

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”



**XIII edizione
2025**

D. d'Angela
B. Polistena
F. Spandonaro



DIPARTIMENTO DI
ECONOMIA E FINANZA



“Livelli di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

XIII edizione (2025)



Sommario

Sommario	5
Indice delle figure	7
<i>Expert Panel</i>	13
<i>Executive summary</i>	21
1. Introduzione	29
2. Metodologia	31
3. Risultati	34
3.1. Selezione degli indicatori di <i>Performance</i>	34
3.2. Le funzioni di valore degli indicatori	53
3.3. La composizione degli indicatori	83
3.4. Il contributo delle Dimensioni e degli indicatori alla <i>Performance</i>	85
4. La <i>Performance</i> socio-sanitaria	89
4.1. Sostenibilità dei SSR	97
5. <i>Performance, Patient Reported Experience e Patient Reported Outcome</i>	99
6. Riflessioni conclusive	107
Schede Regioni	111
Schede indicatori	157



Indice delle figure

Figura 1	Contributo dei fattori alla Salute, per Categoria di <i>stakeholder</i>	32
Figura 2	Quota di pazienti con infarto miocardico acuto associato a sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) ai quali è stata effettuata una angioplastica coronarica transluminale percutanea entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>	37
Figura 3	Gap spesa sanitaria pubblica pro-capite EU vs ITA; Spesa sociale dei Comuni per interventi di integrazione sociale, ADI, <i>voucher</i> , assegno di cura, buono socio-sanitario (disabili, anziani e poveri) Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>	39
Figura 4	Quota di famiglie con disagio economico (rinuncia per motivi economici o impoverimento) per spese sanitarie Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>	41
Figura 5	Speranza di vita senza limitazioni funzionali (<i>over 65 anni</i>) Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>	43
Figura 6	Indice di salute mentale Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>	44
Figura 7	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>	45
Figura 8	Qualità dell'aria (PM2.5) Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>	46
Figura 9	Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>	48
Figura 10	Quota di Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio dichiarato attivo Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>	49
Figura 11	Indice di implementazione rete oncologica Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>	50
Figura 12	Tasso di <i>over 75 anni</i> non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale, Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale e Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>	52
Figura 13	Tasso di accessi 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" per Categoria	54

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Figura 14	Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata Funzione di “valore” per Categoria	55
Figura 15	Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano, e <i>screening</i>) Funzione di “valore” per Categoria	56
Figura 16	Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche Funzione di “valore” per Categoria	57
Figura 17	Quota di pazienti con STEMI ai quali è stata effettuata una angioplastica entro 90 minuti dall'accesso nella struttura Funzione di “valore” per Categoria	58
Figura 18	Dimensione Appropriatelyzza Funzione di “valore” per Categoria	59
Figura 19	<i>Gap</i> spesa sanitaria pubblica pro-capite EU vs ITA Funzione di “valore” per Categoria	60
Figura 20	Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali Funzione di “valore” per Categoria	61
Figura 21	Spesa sociale dei Comuni per interventi di integrazione sociale, assistenza domiciliare, <i>voucher</i> , assegno di cura, buono socio-sanitario (disabili, anziani e poveri) Funzione di “valore” per Categoria	62
Figura 22	Dimensione Economico-Finanziaria Funzione di “valore” per Categoria	63
Figura 23	Tasso di mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità Funzione di “valore” per Categoria	64
Figura 24	Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti Funzione di “valore” per Categoria	65
Figura 25	Quota di famiglie con disagio economico (rinuncia per motivi economici o impoverimento) per spese sanitarie Funzione di “valore” per Categoria	66
Figura 26	Dimensione Equità Funzione di “valore” per Categoria	67
Figura 27	Speranza di vita senza limitazioni funzionali (<i>over 65 anni</i>) Funzione di “valore” per Categoria	68
Figura 28	Indice di salute mentale Funzione di “valore” per Categoria	69
Figura 29	Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti Funzione di “valore” per Categoria	70

