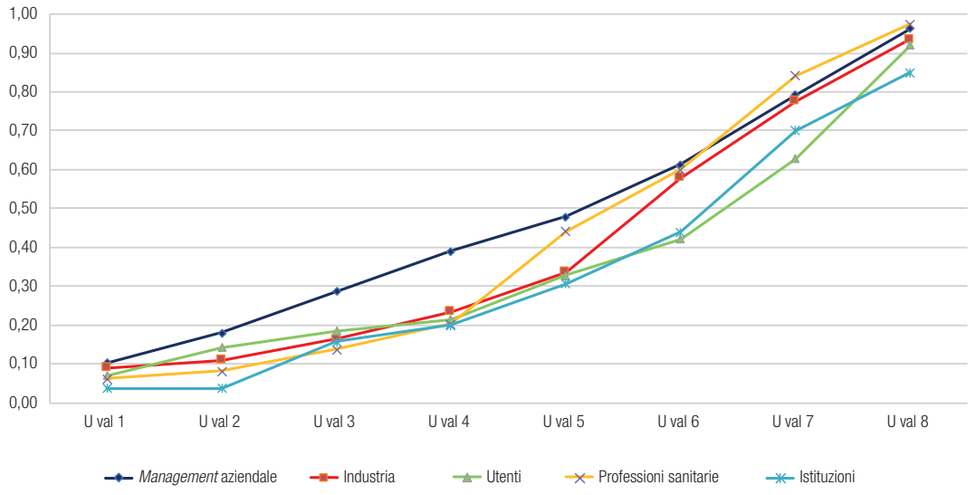
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

L'analisi per genere rileva un atteggiamento più "tollerante" in corrispondenza dei valori peggiori dell'indicatore da parte delle donne di Utenti e Industria; maggiori "aspetattive", invece, si registrano in corrispondenza di valori della prima metà della distribuzione fra le donne del *Management* rispetto agli uomini della stessa categoria. Complessivamente le donne sembrano essere meno "soddisfatte" degli uomini attribuendo un livello di *Performance* inferiore in corrispondenza del valore migliore dell'indicatore (80% vs 90%).

Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza per patologie oncologiche (Dimensione Sociale)

All'indicatore della Dimensione Sociale, *cittadini che si curano fuori Regione di residenza per patologie oncologiche*, tutte le Categorie ad eccezione delle Istituzioni, associano miglioramenti di *Performance* meno che proporzionali al miglioramento dell'indicatore; per le Istituzioni i miglioramenti in termini di *Performance* sono invece proporzionali alla riduzione del fenomeno della mobilità, comunque non associato al valore massimo in corrispondenza della quota più bassa di mobilità riscontrata; inoltre, valori di mobilità associati alla prima metà della distribuzione forniscono per questi categoria un contributo alla *Performance* quasi nullo.

Figura 18
Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza per patologie oncologiche
Funzione di valore media per Categoria



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

Rispetto alla precedente edizione, sebbene quest'anno si tratti di una mobilità limitata alle patologie oncologiche, si osserva un atteggiamento di maggior "tolleranza" da parte del *Management* verso valori elevati di mobilità passiva; inoltre, le Istituzioni, rispetto alla precedente edizione, sembrano essere decisamente più soddisfatti di valori di mobilità pari a quelli migliori nazionali.

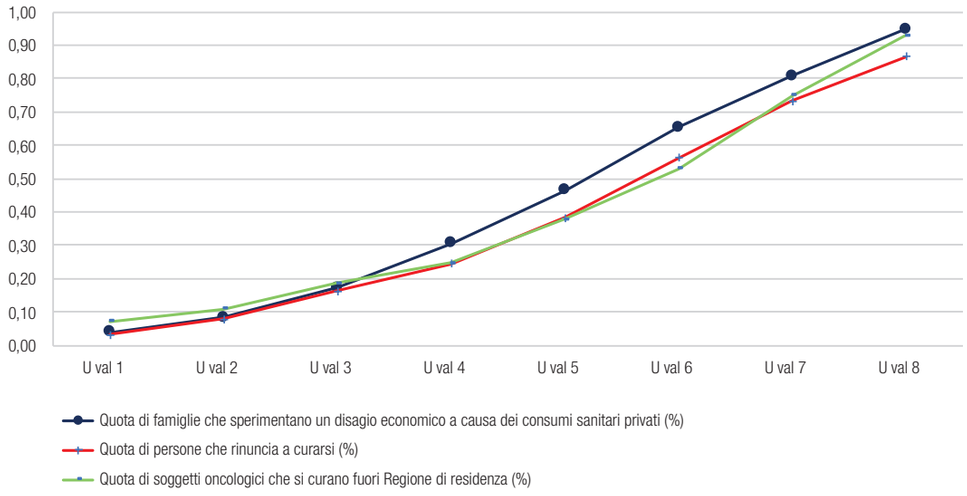
Dall'analisi per genere, anche per questo indicatore si osserva una maggior "tolleranza"

da parte degli Utenti donna rispetto agli uomini, e di maggior "aspettativa" da parte di quelle del *Management*, sempre in corrispondenza di valori della prima metà della distribuzione.

Sintesi funzioni valore degli indicatori della Dimensione Sociale

Complessivamente, per la Dimensione Sociale si registrano, in continuità con le precedenti edizioni del Progetto, funzioni di valore degli indicatori che tendono a descrivere un atteggiamento di "stigma" verso le situazioni di maggiore iniquità, in particolare per il fenomeno di rinuncia alle cure.

Figura 19
Dimensione Sociale
Funzione di valore media per indicatore

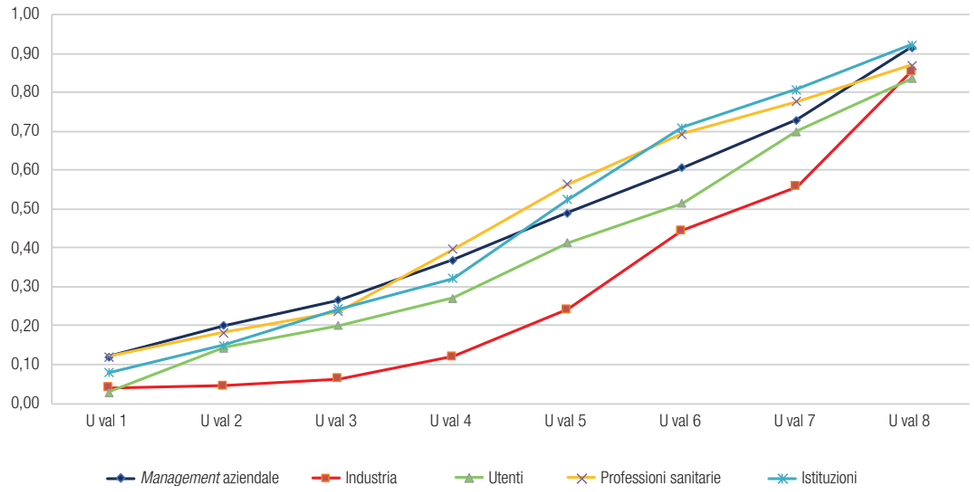


Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Aspettativa di vita in buona salute (Dimensione Esiti)

Nella Dimensione Esiti, l'andamento della funzione di valore dell'indicatore *Aspettativa di vita in buona salute* risulta pressoché lineare (quindi un contributo alla *Performance* proporzionale) per le Istituzioni, il *Management* e le Professioni sanitarie, e con una variazione fra gli estremi contenuta: valori prossimi a quello peggiore riscontrato sul territorio nazionale sono ritenuti "relativamente accettabili", così come valori prossimi al migliore nazionale sono associati ad una *Performance* tra l'85 e il 90% di quella massima possibile. Di contro, in particolare la Categoria dell'Industria, ritiene che valori di aspettativa di vita della prima metà della distribuzione, siano associati a contributi alla *Performance* quasi nulli; alle determinazioni nella seconda metà della distribuzione attribuiscono una utilità marginale crescente. Complessivamente tutte le Categorie ritengono che il valore "migliore" dell'indicatore sia associato ad un livello di *Performance* pari al 90% di quella massima possibile.

Figura 20
Aspettativa di vita in buona salute
Funzione di valore media per indicatore



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

Anche in questa edizione si è riscontrato un atteggiamento di minor penalizzazione della *Performance* per i valori relativamente peggiori dell'indicatore.

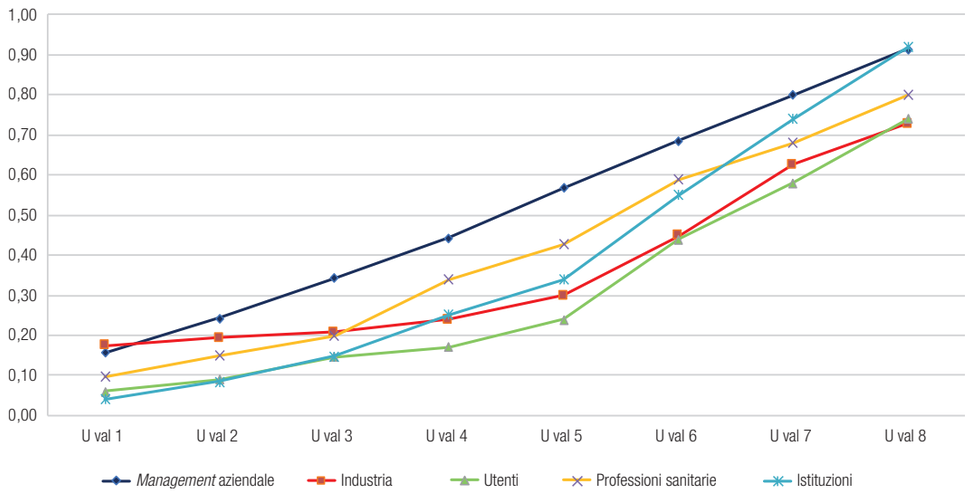
Dall'analisi per genere emerge un atteggiamento di maggiore "stigma" nei confronti dei valori peggiori dell'indicatore da parte del genere maschile di Utenti e Industria.

Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite (Dimensione Esiti)

Il contributo alla *Performance* dell'indicatore, *Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite*, presenta per tutte le Categorie, ad eccezione del *Management* aziendale, un andamento di utilità marginale crescente.

Il *Management* e le Professioni sanitarie associano ad una riduzione del valore dell'indicatore un miglioramento proporzionale della *Performance*; per le restanti categorie, invece, i miglioramenti dell'indicatore per la prima metà della distribuzione sono associati ad un contributo alla *Performance* che cresce in modo meno che proporzionale, per poi crescere in modo più che proporzionale nella seconda metà. Utenti e Industria risultano non pienamente soddisfatti anche delle migliori determinazioni dell'indicatore, attribuendogli un livello di *Performance* pari al 70% di quella massima; per Utenti e *Management*, in corrispondenza del valore migliore viene associato una *Performance* pari al 90% di quella massima.

Figura 21
Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite
Funzione di valore media per Categoria



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

Rispetto alla precedente edizione non si riscontrano differenze significative nell'andamento della funzione di valore delle diverse Categorie.