Figura 30	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite Funzione di “valore” per Categoria	71
Figura 31	Qualità dell’aria (PM 2.5) Funzione di “valore” per Categoria	72
Figura 32	Dimensione Esiti Funzione di “valore” per Categoria	73
Figura 33	Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico Funzione di “valore” per Categoria	74
Figura 34	Quota Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio attivato Funzione di “valore” per Categoria	75
Figura 35	Indice di implementazione rete oncologica Funzione di “valore” per Categoria	76
Figura 36	Dimensione Innovazione Funzione di “valore” per Categoria	77
Figura 37	Tasso di <i>over 75</i> anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale Funzione di “valore” per Categoria	78
Figura 38	Quota di persone deboli o a rischio (affette da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale Funzione di “valore” per Categoria	79
Figura 39	Quota di persone disabili e/o anziani che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari Funzione di “valore” per Categoria	80
Figura 40	Dimensione Sociale Funzione di “valore” per Categoria	81
Figura 41	Contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> Per Categoria	86
Figura 42	Variazioni del contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> XIII vs XII edizione	87
Figura 43	Indice di <i>Performance</i> regionale	89
Figura 44	Indice di <i>Performance</i> Categoria Utenti	90
Figura 45	Indice di <i>Performance</i> Categoria Istituzioni	91
Figura 46	Indice di <i>Performance</i> Categoria Professioni Sanitarie	92
Figura 47	Indice di <i>Performance</i> Categoria <i>Management</i> aziendale	93
Figura 48	Indice di <i>Performance</i> Categoria Industria <i>Life Sciences</i>	94
Figura 49	Indici di <i>Performance</i> Regionali 2019 e 2024	95

Figura 50	Indice di <i>Performance</i> 2019 e 2024	95
Figura 51	Indice di <i>Performance</i> : dinamica 2024/2019	96
Figura 52	Indice di <i>Performance</i> 2019 vs variazione 2024/2019	97
Figura 53	Indice di soddisfazione dei cittadini per il SSR	98
Figura 54	Indice medio, per Regione ed Area	100
Figura 55	Indice di soddisfazione, per area	101
Figura 56	Quota % di cittadini, per livello di soddisfazione	102
Figura 57	Qualità della vita (utilità EUQoL)	103
Figura 58	Indice di <i>Performance</i> , Indice di soddisfazione dei cittadini e HRQoL	104
Figura 59	Qualità della vita (utilità HRQoL)	105
Figura 60	Indice di <i>Performance</i> , HRQoL e soddisfazione dei cittadini	107

A cura di:

- d'Angela Daniela
C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
(Coordinatore scientifico e curatore del Rapporto)
- Spandonaro Federico
C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
(Supervisor scientifico e curatore del Rapporto)
- Polistena Barbara
C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

- Caforio Gaetano
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità
- Carrieri Ciro
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità
- Cioppa Marco
C.R.E.A. Sanità
- Dotti Carla
Fondazione Istituto "Sacra Famiglia" Onlus, Milano
- d'Angela Claudia
C.R.E.A. Sanità
- Fratini Adriana
C.R.E.A. Sanità
- Lo Giudice Claudio
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità



Expert Panel

Istituzioni

- Annichiarico Massimo
Direttore Generale dell'area sanità e sociale, Regione Veneto
- Benedetti Daniele
Presidente ANCI Umbria
- Bordon Paolo
Direttore Generale dipartimento Sanità e Servizi Sociali, Regione Liguria
- Bucci Marco
Presidente ANCI Liguria
- Caroli Francesco
Coordinatore nazionale della rete Città Sane OMS
- Cinque Ettore
Assessore Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, Regione Campania
- Coscioni Enrico
Già Presidente AGENAS
- D'Alessandro Pierpaola
Vice Direttore Generale Vicario, Comune di Roma
- Degrassi Flori
Presidente ANDOS e componente Osservatorio medicina di genere ISS
- De Santi Anna Maria
già Responsabile Unità di Neuroscienze Sociali, ISS
- Donetti Daniela
Direttore Salute e Welfare, Regione Umbria
- Flego Gaddo
Direttore Sanitario Ospedale Evangelico Internazionale di Genova, già coordinatore rete ligure HTA
- Lanzarin Manuela
Presidente f.f. AGENAS, Assessore alla sanità Regione Veneto
- Lombardo Massimo
Direttore Generale Agenzia Regionale Emergenza Urgenza, Regione Lombardia
- Lorusso Stefano
Direttore Generale ex Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, Ministero della Salute
- Maletti Francesca
Vicesindaco di Modena e Assessora a Sanità, Salute, Prevenzione e sani Stili di vita, Diritti e Benessere animale, Politiche abitative e Piano per la Casa

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

- Montanaro Vito
Direttore dipartimento promozionale della salute e del benessere animale, Regione Puglia
- Radice Lorenzo
Sindaco di Legnano
- Ruscitti Giancarlo
Direttore dei servizi sociosanitari dell'Arcs, Friuli Venezia Giulia
- Scroccaro Giovanna
Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici, Regione Veneto

Management aziendale

- Benini Patrizia
Direttore Generale ULSS 9 Scaligera
- Bosio Marco
Direttore Generale ASST Rhodense
- Brait Michele
Direttore Generale ATS Brianza - Agenzia Tutela della Salute
- Calamai Monica
Commissario Straordinario ASP Crotone
- Capalbo Maria
Direttore Generale IRCCS INRCA, Regione Marche
- Carradori Tiziano
Direttore Generale AUSL Romagna
- Cattel Francesco
Direttore Generale ASL di Verbania Cusio Ossola (VCO)
- Cattina Grazia
Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero Unico ASL di Nuoro
- Cavalli Silvia
Direttore Generale ASL Roma 5
- Cecconami Lorella
Direttore Generale DG ATS Pavia
- Cenciarelli Sabrina
Direttore Generale ASL Latina
- Ciotti Emanuela
Direttore Generale USL Umbria 1
- Colacicco Vito Gregorio
Direttore Generale ASL Taranto

- D'Alba Fabrizio
Direttore Generale Policlinico Umberto I, Roma
- D'Amore Antonio
Direttore Generale Azienda Ospedaliera Antonio Cardarelli, Napoli
- De Filippis Giuseppe
Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Perugia
- De Fino Massimo
Direttore Generale CROB (Centro di Riferimento Oncologico Basilicata), Rionero in Vulture
- Dei Simona
Direttore Sanitario Azienda ULS Toscana Centro
- Delle Donne Alessandro
Direttore Generale Istituto Tumori Giovanni Paolo II, Bari
- Desideri Enrico
Già Presidente Fondazione Sicurezza in Sanità
- Di Santo Giovanni
Direttore Generale ASReM (Agenzia Sanitaria Regionale Molise)
- Ferrante Mario Nicola Vittorio
Direttore Generale ASL di Avellino
- Frittelli Tiziana
Commissario straordinario Grandi Ospedali Reggio Calabria
- Gentili Gilberto
Già Commissario Straordinario AST Pesaro Urbino
- Giupponi Massimo
Direttore Generale ATS Bergamo
- Mastrobuono Isabella
Commissario Straordinario Policlinico Tor Vergata
- Matragna Cristina
Direttore Generale Istituto "Lazzaro Spallanzani", Roma
- Milito Francesca
Direttore Generale Ospedale Sant'Andrea, Roma
- Nicora Carlo
Direttore Generale Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
- Polimeni Joseph
Direttore Azienda USL Toscana Centro
- Quintavalle Giuseppe
Commissario straordinario ASL Roma 1
- Romano Ferdinando
Direttore Generale ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila
- Schael Thomas
Direttore Generale Az. Osp. Universitaria Città Salute e Scienza

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

- Schieppati Stefano
Direttore Sanitario ASST Santi Paolo e Carlo
- Serpieri Chiara
Coordinatore FIASO Piemonte
- Silvestri Norberto
Direttore Sanitario Ospedale di Erba
- Sosto Gennaro
Direttore Generale ASL Salerno e Presidente Federsanità - ANCI Campania
- Tubertini Mario
Direttore Generale Istituto di Montecatone Bologna
- Volpe Gennaro
Direttore Generale ASL Benevento