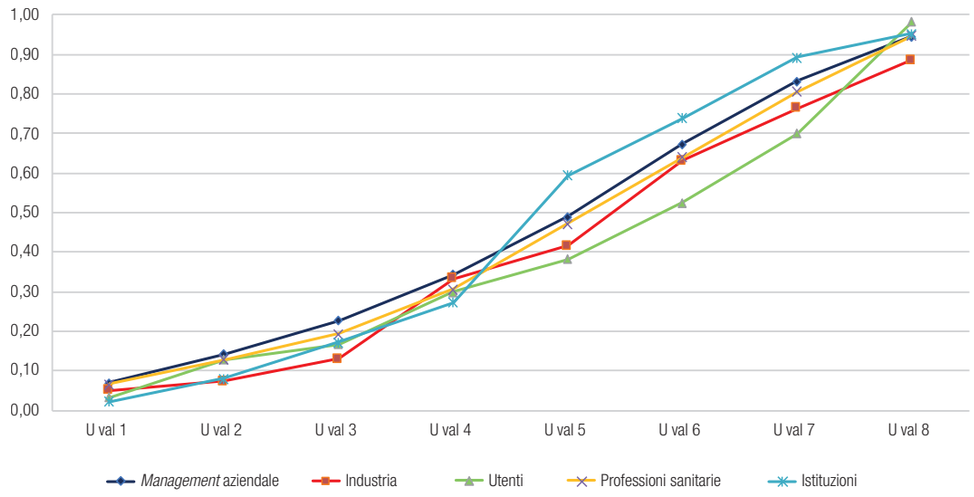
Dall'analisi per genere si evidenzia anche per questo indicatore una maggiore "tolleranza" verso i valori peggiori degli Utenti donna e una maggior "aspettativa" da parte del *Management*.

Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero (Dimensione Esiti)

L'indicatore della Dimensione Esiti, *Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero*, è associato a contributi in termini di *Performance* proporzionali alla riduzione della mortalità; le uniche due eccezioni sono rappresentate dalle Istituzioni e dagli Utenti: per i rappresentanti delle prime, in corrispondenza dei valori peggiori registrati, il miglioramento della *Performance* risulta meno che proporzionale; per i secondi invece, il miglioramento della *Performance* è più che proporzionale nella seconda metà della distribuzione.

Per l'Industria la *Performance* associata al valore migliore è pari al 90% di quella massima.

Figura 22
Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero,
Funzione di valore media per Categoria



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

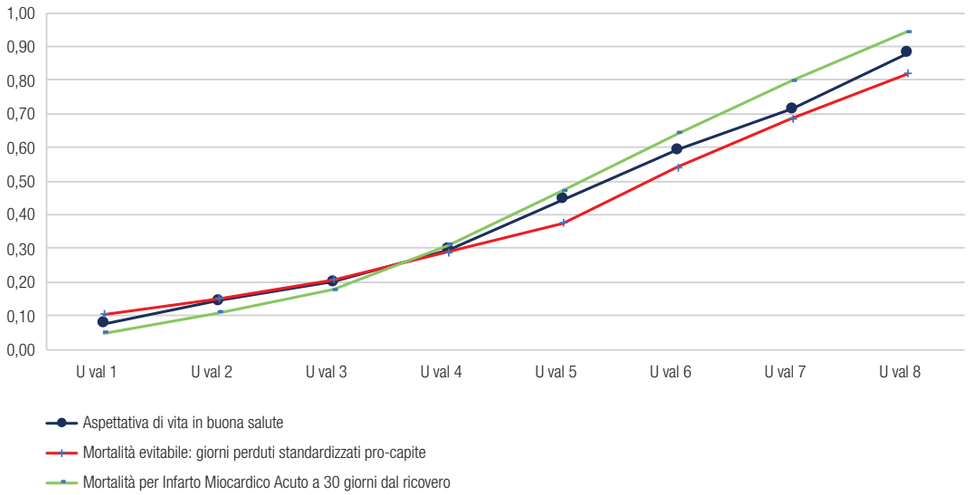
Dall'analisi per genere emerge come gli uomini delle categorie Utenti e Industria siano meno "tolleranti" rispetto alle donne per valori dell'indicatore prossimi a quelli peggiori.

Sintesi funzioni di valore degli indicatori della Dimensione Esiti

Complessivamente, agli indicatori della Dimensione Esiti è associato un contributo alla *Performance* che risulta più che proporzionale al miglioramento delle determinazioni degli indicatori nella seconda metà della distribuzione; in particolare tutte le Categorie di *Stakeholder,* ed in particolare Istituzioni ed Utenti, ritengono che debbano essere particolarmente penalizzate le situazioni in cui gli indicatori presentano valori peggiori.

In questa edizione del Progetto, che ha visto la conferma di due indicatori su tre (Aspettativa di vita in buona salute e Mortalità evitabile) rispetto all'edizione precedente, la composizione di andamenti significativamente difformi delle preferenze a livello di singole categorie di *Stakeholder*, esita in una sostanziale linearità delle funzioni di valore aggregate. Si osserva complessivamente un atteggiamento di maggior "aspettativa" per l'indicatore relativo alla mortalità evitabile (viene attribuito l'80% della *Performance* massima in corrispondenza del valore "migliore").

Figura 23
Dimensione Esiti
Funzione di valore media per indicatore

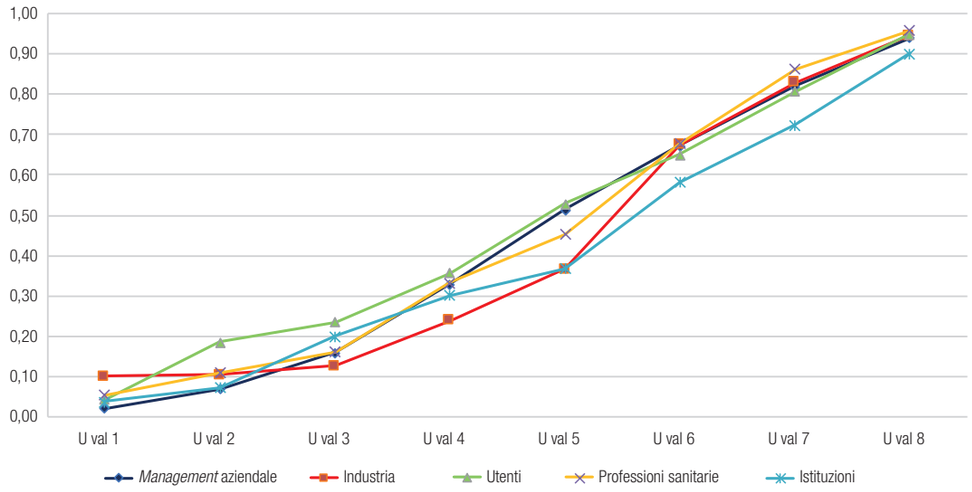


Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni (Dimensione Appropriatezza)

Nella Dimensione Appropriatezza, la funzione di valore per l'indicatore *Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni* risulta associata ad una utilità marginale crescente nella seconda parte della distribuzione; per tutte le Categorie, ad eccezione di Utenti e Industria, risulta quasi nullo il contributo alla *Performance* in prossimità dei valori peggiori dell'indicatore.

Figura 24
Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni
Funzione di valore media per Categoria



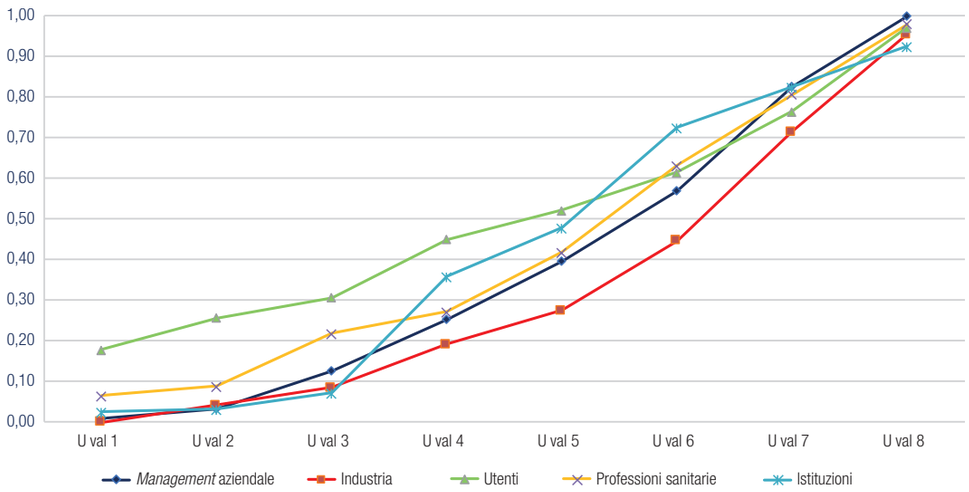
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dall'analisi per genere emerge come le donne di Utenti e Industria siano più "tolleranti" degli uomini verso i valori peggiori, e invece con maggiori "aspettative" quelle del *Management*.

Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde (Dimensione Appropriatezza)

La funzione valore elicitata per il *Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde* ha un andamento lineare per la Categoria Utenti, mentre gli *Stakeholder* appartenenti alle categorie Istituzioni, Professioni Sanitarie, *Management* Aziendale e Industria, associano miglioramenti della *Performance* più che proporzionali al ridursi del tasso di accesso al Pronto Soccorso per casi di bassa complessità, almeno per i valori della seconda metà della distribuzione; Industria, Istituzioni e *Management* "penalizzano" fortemente le situazioni con alti livelli di ricorso al Pronto soccorso per codici bianco o verde.

Figura 25
Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde
Funzione di valore media per Categoria



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

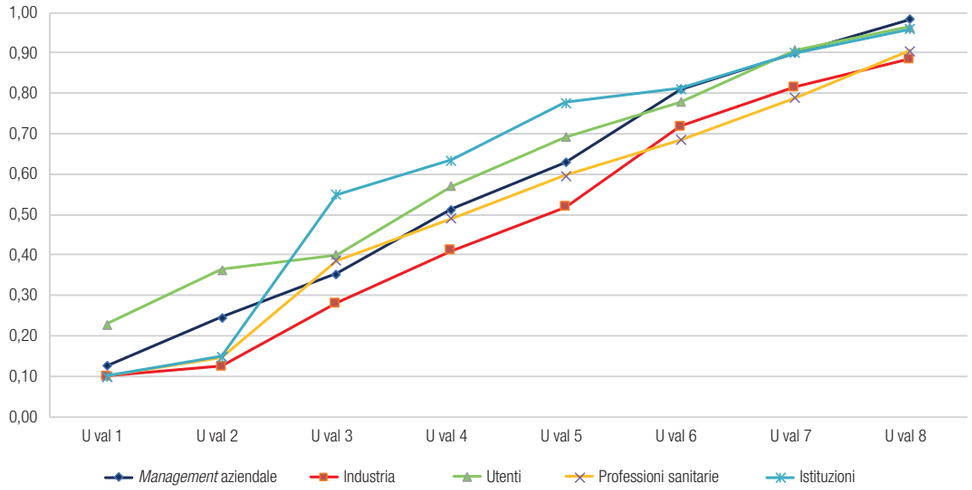
Dall'analisi per genere si osserva una maggior "aspettativa" da parte degli uomini della categoria Utenti, che attribuiscono contributi alla *Performance* quasi nulli ad elevati livello di ricorso al Pronto Soccorso, ed anche il livello più basso registrato a livello nazionale lo associano ad una *Performance* pari solo all'80% di quella massima.

Quota ricoveri medici oltre soglia per *over* 75 (Dimensione Appropriatezza)

La *Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75,* è associato ad un andamento sostanzialmente lineare per tutte le categorie di *Stakeholder* ad eccezione delle Istituzioni che ci associano una utilità marginale decrescente nella seconda metà della distribuzione.

Istituzioni, Professioni sanitarie e Industria penalizzano fortemente, ai fini della *Performance,* le situazioni in cui si registra un'elevata quota di ricoveri medici ospedalieri oltre soglia per gli *over* 75.

Figura 26
Quota ricoveri medici oltre soglia per *over* 75
Funzione di valore media per Categoria



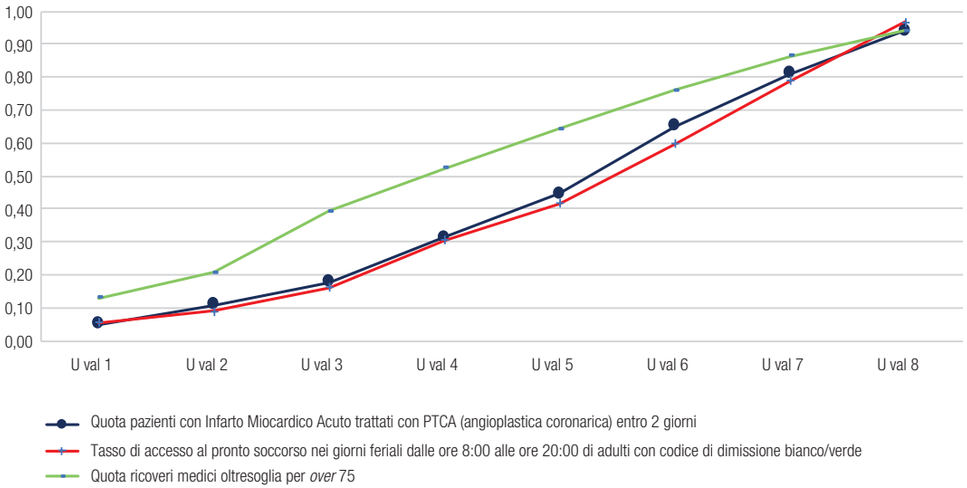
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dall'analisi per genere, per questo indicatore, non si riscontrano particolari differenze di "visione".

Sintesi funzioni di valore degli indicatori della Dimensione Appropriatezza

Ai primi due indicatori di questa Dimensione, si associa una funzione di utilità che, soprattutto nella prima metà della distribuzione, è caratterizzata da una utilità marginale decrescente. All'indicatore *Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75*, in analogia a quando riscontrato nella precedente edizione, si associa invece un andamento lineare della funzione di utilità.

Figura 27
Dimensione Appropriatezza
Funzione di valore media per indicatore



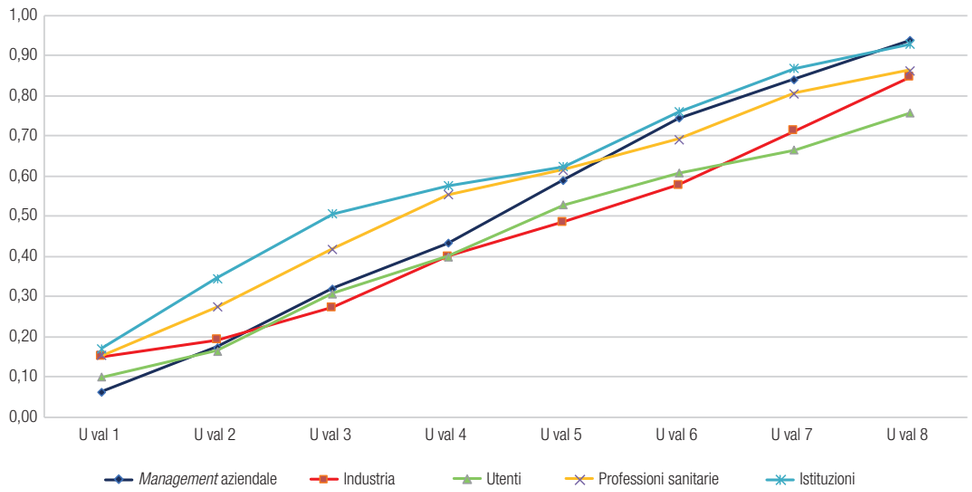
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (Dimensione Innovazione)

Nella Dimensione Innovazione, all'indicatore *Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive* è associata una funzione di valore sostanzialmente lineare per tutte le Categorie, ad eccezione delle Istituzioni e delle Professioni sanitarie, che gli attribuiscono una utilità marginale decrescente: le prime nella prima metà della distribuzione, e le seconde nella seconda metà.

Solo i rappresentanti delle Categorie Istituzioni e *Management* risultano "soddisfatti" in corrispondenza del valore migliore di ricorso a tale approccio: le altre attribuiscono ad esso un livello di *Performance* pari o inferiore all'85% di quella massima, dimostrando che si attenderebbero un ricorso ancora maggiore a questo approccio; gli Utenti, come peraltro già riscontrato nella precedente edizione, ritengono che il livello migliore nazionale sia significativamente da migliorare (75% della massima *Performance*).

Figura 28
Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
Funzione di valore media per Categoria



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

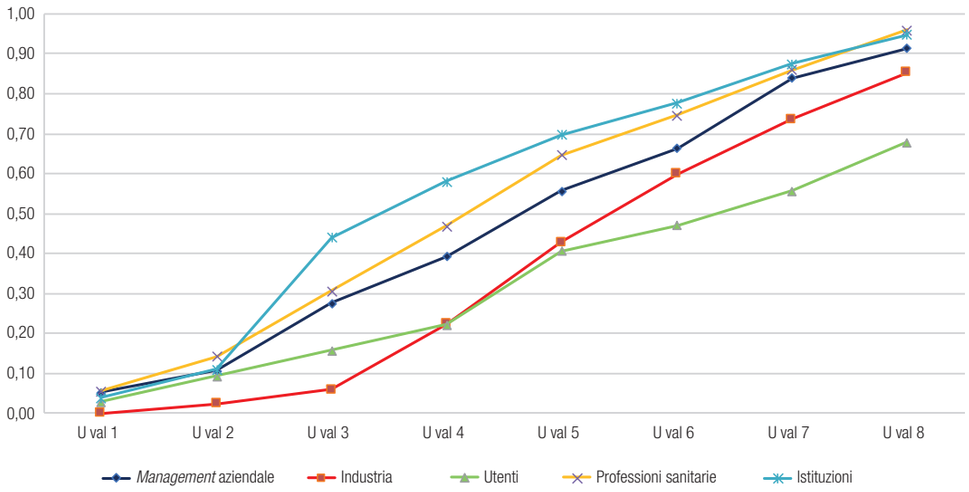
Rispetto alla precedente edizione non si riscontra alcuna differenza nell'andamento della funzione di utilità delle diverse categorie, tranne una attribuzione di maggiore contributo alla *Performance* in corrispondenza dei valori peggiori dell'indicatore, da parte degli Utenti.

Dall'analisi per genere, per questo indicatore, non si riscontrano particolari differenze di "visione".

Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) (Dimensione Innovazione)

Al secondo indicatore relativo alla Dimensione Innovazione, *Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)*, i rappresentanti delle Categorie Professioni sanitarie, *Management* e Utenti hanno attribuito una utilità sostanzialmente lineare, mentre le Istituzioni un'utilità marginale decrescente; tutte le Categorie, ed in particolare gli Utenti e l'Industria, giudicano "negativamente" le situazioni di modesta attivazione del FSE.

Figura 29
Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
Funzione di valore media per Categoria



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

Rispetto alla precedente edizione si conferma un atteggiamento di non piena soddisfazione da parte degli Utenti per il valore migliore registrato dall'indicatore; le Istituzioni sembrano invece essere più soddisfatte dei livelli già raggiunti.

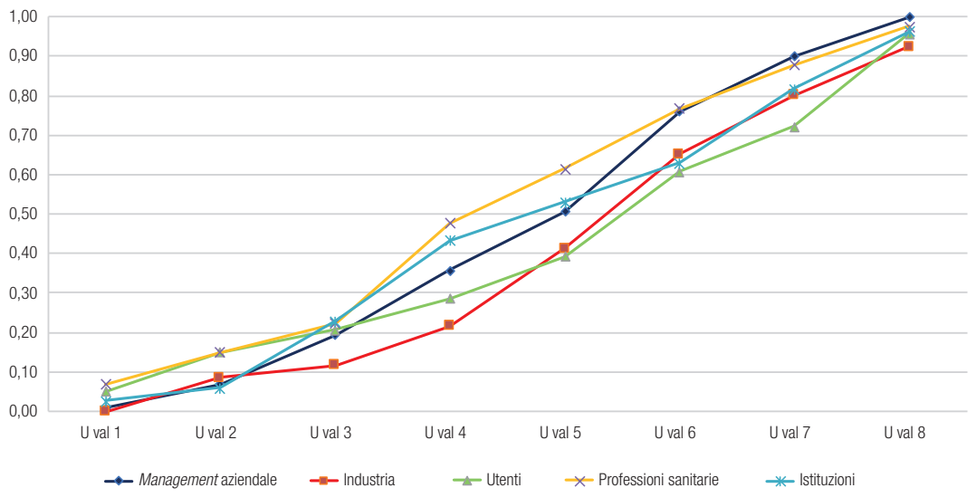
Dall'analisi per genere si riscontra, per la categoria delle Professioni sanitarie, la valutazione di un miglioramento molto contenuto di *Performance* per i valori dell'indicatore nella seconda metà della distribuzione, a fronte di un miglioramento ritenuto invece proporzionale da parte degli uomini.

Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio

L'indicatore *Quota di pazienti vivi dimessi non al domicilio*, è associato ad una funzione di valore ad andamento lineare per tutte le Categorie di *Stakeholder*, ad eccezione di Utenti e Industria, per le quali Categorie assume una forma con concavità verso l'alto, e per le Professioni sanitarie verso il basso.

Tutte le Categorie, ma in particolare il *Management*, le Istituzioni e l'Industria i valori peggiori dell'indicatore sono associati a livelli molto bassi di contributo alla *Performance*.

Figura 30
Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio
Funzione di valore media per Categoria



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

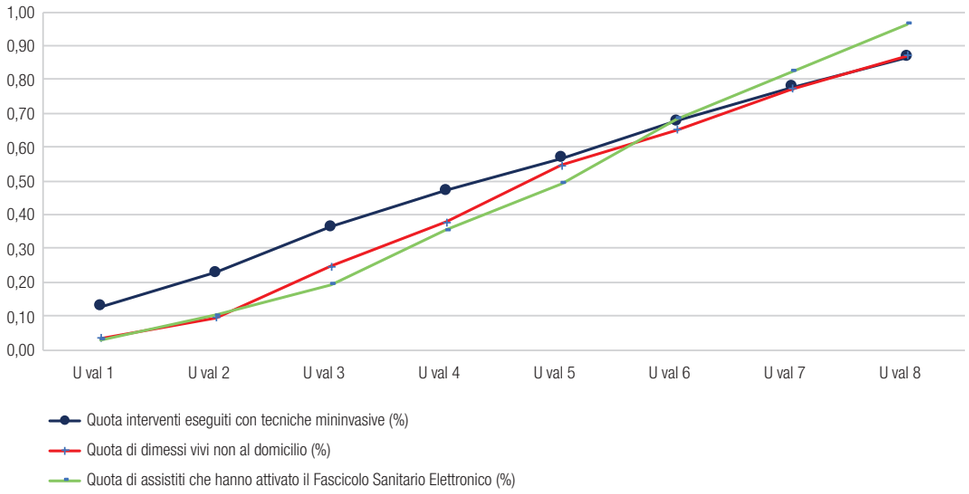
Rispetto alla precedente edizione si osserva, da parte degli Utenti, l'attribuzione di un contributo alla *Performance* maggiore per valori dell'indicatore nella prima metà della distribuzione, e di un miglioramento di *Performance* più contenuto per valori della seconda metà della distribuzione nel caso della Categoria delle Professioni sanitarie.