Professioni sanitarie

- Annicchiarico Giuseppina
Coordinatrice del Co.Re.Ma.R. (Coordinamento Regionale Malattie Rare - ARESS Puglia)
- Balestra Roberta
Presidente FEDERSERD
- Balzanelli Mario Giosuè
Presidente SIS118
- Bianchi Stefano
Nefrologo volontario pro bono, Polo Cronicità, Società Volontaria di Soccorso, Livorno
- Candido Riccardo
Presidente AMD
- Chelo Gianluca
Componente comitato centrale FNOPI
- Corradi Maria Paola
Direttore Generale Az. Osp. San Giovanni Addolorata, Roma
- Cossolo Marco
Presidente Federfarma
- D'Arpino Alessandro
Direttore Farmacia AOU di Perugia, già componente consiglio direttivo SIFO
- De Giorgi Serafino
Presidente Società Italiana di Psichiatria Sociale
- Di Lorenzo Nicola
Presidente emerito SICOB e Presidente del futuro ventinovesimo Convegno dell'European Association for Endoscopic Surgery (EAES), l'Associazione Europea per la Chirurgia

- Di Turi Roberta
Segretario Generale SINAFO
- Doria Andrea
Presidente SIR
- Esposito Giovanni
Presidente GISE
- Favaretti Carlo
Presidente onorario SIHTA e Segretario, Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
- Focarelli Dario
Direttore generale ANIA
- Leonardi Filippo
Direttore Generale AIOP
- Lezo Antonella
Presidente SINPE
- Masi Stefano
Coordinatore Gruppo di Studio Nazionale AMD Health Management
- Misericordia Paolo
Responsabile centro studi FIMMG
- Montorsi Marco
Presidente La Fondazione Biotechnopolo, già Rettore Humanitas
- Paolini Barbara
Presidente ADI - Responsabile Dietetica e nutrizione clinica Az. Osp. Universitaria Senese
- Perrone Francesco
Presidente AIOM
- Pietrantonio Filomena
Tesoriere FADOI - Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti
- Siliquini Roberta
Presidente SITI
- Zito Giovanni Battista
Presidente A.R.C.A.

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Utenti

- Aceti Tonino
Presidente Salutequità
- Celano Antonella
Presidente APMARR
- Cerana Nicoletta
Presidente ACTO Italia
- Corazza Valeria
Presidente APIAFCO
- Iannelli Elisabetta
Presidente AIMAC
- Mancuso Anna Maria
Presidente Salute Donna
- Mandorino Anna Lisa
Segretario Generale Cittadinanzattiva
- Pannuti Raffaella
Presidente Fondazione ANT Italia Onlus
- Pelagalli Maddalena
Amministratore Unico presso IOTA s.r.l. Presidente Federazione RelaCare ETS - Relazione di Cura Malattie Immunomediate
- Rivella Alessandra
Direttrice Associazione A.N.N.A.
- Schittulli Francesco
Presidente LILT
- Scopinaro Annalisa
Presidente UNIAMO
- Tonolo Silvia
Presidente ANMAR Onlus

Industria *Life Scienze*

- Arcangeli Emanuela
Amarin
- Barrella Annarita
Abbvie
- Beccagutti Guido
Direttore Generale Confindustria dispositivi medici
- Beghin Silvia
Menarini
- Bosio Valentina
Astellas
- Cipriani Filippo
Sanofi
- Comparoni Simona
GSK
- Monteverde Spencer Geraldo Taadinho
W.L. Gore
- Ponzi Patrizia
Boehringer Ingelheim
- Pruiti Luana
Medtronic
- Sinibaldi Alessandra
Alpha Sigma
- Tealdo Michela
Takeda



“Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Ringraziamenti

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

abbvie

ALFASIGMA 

 AMARIN

 astellas

 Boehringer
Ingelheim

 GORE

 GSK

Medtronic

 **MENARINI**
group

sanofi

 Takeda

Executive summary

Lo studio “Livelli di tutela della Salute: Le *Performance* Regionali”, promosso da C.R.E.A. Sanità sin dal 2012, si propone di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie e sociali, con la finalità ultima di promuovere miglioramenti nelle opportunità di tutela socio-sanitaria (intesa in senso lato) offerte nei diversi luoghi di residenza regionale.