Dall'analisi per genere emerge come la rappresentanza femminile delle Professioni sanitarie associ miglioramenti più che proporzionali del contributo alla *Performance* nella prima metà della distribuzione (linearità per gli uomini); ed anche per il *Management* è la rappresentanza femminile quella con maggiori "aspettative", di "rifiuto" quindi dei valori dell'indicatore prossimi a quello peggiore.

Sintesi funzioni di valore degli indicatori della Dimensione Innovazione

Complessivamente, possiamo dire che agli indicatori della Dimensione Innovazione viene associata una funzione di valore tipicamente lineare, sebbene per i primi due indicatori l'aspettativa sia quella di *Performance* migliori di quelle sinora registrate; per l'indicatore relativo all'approccio chirurgico mininvasivo, rispetto alla precedente edizione, è stata elicitata una maggiore attribuzione di "valore" in corrispondenza dei valori peggiori dell'indicatore.

Figura 31
Dimensione Innovazione
Funzione di valore media per indicatore

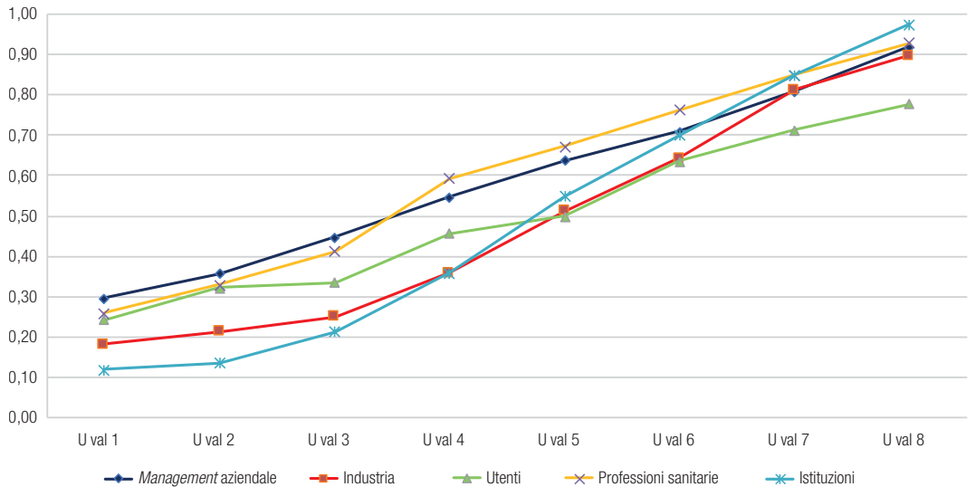


Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

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

Nella Dimensione Economico-Finanziaria, la funzione di valore relativa all'indicatore Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata, presenta un andamento sostanzialmente lineare.

Figura 32
Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
Funzione di valore media per Categoria



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

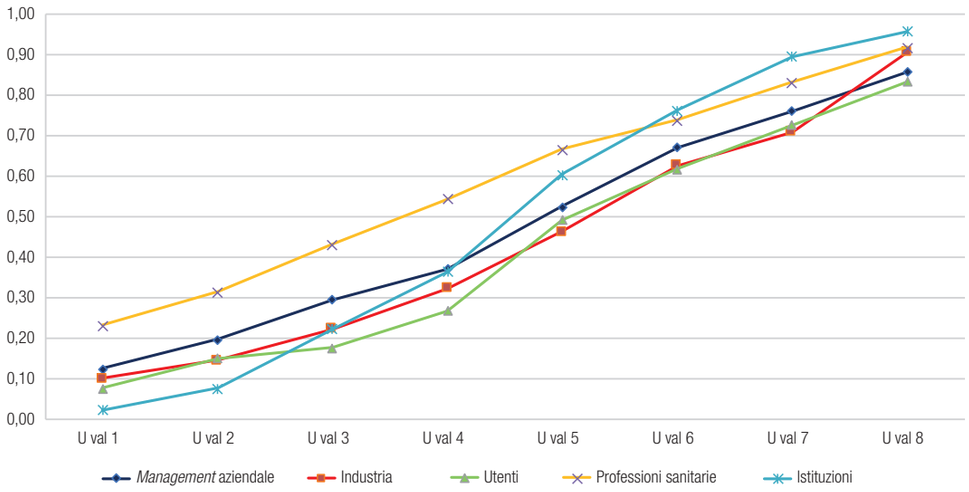
Rispetto alla precedente edizione non si riscontrano particolari differenze negli andamenti.

Dall'analisi per genere emerge come ad una funzione con concavità verso l'alto del *Management* femminile, se ne opponga una con concavità verso il basso dei rappresentanti maschili della Categoria: di fatto questi ultimi sembrano ritenere che ulteriori riduzioni della spesa sanitaria non possano comportare miglioramenti in termini di *Performance*, mentre le donne sono invece probabilmente sostenitrici dell'esistenza di ulteriori margini di efficientamento.

Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite

Per l'indicatore *Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite*, la funzione di valore presenta, per la maggior parte delle Categorie, un andamento lineare, ad eccezione dei rappresentanti delle Istituzioni che registrano una utilità marginale decrescente per valori dell'indicatore nella seconda metà della distribuzione. Sempre la categoria delle Istituzioni, inoltre, penalizza le situazioni che registrano livelli di spesa sanitaria sul PIL pro-capite prossimi a quello massimo nazionale.

Figura 33
Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite
Funzione di valore media per Categoria



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

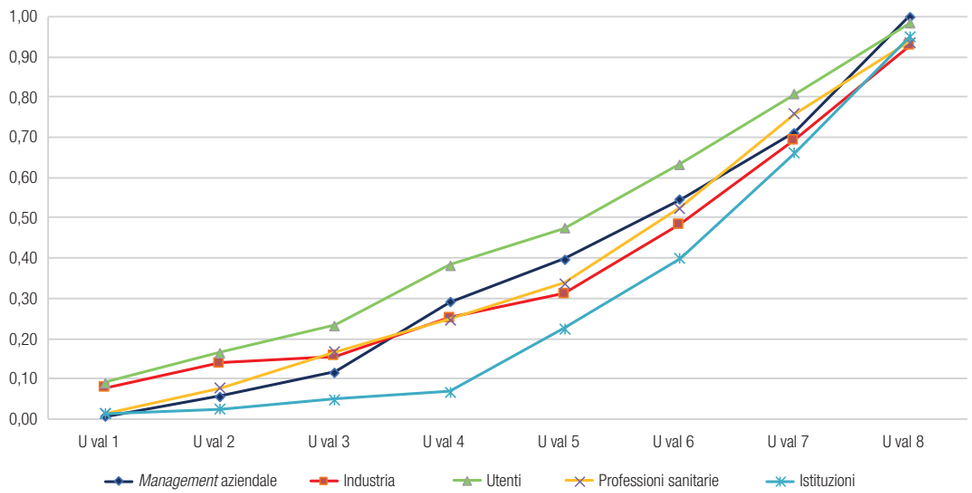
Dall'analisi per genere emerge come i rappresentanti maschili di Utenti e Industria siano molto più "severi" nei confronti dei valori dell'indicatore prossimo a quello peggiore nazionale.

Disavanzo pro-capite (Dimensione Economico-Finanziaria)

Il terzo indicatore della Dimensione Economico-Finanziaria, *Disavanzo pro-capite*, è risultato associato ad un andamento della funzione di utilità che vede contributi alla *Performance* più che proporzionali al ridursi dell'incidenza del disavanzo.

Tutte le Categorie di *Stakeholder* penalizzano livelli di disavanzo prossimi a quello più elevato; atteggiamento che si esaspera per le categorie Istituzioni, Professioni sanitarie e Industria.

Figura 34
Disavanzo pro-capite
Funzione di valore media per Categoria



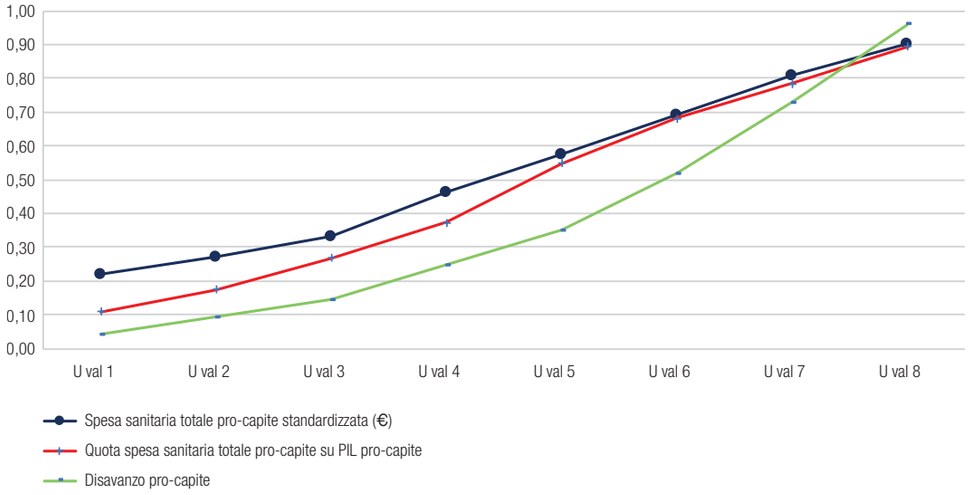
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dall'analisi per genere emerge come la rappresentanza maschile dell'Industria sia più tollerante di quella femminile nei confronti di livelli di disavanzo prossimi a quelli più alti; quella degli Utenti è invece molto più "rigida" per tali valori.

Sintesi funzioni di valore degli indicatori della Dimensione Economico-Finanziaria

Complessivamente, agli indicatori della Dimensione Economico-Finanziaria, e in particolare per quelli sul lato della spesa, viene associata una utilità marginale decrescente per valori prossimi a quelli migliori nazionali (seconda metà della distribuzione); a quello relativo al finanziamento invece una utilità marginale crescente per valori nella seconda metà della distribuzione.

Figura 35
Dimensione Economico-Finanziaria
Funzione di valore media per indicatore



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

Riflessioni finali sulle funzioni valore degli indicatori

Come già confermatosi nelle precedenti edizioni, si osservano andamenti difformi delle funzioni di valore/utilità medie associate ai diversi indicatori, a seconda degli indicatori, nonché della Categoria di afferenza.

Ovviamente, questo implica contributi alla *Performance* diversificati.

Prendendo in analisi la Dimensione Sociale, i membri del *Panel* associano un basso livello di contributo alla *Performance* in corrispondenza delle situazioni in cui si registrano importanti quote di "disagio" (rinunce alle cure, disagio economico, mobilità passiva extra-regionale); il contributo alla *Performance* cresce, nella maggior parte dei casi, più che proporzionalmente, al migliorare dell'indicatore, ovvero allo spostarsi verso valori numerici degli indicatori prossimi ai risultati migliori.

Per la Dimensione Esiti, il *Panel* associa un contributo alla *Performance* che risulta più che proporzionale al miglioramento delle determinazioni degli indicatori nella seconda metà della distribuzione; tutte le categorie di *Stakeholder,* ed in particolare Istituzioni ed Utenti, ritengono che debbano essere penalizzate (in termini di determinazione della *Performance*) le situazioni in cui gli indicatori presentano valori peggiori. Anche quest'anno si conferma l'importanza dell'indicatore sulla mortalità evitabile: valori di mortalità evitabile pari a quelli migliori nazionali, vengono comunque ritenuti sub-ottimali (80% della *Performance* massima.

Agli indicatori della Dimensione Appropriatezza relativi alla tempestività di trattamento e all'appropriatezza di presa in carico da parte dell'assistenza primaria, si associa una funzione di Utilità che, soprattutto nella prima metà della distribuzione, evidenzia una utilità marginale decrescente: ovvero miglioramenti di *Performance* molto modesti in corrispondenza di tali valori.

Per quanto concerne la Dimensione Innovazione, le funzioni di valore appaiono crescere proporzionalmente al migliorare delle determinazioni degli indicatori, sebbene per gli indicatori sull'innovazione in chirurgia e sulla digitalizzazione (FSE) si rileva un giudizio che rivela una attesa di ulteriore miglioramento rispetto anche ai valori migliori sinora registrati.

Anche per la Dimensione Economico-Finanziaria non si registrano differenze significative nei giudizi degli *Stakeholder*: le funzioni di valore relativi agli indicatori di spesa registrano utilità marginali decrescenti nella seconda metà della distribuzione, a dimostrazione che i valori attuali sono considerati già delle buone *Performance.*

Il ridursi dell'onere, ovvero della spesa sanitaria totale pro-capite, comporterebbe un contributo positivo in termini di *Performance*, seppur contenuto quando tale onere scende al di sotto di un certo valore; analoga situazione sull'indicatore della spesa rapportata al PIL: una riduzione di incidenza al di sotto di un certo valore comporta limitati miglioramenti in termini di *Performance*. Spostandosi sul finanziamento, la situazione si inverte: gli *Stakeholder* valutano che la riduzione del disavanzo deve essere importante per apportare miglioramenti significativi in termini di *Performance*.

4.3. La composizione degli indicatori

La metodologia adottata assume che una variazione nella determinazione di un indicatore, e quindi del relativo contributo alla *Performance*, possa essere eventualmente compensata da una 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, così come rilevati dai singoli indicatori, e quindi delle singole Dimensioni di valutazione.

L'elicitazione dei "tassi marginali di sostituzione" fra gli indicatori, è stata operativamente realizzata ponendo i partecipanti davanti ad un *trade-off*, ovvero a confronti tra coppie di indicatori, e chiedendo loro di individuare *mix* diversi dotati di pari utilità.

Utilizzando il *software* Logical Decisions® ver. 8.0, che utilizza algoritmi che assumono la razionalità del decisore, dall'esercizio di "scambio" effettuato su un numero limitato di indicatori (numero di indicatori meno uno), viene poi ricostruito il quadro d'insieme delle preferenze, garantendone la coerenza complessiva.

Le 14 coppie di indicatori (casualmente prescelte ma con indicatori afferenti a dimensioni diverse) sottoposte all'esercizio di "scambio" sono state le seguenti:

- *Disagio economico a causa dei consumi sanitari privati vs Aspettativa di vita in buona salute*
- *Aspettativa di vita in buona salute vs Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni*
- *Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni vs Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive*
- *Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive vs Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata*
- *Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata vs Quota di persone che rinuncia a curarsi*
- *Quota di persone che rinuncia a curarsi vs Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite*
- *Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite vs Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde*
- *Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde vs Quota di dimessi vivi non al domicilio*
- *Quota di dimessi vivi non al domicilio vs Quota Spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite*
- *Quota Spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite vs Quota di cittadini che si curano fuori Regione per patologie oncologiche*
- *Quota di cittadini che si curano fuori Regione per patologie oncologiche vs Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero*
- *Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero vs Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75*
- *Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75 vs Quote di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico*
- *Quote di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico vs Disavanzo pro-capite*

Il quadro delle preferenze emerso in seguito all'esercizio conferma che l'importanza attribuita ai singoli indicatori differisce a seconda delle diverse Categorie di *Stakeholder*.

Di seguito si riassumono i "pesi" elicitati, distintamente per singola Categoria.

Per i rappresentanti della categoria Utenti, le Dimensioni Sociale ed Esiti contribuiscono per oltre il 70% alla misura della *Performance*, in particolare con 4 degli indicatori: *Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati* (32,6%), *Aspettativa di vita in buona salute* (27,5%), *Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni* (9,8%) e *Quota di persone che rinuncia a curarsi* (7,9%).

Per i rappresentanti delle Istituzioni oltre il 70% della *Performance* è attribuibile a cinque indicatori: *Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati* (37,5%), *Aspettativa di vita in buona salute* (18,8%), *Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite* (5,9%), *Quota di cittadini che si curano fuori Regione per patologie oncologiche* (5,9%) e *Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni* (5,1%).

Per le Professioni sanitarie oltre il 70% della *Performance* è associata a 6 indicatori: *Quota di persone che rinuncia a curarsi* (22,7%), *Aspettativa di vita in buona salute* (12,6%), *Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata* (10,4%), *Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati* (9,7%), *Quota di dimessi vivi non al domicilio* (8,4%), *Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite* (7,4%).

Per il *Management* aziendale i due terzi del contributo alla *Performance* è associato agli indicatori *Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero* (40,1%%), *Quota di soggetti oncologici che si curano fuori Regione di residenza* (14,5%), *Quota ricoveri medici oltresoglia per over 75* (13,5%), e *Disavanzo pro-capite* (9,0%).

Infine, per l'Industria medicale, oltre il 70% del contributo alla *Performance* è attribuibile a 6 indicatori: *Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero* (21,0%), *Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite* (13,3%), *Quota di cittadini che si curano fuori Regione per patologie oncologiche* (13,3%), *Disavanzo pro-capite* (9,0%), *Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite* (8,6%) e *Quota ricoveri medici oltresoglia per over 75* (8,2%).

4.4. Riflessioni sul contributo delle Dimensioni alla *Performance*

Aggregando i risultati per Dimensione, si osserva come le Dimensioni Esiti e Sociale contribuiscano per oltre il 60% alla *Performance*, in modo quasi uguale: 32,1% e 31,9% rispettivamente; segue la Dimensione Economico-Finanziaria (14,4%); Appropriatezza e Innovazione, contribuiscono rispettivamente per il 12,2% ed il 9,4%.

Rispetto alla precedente edizione si registra una riduzione notevole del peso della Dimensione Economico-Finanziaria (-26,5 punti percentuali); è invece in aumento il contributo di Esiti, Sociale e Innovazione (+12,4, +12,0 e +1,5 punti percentuali rispettivamente); il peso dell'Appropriatezza è rimasto pressoché invariato (+0,6 punti percentuali rispetto alla scorsa edizione).

La dinamica dei pesi risulta essere assolutamente coerente con lo stanziamento di risorse aggiuntive per la pandemia, e che per gestirla, garantendo Esiti positivi, è stato fondamentale il ruolo dell'innovazione (vaccini etc.).

Analizzando i risultati per Categoria, nel caso degli Utenti le Dimensioni Sociale ed Esiti contribuiscono per quasi l'80% alla misura della *Performance* (42,3% e 34,3% rispettivamente); seguono le Dimensioni Appropriatezza, Innovazione ed Economico-Finanziaria, con l'11,9%, l'8,1%, e il 3,4%.

Anche per i rappresentanti delle Istituzioni, le Dimensioni Sociale ed Esiti contribuiscono per oltre il 70% alla *Performance* (45,3% e 26,2% rispettivamente), segue quella Economico-Finanziaria con l'11,8%, l'Appropriatezza con il 9,7% e l'Innovazione con il 7,0%.

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie, le Dimensioni Sociale ed Esiti contribuiscono per oltre il 60% alla *Performance* (35,8%, 23,5% rispettivamente), segue la Dimensione Economica con il 18,1%, l'Innovazione con il 12,1% e l'Appropriatezza con il 10,5%.

Per il *Management* aziendale gli Esiti contribuiscono per quasi il 50% alla *Performance* (45,2%), segue il Sociale e l'Appropriatezza con il 16,8% e 15,3% rispettivamente; le dimensioni Economico-Finanziaria e Innovazione contribuiscono per circa un quinto alla *Performance*: 14,6% e 8,1% rispettivamente.

Infine, per l'Industria, sono gli Esiti, l'Economico-Finanziaria e il Sociale le Dimensioni che contribuiscono maggiormente alla *Performance* (31,5%, 24,0% e 19,1% rispettivamente), seguite dall'Appropriatezza (13,5%) e l'Innovazione (11,9%).

Degno di nota è che la categoria Industria, a differenza delle altre, dà ancora peso alla Dimensione economica, ritenendola evidentemente strategica per garantire tutto il resto.

Analizzando la dinamica dei "pesi" per Categoria, è possibile osservare come, in questo ultimo anno, per gli Utenti sia notevolmente diminuito il "peso" dell'Economico-Finanziaria (-83,4 punti percentuali): evidentemente per via della sostituzione dell'indicatore sull'incidenza della spesa privata sul reddito, che li vedeva coinvolti in prima persona, con quello relativo al disavanzo, che è evidentemente un problema più "gestionale": sono cresciuti soprattutto il peso degli Esiti (+33,5 punti percentuali) e Sociale (+33,4 punti percentuali); più contenuta la crescita di Appropriatezza (+9,3 punti percentuali) e Innovazione (+7,3 punti percentuali).

Anche per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente diminuito il peso della Dimensione Economico-Finanziaria (-25,9 punti percentuali) ed è invece aumentato fortemente quello del Sociale (+32,7 punti percentuali): l'accesso alla cura è evidentemente una priorità per questa categoria.

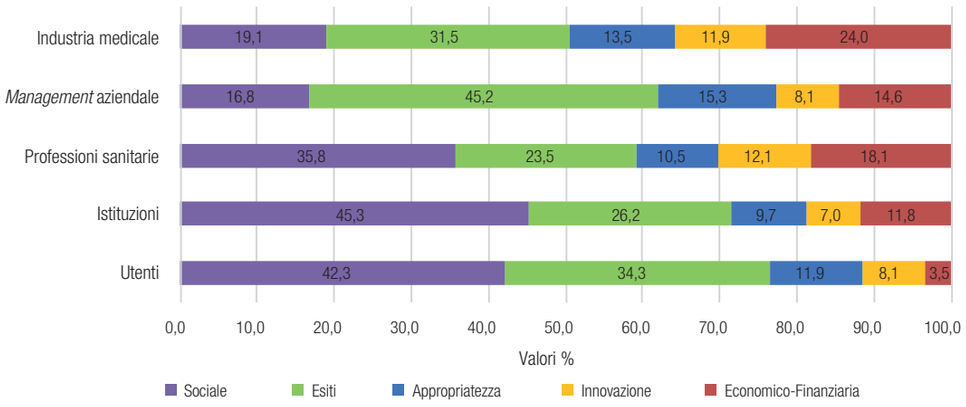
Per i rappresentanti delle Professioni sanitarie è aumentato il peso delle Dimensioni Esiti (+7,8 punti percentuali), Innovazione (+3,2 punti percentuali) e Appropriatezza (+1,8 punti percentuali); e si è invece ridotto di 7,5 punti percentuali quello del Sociale e di -5,3 quello dell'Economico-Finanziaria.