Le determinanti della salute sono numerose, e non si limitano all'assistenza sanitaria erogata dal SSN: stili di vita, salubrità ambientale, deprivazione socio-economica, ecc. sono fattori essenziali da considerare nella valutazione delle opportunità di tutela della salute.

Lo studio, di conseguenza, sposando la prospettiva del *Health in all policies*, adotta (sin dalla sua prima annualità) un concetto di *Performance* che ha carattere intrinsecamente multidimensionale.

La metodologia sviluppata per la valutazione compone le diverse dimensioni della *Performance*, ed anche le diverse prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder* del sistema socio-sanitario.

L'affinamento della metodologia, che permette di elaborare un indice “unico” di *Performance* regionale, è stato supportato da un *Expert Panel* “multi-stakeholder” a cui partecipano attualmente 107 rappresentanti di Istituzioni, *Management* delle Aziende Sanitarie, Professioni sanitarie, Utenti e Industria *Life Sciences*.

Il supporto del *Panel* è molteplice, essendo chiamato a:

- Individuare/validare le Dimensioni della *Performance*
- selezionare un *set* di indicatori rappresentativo delle suddette dimensioni di *Performance*
- partecipare ad un esercizio di elicitazione del “valore” attribuito alle determinazioni degli indicatori
- ed anche del “valore relativo” attribuito ai diversi indicatori.

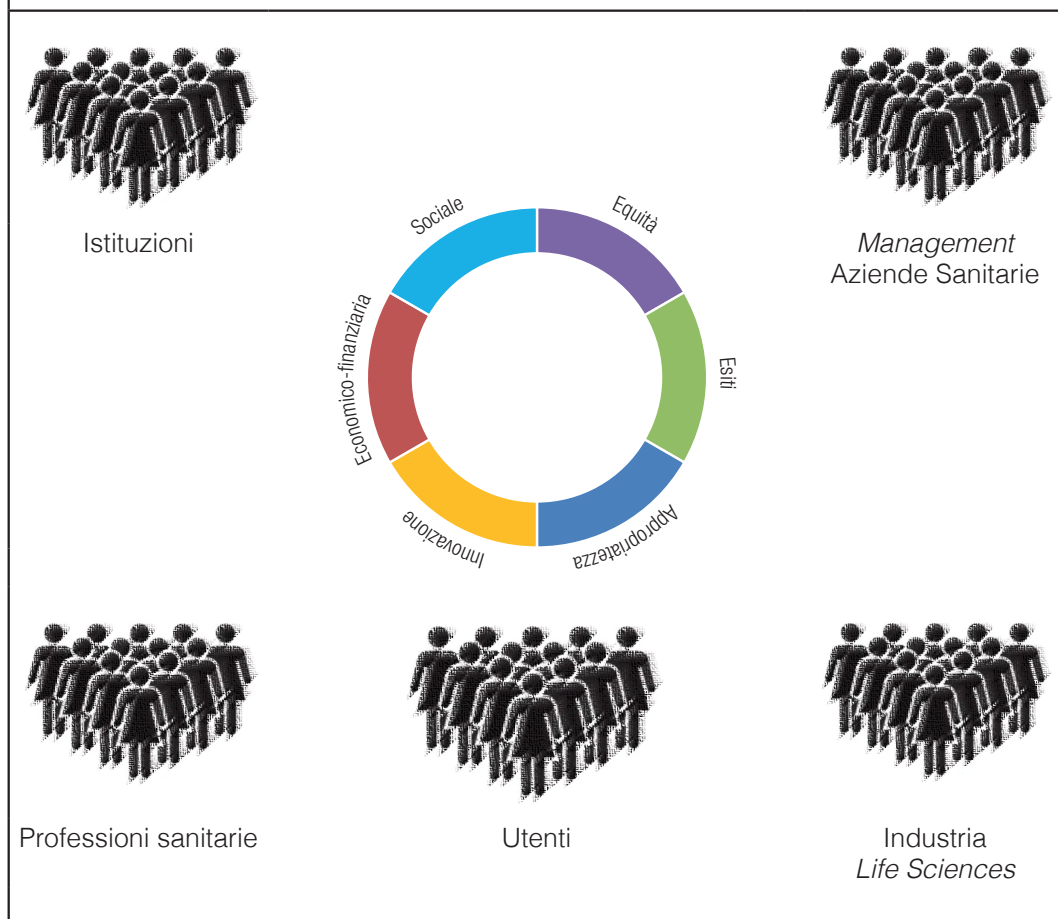
La *Performance*, secondo le diverse prospettive ed il relativo contributo delle diverse Dimensioni, viene misurata a livello regionale, sia in livello che nella sua dinamica nel medio periodo (ultimo quinquennio).