Il *Management* aziendale è risultata la categoria che ha registrato meno variazioni rispetto all'edizione precedente: è aumentato il peso degli Esiti (+3,9 punti percentuali), del Sociale (+5,2 punti percentuali), dell'Innovazione (+0,6 punti percentuali) e dell'Economico-Finanziaria (+0,3 punti percentuali), e si è ridotto quello dell'Appropriatezza (-3,4) e del Sociale (-2,7).

Infine, per l'Industria è aumentato notevolmente il peso degli Esiti (+23,1 punti percentuali) e si è ridotto fortemente quello dell'Economico-Finanziaria (-18,0 punti percentuali).

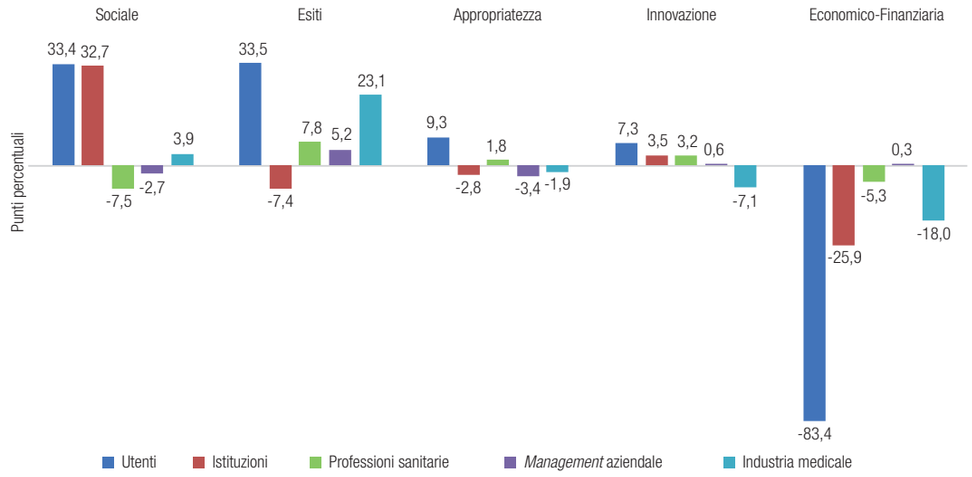
Complessivamente si rileva come in questa annualità si sia notevolmente ridotto il peso della Dimensione Economico-Finanziaria e sia, invece, aumentato quello delle altre, ma in maggior misura di Esiti e del Sociale. Le modifiche dei pesi, associate alle diverse categorie, risultano essere molto coerenti con le sfide poste dalla pandemia: l'importanza del Sociale per le Istituzioni e gli Utenti, degli Esiti per le Professioni sanitarie.

Figura 36
Contributo delle Dimensioni alla *Performance*
Per Categoria



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

Figura 37
Variazioni del contributo delle Dimensioni alla *Performance*
IX vs VIII edizione



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

5. La *Performance* regionale

L’indice complessivo di *Performance* Regionale che si determina in questa IX edizione della progettualità oscilla da un massimo del 61% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 21%: il risultato migliore è ottenuto dalla P.A. di Bolzano ed il peggiore dalla Regione Calabria.

Si conferma, come già emerso nella precedente edizione, che nelle valutazioni del *Panel* si registra l’aspettativa di giungere a *Performance* migliori delle attuali, anche nelle Regioni “migliori”.

Il divario fra la prima e l’ultima Regione è rilevante; e, in base alle aspettative dei diversi *Stakeholder*, un terzo delle Regioni non arriva neppure ad un livello pari al 40% del massimo ottenibile.

Una analisi qualitativa del *ranking* porta a distinguere quattro gruppi di Regioni in base ai livelli di *Performance* raggiunti.

Sei Regioni hanno livelli di *Performance* elevati, compresi fra il 48% e il 61%, del livello ottimale: all’interno del gruppo si distingue la P.A. di Bolzano, che registra il livello massimo, seguita da P.A. di Trento, Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Veneto, con modeste variazioni fra loro.

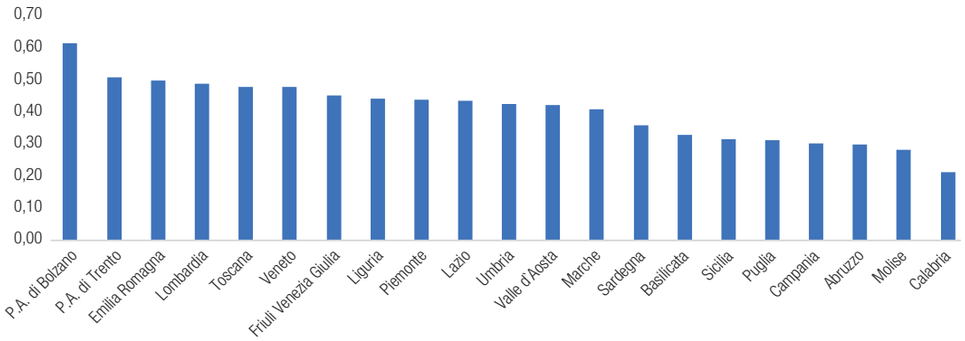
Abbiamo poi 7 Regioni, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Piemonte, Lazio, Umbria, Valle d’Aosta e Marche, con livelli di *Performance* abbastanza omogenei, ma inferiori, compresi nel *range* 41-45%.

A seguire Sardegna, Basilicata, Sicilia, Puglia e Campania, Abruzzo e Molise, con livelli di *Performance* compresi tra il 28% e il 36%.

Infine la Calabria, che registra un livello di *Performance* inferiore al 25%.

Complessivamente, spicca il miglior risultato della P.A. di Bolzano, che pur registrando il più alto livello di spesa pro-capite, non ha inciso molto poiché è minimo il contributo assegnato a tale indicatore, e il peggiore della Calabria: in mezzo, seppure con qualche “piccolo salto”, sembra che la *Performance* abbia un andamento lineare.

Figura 38
Indice di *Performance*



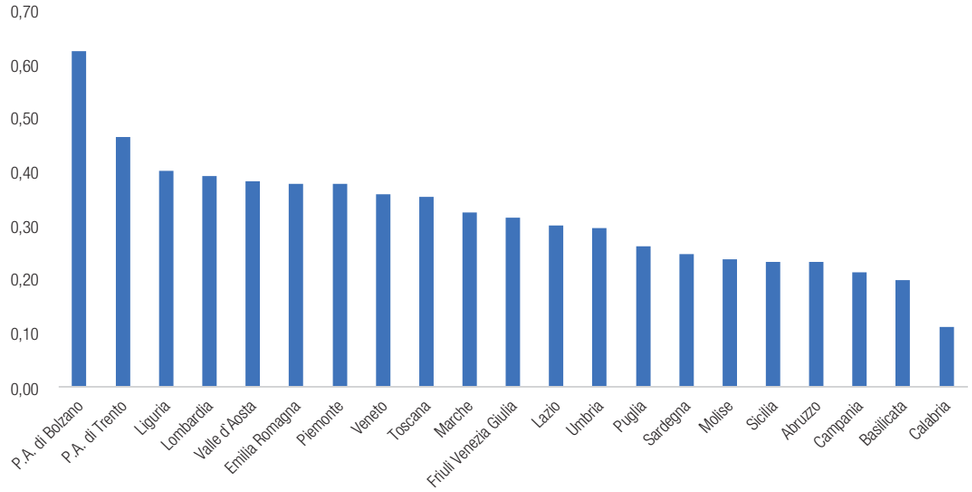
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Categoria Utenti

Per la Categoria Utenti, la P.A. di Bolzano, con il 62%, continua a mantenere la prima posizione, registrando un livello di *Performance* di poco maggiore rispetto a quello registrato nel “*ranking* generale”.

Seguono P.A. di Trento e Liguria con una *Performance* rispettivamente pari al 47% e 40%; la Calabria occupa sempre l’ultima posizione con un indice di *Performance* pari all’11% di quella massima.

Figura 39
Indice di *Performance*
Categoria Utenti



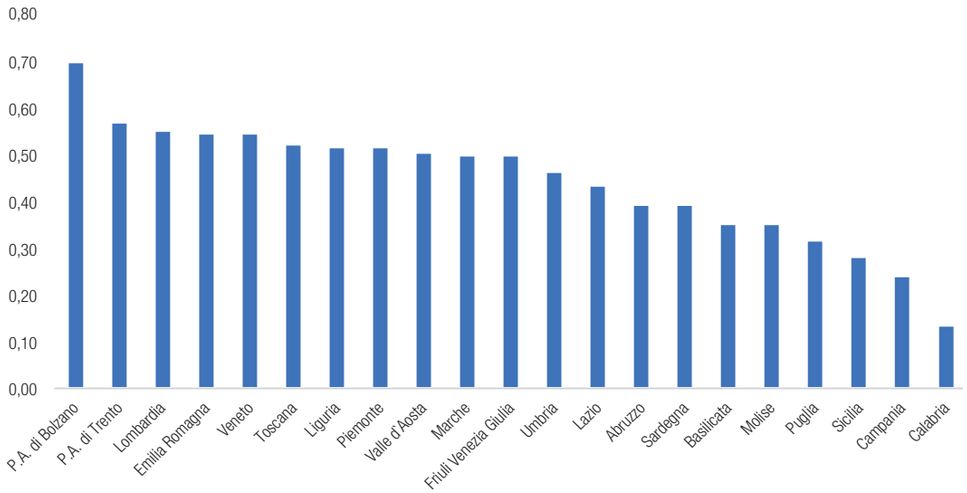
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto al *ranking* generale, per gli Utenti le prime due posizioni restano invariate, l’Emilia Romagna perde tre posizioni diventando sesta, a scapito delle Liguria; quest’ultima migliora di sei posizioni, passando dall’ottavo al secondo; all’estremo opposto abbiamo la Basilicata che perde ben cinque posizioni occupando il penultimo posto e il Molise che ne recupera quattro, abbandonando l’area “critica”.

Categoria Istituzioni

Per i rappresentanti delle Istituzioni, la misura di *Performance* varia dal 69% della P.A. di Bolzano al 13% della Calabria: si allarga quindi la forbice fra gli estremi; P.A. di Trento, Lombardia, Emilia Romagna e Veneto seguono la P.A. di Bolzano con un livello di *Performance* pressoché simile (tra il 57% ed il 54%). Nelle ultime posizioni troviamo Puglia, Sicilia e Campania che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 31% e il 23%. La Calabria ultima, con il 13%.