In questa annualità dello studio sono state introdotte tre novità:

- la misurazione del livello e della dinamica (2024/2019) di un sottogruppo di indicatori, rappresentativi di aree ritenute dal *Panel* essenziali ai fini del mantenimento della sostenibilità del Servizio Sanitario nel medio periodo
- l'analisi della correlazione fra la misura di *Performance* elaborata e l'esperienza dei cittadini nella fruizione dei servizi sanitari (appositamente indagata con una *survey* condotta su un campione rappresentativo della popolazione italiana)
- l'analisi della correlazione fra la misura di *Performance* elaborata e la qualità di vita, percepita dai cittadini, legata alla salute (anch'essa appositamente indagata con una *survey* condotta su un campione rappresentativo della popolazione italiana)

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE NELLE REGIONI: MISURAZIONE DELLA *PERFORMANCE*



I risultati 2025

L'indice regionale di *Performance*, in tema di opportunità di tutela socio-sanitaria offerta ai propri cittadini, oscilla da un massimo del 55% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) del Veneto, ad un minimo del 23% in Calabria.

I livelli di *Performance* regionali risultano, quindi, ancora significativamente distanti da un *target* ottimale; tra l'altro, essendo cresciute ulteriormente le aspettative degli *stakeholder*, i quali hanno mediamente ritenuto che la soddisfazione per i migliori risultati osservati non superasse l'80% del massimo ottenibile, il livello dell'indice più alto, quest'anno, è risultato inferiore a quello dell'anno precedente; per confronto, qualora la soddisfazione per i risultati migliori ottenuti, fosse stata ritenuta “piena”, la *Performance* migliore si attesterebbe al 69%.

Il divario nella valutazione attribuita alle Regioni che si posizionano agli estremi del *range* rimane decisamente rilevante; inoltre, in base alle aspettative espresse dai diversi *stakeholder*, un terzo delle Regioni non raggiunge un livello pari al 40% del massimo ottenibile.

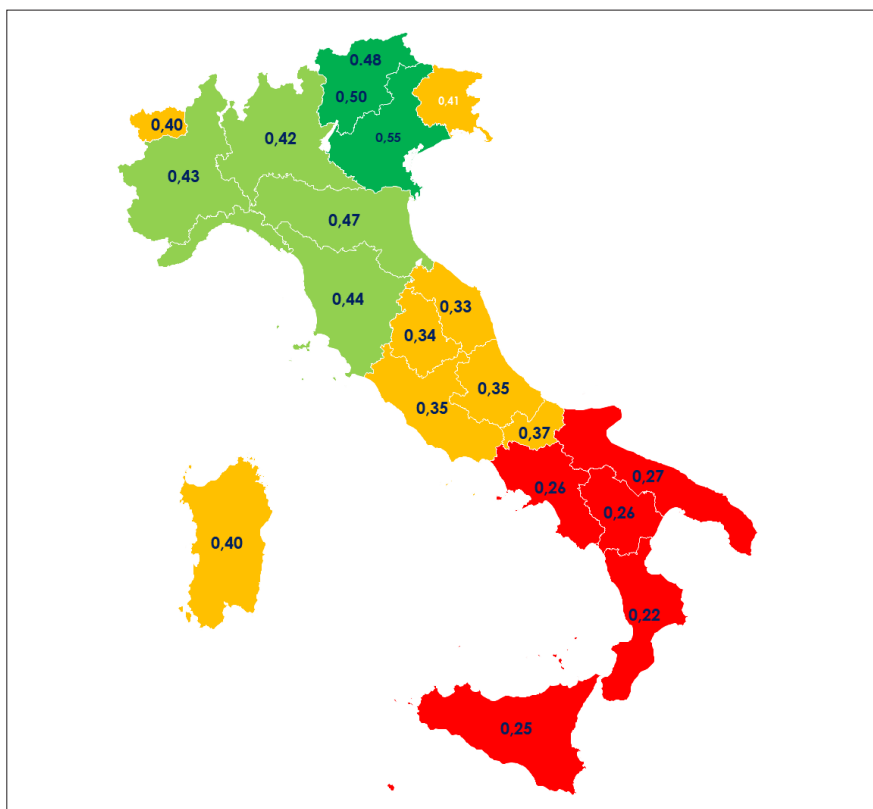
Qualitativamente, nel *ranking* si identificano quattro gruppi di Regioni: due Regioni, (verde nella mappa) Veneto e P.A. di Trento, raggiungono livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre, con un indice di *Performance* che supera il 50% di quella massima (rispettivamente 55% e 50%).

Nel secondo gruppo (verde chiaro), troviamo sei Regioni con livelli dell'indice di *Performance* abbastanza omogenei, compresi tra il 50% ed il 42%: P.A. di Bolzano, Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Piemonte e Lombardia.

Nel terzo gruppo (arancione) si attestano Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Valle d'Aosta, Molise, Abruzzo, Lazio, Umbria e Marche, con livelli di *Performance* compresi nel *range* 33-41%.

Infine, cinque Regioni (rosso), Puglia, Campania, Basilicata, Sicilia e Calabria, si attestano su livelli di *Performance* inferiori al 33% del massimo raggiungibile.

Indice di *Performance*



“Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Va osservato che la composizione del gruppo delle Regioni che si situano nell'area dell'“eccellenza”, come anche quella del gruppo, numericamente rilevante, delle Regioni (tutte meridionali) che purtroppo rimangono nell'area intermedia e critica, rimane pressoché immutata negli anni.

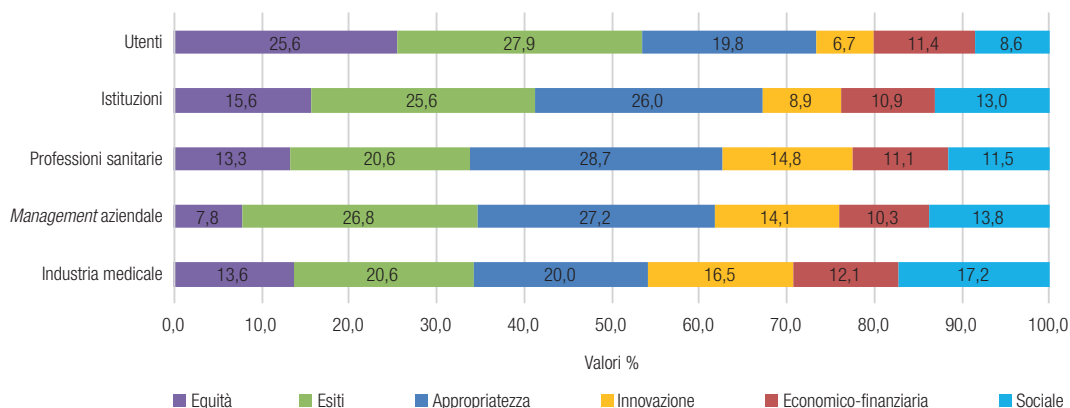
In termini di determinanti della *Performance*, le tre Dimensioni Appropriatelyzza, Esiti ed Equità contribuiscano ad essa per oltre il 60%: rispettivamente le prime due in modo sovrapponibile, per il 24,3%, e la terza per il 15,2%; segue la Dimensione Sociale (12,8%); le Dimensioni Innovazione ed Economico-finanziaria, contribuiscono rispettivamente per il 12,2% ed il 11,2%.