Figura 40
Indice di *Performance*
Categoria Istituzioni



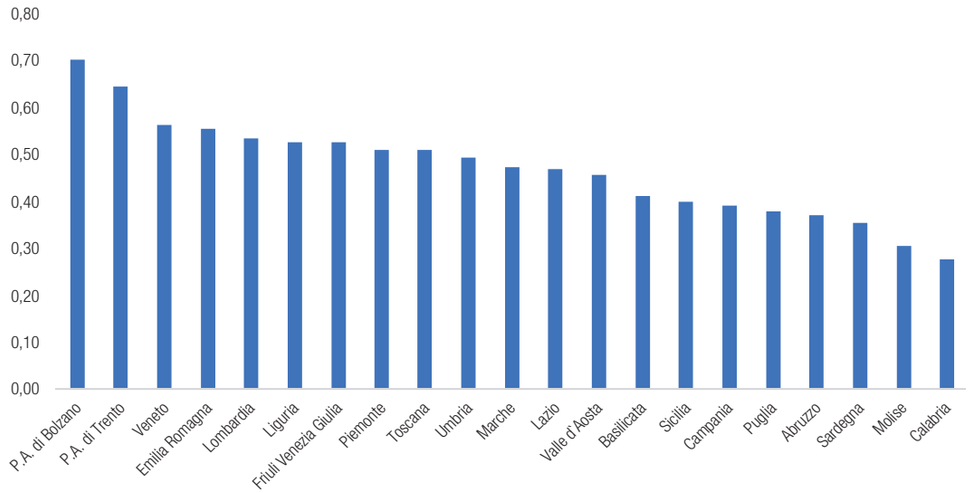
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto al *ranking* generale, si confermano le prime due posizioni e ne guadagna una la Lombardia, passando dal quarto al terzo posto. Nella parte centrale della classifica il Friuli Venezia Giulia perde quattro posizioni, passando da settima ad undicesima. Nella parte bassa del *ranking* la Calabria si conferma in ultima posizione, con il Molise che recupera tre posizioni diventando diciassettesima.

Categoria Professioni Sanitarie

Per le Professioni sanitarie si riducono le “distanze”: la *Performance* complessiva varia fra il 70% della P.A. di Bolzano ed il 28% della Calabria; P.A. di Bolzano e P.A. di Trento, con un livello di *Performance* compreso tra 0,70 e 0,64 occupano le prime due posizioni; seguono Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Toscana, con un livello di *Performance* compreso tra 0,56 e 0,51; Campania, Puglia, Abruzzo, Sardegna, Molise e Calabria occupano, invece, le ultime sei con un indice di *Performance* inferiore al 40%.

Figura 41
Indice di *Performance*
Categoria Professioni Sanitarie



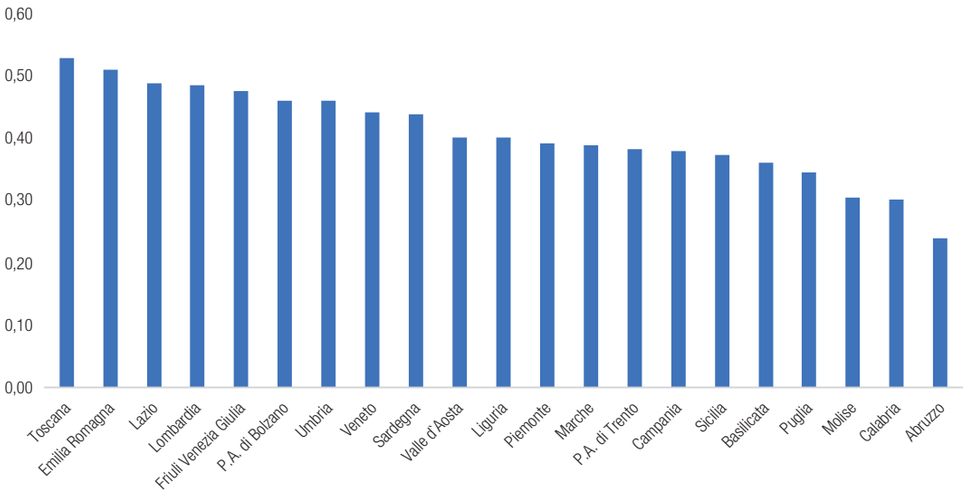
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto al *ranking* generale, si confermano le prime due posizioni; il Veneto fa un notevole balzo in avanti, recuperando 3 posizioni e giungendo al terzo posto, a scapito dell’Emilia Romagna, che invece diventa quarta; la Toscana perde, invece, 4 posizioni, passando dal quinto a nono posto. La Calabria si conferma all’ultimo posto.

Categoria *Management* aziendale

Per la Categoria *Management* aziendale il *gap* tra la Regione più performante e quella meno è più contenuto rispetto alle altre Categorie di *Stakeholder*: si passa da un valore massimo del 53% della Toscana ad uno minimo del 24% dell’Abruzzo. Toscana, Emilia Romagna, Lazio e Lombardia occupano le prime quattro posizioni con una *Performance* molto simile e compresa tra il 49% e il 53%; all’estremo opposto troviamo Sicilia, Basilicata, Puglia, Molise, Calabria e Abruzzo che occupano le ultime sei posizioni con un valore di *Performance* inferiore al 38% (tra il 38% e il 24%).

Figura 42
Indice di *Performance*
Categoria *Management* aziendale



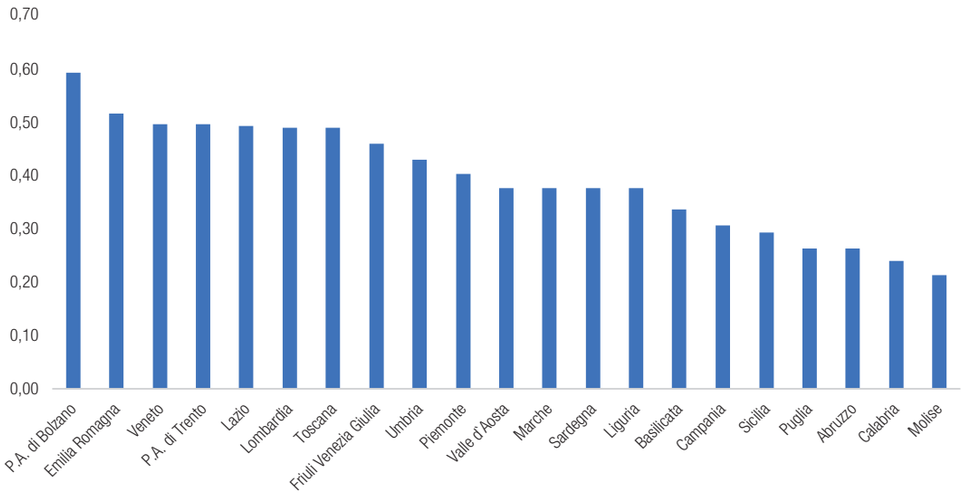
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

In questo *ranking* la P.A. di Bolzano perde il primato, passando dal primo posto al sesto; la Toscana recupera quattro posizioni rispetto al *ranking* “generale”, dal quinto posto al primo. All’estremo opposto abbiamo la Calabria, che lascia l’ultimo posto a scapito dell’Abruzzo, e la Campania recupera tre posizioni, passando dal terz’ultimo posto al quindicesimo.

Categoria Industria medicale

Per i rappresentanti dell’Industria medicale la misura di *Performance* varia dal 59% della P.A. di Bolzano al 21% del Molise. Emilia Romagna, Veneto e P.A. di Trento seguono la P.A. di Bolzano con un livello di *Performance* pressoché simile (50%). Nelle ultime posizioni troviamo Sicilia, Puglia, Abruzzo, Calabria e Molise che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 29% e il 21%.

Figura 43
Indice di *Performance*
Categoria Industria medicale



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

Rispetto al *ranking* generale, la prima posizione resta invariata; l’Emilia Romagna guadagna due posizioni, diventando seconda, a scapito della P.A. di Trento che invece ne perde due, diventando quarta. Nella parte bassa del *ranking* Calabria e Molise si scambiano la posizione, diventando rispettivamente penultima e ultima.

Anche dai ranking emerge quindi l’atteggiamento del *Management*, che si discosta dagli altri, focalizzandosi evidentemente sugli esiti dei processi gestionali.

6. Riflessioni finali e contributi alla politica sanitaria

Il progetto sulle *Performance* Regionali del C.R.E.A., giunto alla sua nona edizione, intende fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie (e non), con la finalità ultima di promuovere miglioramenti nelle opportunità di tutela della Salute offerti alle popolazioni sul territorio nazionale; a tal fine la misura della *Performance*, fornendo una valutazione regionale dei livelli di tali opportunità, vuole rappresentare uno strumento teso a incentivare azioni correttive.

Il diverso posizionamento delle *Performance* Regionali, in termini di contributo delle Dimensioni coinvolte e anche di prospettive di valutazione, offre spunti per valutare la rispondenza dei modelli in atto con le aspettative dei portatori di interesse: Bolzano, Trento, Liguria e Lombardia sono le realtà più "premiate" dagli Utenti; Veneto, Emilia-Romagna e Lombardia (oltre Bolzano e Trento) dai Professionisti sanitari e dalle Istituzioni; Bolzano, Emilia-Romagna, Veneto e Trento dall'Industria; e Toscana, Emilia-Romagna, Lazio e Lombardia dal *Management*, categoria che, come precedente riscontrato, si discosta in maniera evidente dalle altre.

Appare ormai del tutto evidente che la tutela della salute è responsabilità condivisa in tutte le politiche, da quelle ambientali a quelle economiche, etc.; ed anche che dipende dai comportamenti dei cittadini, come ad esempio nelle decisioni di destinare parte del reddito ai consumi sanitari privati, piuttosto che adottare determinati stili di vita (attività fisica, corretta alimentazione etc.).

La misura/valutazione di *Performance* effettuata si discosta, quindi, volutamente da quelle, istituzionali e non, tese a giudicare l'efficienza della risposta pubblica o, più specificatamente, del suo *Management* a obiettivi prefissati; lo sforzo è, invece, quello di cogliere complessivamente la valutazione dei diversi portatori di interesse sulle opportunità di tutela della salute che si determinano per il combinato disposto di politiche di offerta, di domanda, nonché la reale capacità di integrazione fra i diversi ambiti di intervento.

Ricordiamo che l'indice elaborato si fonda su un "assioma" di multidimensionalità della *Performance* stessa; e postula l'esistenza di molteplici prospettive. Non stupisce, quindi, che le popolazioni regionali che, con la nostra metodologia, si valuta abbiano il maggior livello di tutela della salute, non necessariamente coincidono con quelli che "performano" meglio nella "Griglia LEA" (ora Nuovo Sistema di Garanzia), né con quelli individuati quali *benchmark* per il riparto del Fondo Sanitario.

L'adozione di una logica multi-dimensionale e multi-prospettiva implica l'utilizzo di "pesi" di composizione, che rendano conto del diverso contributo alla *Performance* che può essere attribuito alle Dimensioni, come anche alle differenze di priorità degli *Stakeholder*: è quest'anno le differenze di prospettiva sono del tutto evidenti.

La dinamica delle opportunità e delle aspettative, continua ad essere in continua e rapida evoluzione: in funzione del modificarsi del contesto socio-economico, culturale e politico nel quale esse di realizzano. Anche in questo caso, quest'anno osserviamo una accelerazione, attribuibile alle nuove consapevolezze e al nuovo contesto determinato dalla pandemia.

In prospettiva, osserviamo che da questa annualità sono state introdotte due novità: una relativa all'inserimento di indicatori inerenti la gestione dell'emergenza sanitaria; ed una relativa al coinvolgimento nell'*Expert Panel* dei rappresentanti dei Comuni, avviando quindi il dibattito a quella che può essere l'estensione della valutazione al livello di tutela della salute anche in termini sociali.

In merito al primo punto, dobbiamo ricordare che nel *set* di indicatori pre-selezionati ne sono stati inseriti quattro relativi alla gestione del COVID-19 ma per nessuno è stata raggiunta la soglia minima individuata di adesione.

Il *Panel* risultato concorde nel ritenere che la gestione del COVID da parte delle Regioni non dovesse impattare, per i motivi sopra riportati, sulla valutazione del livello di *Performance*. Di fatto l'impatto della pandemia si coglie in alcune modifiche di prospettiva sull'importanza relativa delle dimensioni di valutazioni, confermata dai diversi "segni" associabili alle diverse Categorie di *Stakeholder.*

Ad esempio, osserviamo come rispetto alla precedente edizione sono stati modificati 6 indicatori su 15:

- *Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza sostituito con Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza per diagnosi oncologiche*
- *Impoverimento per spese sanitarie sostituito con Disagio economico per consumi sanitari privati*
- *Customer satisfaction sostituito con Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero*
- *Quota consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile sostituito con Disavanzo pro-capite*
- *Quota di interventi (Carcinoma mammario, frattura di femore, angioplastica, bypass aorto-coronarico, colecistectomia laparoscopica) effettuati in centri rispondenti ai requisiti previsti dal D.M. n.70/2015 sostituito con Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni*
- *Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche sostituito con Tasso di accessi al Pronto Soccorso per codice bianco o verde.*

Il "ritorno" dell'indicatore sul disavanzo economico-finanziario probabilmente è da attribuire alla "paura" dell'aumento del debito per la gestione della pandemia; la componente privata della spesa sembra essere stata momentaneamente messa da parte; l'incremento della mortalità per infarto dovuta alla paura di accedere ai servizi durante la pandemia ha portato a selezionare l'indicatore relativo alla tempestività di intervento.

Già nella fase di selezione degli indicatori si è, quindi, percepita una modifica delle priorità da parte degli *Stakeholder* alla luce delle "debolezze" emerse durante l'emergenza sanitaria.

Per la Dimensione Sociale si sono registrate preferenze che tendono a descrivere un atteggiamento di "stigma" verso le situazioni che evidenziano maggiori iniquità, che si sono esasperate nella fase pandemica.

Prendendo in analisi la Dimensione Sociale, i membri del *Panel* associano un basso livello di *Performance* in corrispondenza di importanti quote di "disagio" (rinunce alle cure, disagio economico, mobilità passiva extra-regionale); il contributo alla *Performance* cresce, nella maggior parte dei casi più che proporzionalmente, al migliorare dell'indicatore, ovvero allo spostarsi verso valori numerici degli indicatori prossimi ai risultati migliori.

Per la Dimensione Esiti, si conferma l'importanza dell'indicatore sulla mortalità evitabile: valori di mortalità evitabile pari a quelli migliori nazionali, vengono comunque ritenuti sub-ottimali (80% della *Performance* massima).

Agli indicatori della Dimensione Appropriatezza relativi alla tempestività di trattamento e appropriatezza di presa in carico da parte dell’assistenza primaria, si associa una funzione di Utilità che, soprattutto nella prima metà della distribuzione, evidenzia una utilità marginale decrescente: ovvero miglioramenti di *Performance* molto modesti in corrispondenza di tali valori.

Per quanto concerne la Dimensione Innovazione, le funzioni di valore appaiono crescere proporzionalmente al migliorare delle determinazioni degli indicatori, sebbene per gli indicatori sull’innovazione in chirurgia e sulla digitalizzazione (FSE) si rileva l’aspettativa di miglioramenti significativi rispetto anche agli attuali valori migliori.

Per la Dimensione Economico-Finanziaria osserviamo la tendenza a ritenere *che il* ridursi dell’onere, ovvero della spesa sanitaria totale pro-capite, comporterebbe un contributo positivo in termini di *Performance*, ma contenuto quando la spesa scende al di sotto di un valore soglia; anche questo sembra un effetto delle nuove consapevolezze determinate dall’impatto dell’emergenza sanitaria.

Osserviamo, infine, come le Dimensioni Sociale ed Esiti siano quelle che contribuiscono maggiormente alla *Performance* ma per il *Management* gli Esiti pesano più del Sociale.

In conclusione, la nuova crescita di importanza della Dimensione Sociale ed Esiti, sembra indicare una maggiore consapevolezza, probabilmente rafforzatasi durante la fase dell’emergenza, di dover garantire l’equità di accesso a livello regionale, tutelando quindi la natura del servizio sanitario italiano.

A conferma di ciò, dalla discussione tra i componenti del *Panel* intervenuti al *web-meeting* ed ai *work groups*, è stata condivisa da una parte l’esigenza di andare oltre la misura della tutela della salute sanitaria, coinvolgendo anche il sociale, e quindi il consolidamento della presenza dei Sindaci nell’*Expert Panel*; dall’altra, di individuare ed introdurre nella prossima edizione degli indicatori in grado di misurare la flessibilità delle diverse Regioni, nonché il rendimento delle azioni che verranno implementate nei prossimi cinque anni in attuazione del PNRR, affinché possano essere un investimento per il sistema e non una mera spesa.

SCHEDE INDICATORI

CREA Sanità

Università di Roma Tor Vergata

DIMENSIONE	ID	INDICATORE
Sociale (Equità)	1	Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati
	2	Quote di persone che rinuncia a curarsi
	3	Quota di cittadini che si curano fuori Regione per patologie oncologiche
Esiti	4	Aspettativa di vita in buona salute
	5	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite
	6	Mortalità per Infarto Miocardio Acuto a 30 giorni dal ricovero
Appropriatezza	7	Quota di pazienti con Infarto Miocardio Acuto con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni
	8	Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde
	9	Quota ricoveri medici oltre soglia *over* 75
Innovazione	10	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
	11	Quota di dimessi vivi non al domicilio
	12	Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico
Economico-Finanziaria	13	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	14	Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite
	15	Disavanzo economico-finanziario pro-capite

DIMENSIONE SOCIALE

INDICATORE N. 1 Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati	
Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, la quota di famiglie che avvertono un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati. Disagio economico in termini di rinuncia alla cura per motivi economici e/o impoverimento a causa di questi consumi
Numeratore	Famiglie che sperimentano un disagio economico a causa di consumi sanitari privati
Denominatore	Famiglie residenti
Unità di misura	Valori in %
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 persone che rinuncia a curarsi per motivi economici, di liste di attesa, di lontananza dei luoghi di cura, etc.
Numeratore	Quota di persone che rinuncia a curarsi
Denominatore	Popolazione residente
Unità di misura	Valori in %
Fonte	ISTAT

INDICATORE N. 3 Quota di cittadini che si curano fuori Regione per patologie oncologiche	
Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, la quota di soggetti affetti da patologie oncologiche che si ricoverano in luoghi distanti dalla Regione di residenza (dal calcolo della mobilità, è stata esclusa quella di prossimità, ovvero il ricovero in realtà regionali confinanti, distanti meno di 200 km dalla residenza del paziente)
Numeratore	Numero soggetti affetti da patologie oncologiche che si ricoverano fuori Regione di residenza
Denominatore	Soggetti con patologia oncologica che si ricoverano
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute

DIMENSIONE ESITI

INDICATORE N. 4 Aspettativa di vita in buona salute	
Descrizione	L'indicatore esprime il numero medio di anni che una persona può contare di vivere dalla nascita nell'ipotesi in cui, nel corso della propria esistenza, fosse sottoposta ai rischi di mortalità per età dell'anno di osservazione
Numeratore	Numero di anni che un individuo si aspetta di vivere in buona salute
Denominatore	-
Unità di misura	Anni
Fonte	ISTAT

INDICATORE N. 5 Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite	
Descrizione	L'indicatore esprime il numero di giorni perduti pro-capite per cause di mortalità evitabili (trattabili o prevenibili)
Numeratore	Giorni perduti per decessi evitabili
Denominatore	-
Unità di misura	Giorni
Fonte	Rapporto Mortalità Evitabile (Ed.2020)

INDICATORE N. 6 Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero	
Descrizione	L'indicatore esprime, ogni 10.000 ab., gli episodi di Infarto Miocardico Acuto, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data del ricovero indice
Numeratore	Numero di episodi di Infarto Miocardico Acuto, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data del ricovero indice
Denominatore	Numero di episodi di Infarto Miocardico Acuto
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Programma Nazionale Esiti (Age.na.s.)

DIMENSIONE APPROPRIATEZZA

INDICATORE N. 7 Quota di pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni	
Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, la quota di pazienti colpiti da Infarto Miocardico Acuto, trattati con PTCA entro 48 ore dall'episodio
Numeratore	Numero di episodi di Infarto Miocardico Acuto in cui il paziente abbia eseguito una PTCA dopo 2 giorni dalla data di ammissione del ricovero indice e risulti deceduto entro trenta giorni dalla data dell'intervento di PTCA
Denominatore	Numero di episodi di Infarto Miocardico Acuto in cui il paziente abbia eseguito una PTCA dopo 2 giorni dalla data di ammissione del ricovero indice
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Programma Nazionale Esiti (age.na.s)

INDICATORE N. 8 Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde	
Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, la quota di accessi al pronto soccorso con codice di dimissione bianco/verde nei giorni feriali, dalle 8 alle 20
Numeratore	Numero di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde
Denominatore	Numero di accessi al pronto soccorso
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Nuovo Sistema di Garanzia, Ministero della Salute

INDICATORE N. 9 Quota ricoveri medici oltre soglia per *over* 75	
Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, la quota di ricoveri medici effettuati con degenza oltresoglia
Numeratore	Ricoveri in acuzie con DRG medico oltre soglia degli *over* 75
Denominatore	Ricoveri in acuzie con DRG medico degli *over* 75
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Schede di Dimissione Ospedaliera, Ministero della Salute

DIMENSIONE INNOVAZIONE

INDICATORE N. 10 Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota di interventi chirurgici eseguiti in regime di ricovero (ordinario o diurno) per i quali è stata adottata una tecnica artroscopica, laparoscopica e robot assistita
Numeratore	Ricoveri ordinari per interventi chirurgici in artroscopia, laparoscopia o robotica
Denominatore	Ricoveri chirurgici in regime ordinario
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute (SDO)

INDICATORE N. 11 Quota di dimessi vivi non al domicilio	
Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuale, la quota di dimessi vivi non al domicilio
Numeratore	Numero dimessi vivi non al domicilio
Denominatore	Numero dimessi non deceduti
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute (SDO)

INDICATORE N. 12 Quote di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico	
Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, la quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico
Numeratore	Numero assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico
Denominatore	Numero di assistiti
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Ministero della Salute

DIMENSIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

INDICATORE N. 13 Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata	
Descrizione	L'indicatore esprime, in euro, la spesa sanitaria annua standardizzata, pubblica e privata, per cittadino residente
Numeratore	Spesa sanitaria totale
Denominatore	Popolazione standardizzata
Unità di misura	Valori in €
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ragioneria dello Stato, ISTAT, ANIA

INDICATORE N. 14 Quota di spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite	
Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, l'incidenza della spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL, per cittadino residente
Numeratore	Spesa sanitaria totale pro-capite
Denominatore	PIL pro-capite
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute ed ISTAT

INDICATORE N. 15 Disavanzo economico-finanziario pro-capite	
Descrizione	L'indicatore rappresenta l'eccedenza di spesa media per ciascun residente rispetto al finanziamento, ossia indica il contributo di ciascun residente alla formazione del disavanzo del SSN
Numeratore	Disavanzo regionale
Denominatore	Popolazione
Unità di misura	Valori in €
Fonte	Corte dei Conti

CREA Sanità

Finito di stampare
nel mese di luglio 2021 presso
Locopress industria grafica
Mesagne (Brindisi) - Italia
per conto di
Locorotondo editore
ISBN 978-88-99078-46-1

CREA Sanità

Locorotondo editore
ISBN 978-889907846-1
9 788899 078461