Rispetto alla precedente edizione si registra una riduzione del “peso” associato alle Dimensioni Sociale (-3,3 punti percentuali - p.p.) e Appropriatelyzza (-2,3 p.p.); aumenta il contributo dell'Equità (+4,0 p.p.) e, sebbene in maniera più contenuta, anche quello di Innovazione, Economico-finanziaria ed Esiti (+0,8, +0,5 e +0,4 p.p. rispettivamente).

La dinamica dei “pesi” può essere messa in relazione con una fase del SSN critica in termini organizzativi, per effetto della necessità di “messa a terra” dei nuovi modelli organizzativi (in primo luogo quelli relativi al territorio), in un contesto di sostanziale carenza di personale: a fronte del cambiamento in corso, la priorità sembra tornare ad essere quella di monitorarne gli Esiti, l'Appropriatelyzza di presa in carico (specialmente extra-ospedaliera, come mediante l'ADI) e, a seguire, l'impatto equitativo.

La riduzione del contributo del Sociale (comune a tutte le Categorie di *stakeholder*) potrebbe essere l'effetto di una presa d'atto della carenza di risorse sufficienti per consentire di estendere davvero il sistema sanitario verso il sociale, come anche dell'assenza di un disegno di reale integrazione: basti ricordare che nel PNRR sono previste due missioni distinte (5 e 6) per la Sanità e il Sociale.

Contributo delle dimensioni alla *Performance* Per categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Approfondendo le priorità secondo le diverse Categorie di *stakeholder*, Esiti e Appropriatezza rappresentano delle priorità generalizzate, per gli Utenti e le Istituzioni anche l'Equità, e per le altre Categorie anche l'Innovazione; è cresciuto anche il peso della Dimensione economica per tutte le Categorie ad esclusione del *Management*, forse consapevole di dover governare il sistema in carenza di risorse. Per questa categoria è, invece, continuato ad aumentare il peso degli Esiti.

Malgrado i livelli della *Performance* rimangano complessivamente distanti dai valori ottimali, si può osservare come nel periodo 2019-2024 si sia registrato un miglioramento dell'indice complessivo di *Performance*: la media degli indici regionali passa dal 35% al 38%; il miglioramento ha interessato tutte le ripartizioni geografiche, ma in particolare le Regioni del Mezzogiorno che guadagnano in media +0,38 punti percentuali (p.p.), a seguire quelle del Centro (+0,09 p.p.), del Nord-Ovest (+0,08 p.p.) e del Nord-Est (+0,01 p.p.).

I miglioramenti regionali sono stati, quindi, inversamente proporzionali ai livelli di *Performance* di partenza: si assiste, di conseguenza, ad una progressiva riduzione delle disparità nelle opportunità di tutela della salute fra le Regioni (per lo più in termini di riduzione del gradiente Meridione/Settentrione); peraltro, a fronte di *Performance* che si rivelano ancora lontane dai valori ottimali, e dal fatto che le Regioni con livelli di *Performance* migliori non riescono a migliorare ulteriormente se non in modo marginale, si evidenzia l'esistenza di limiti strutturali nell'attuale assetto del sistema sanitario, con buona probabilità legato anche alle risorse disponibili.

A tal proposito, una analisi specificatamente condotta per valutare la "resilienza" delle Regioni in termini di sostenibilità nel medio periodo, restituisce solo nove Regioni, Piemonte, Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Abruzzo che superano il "test".

La valutazione della *Performance* elaborata è stata messa in relazione alle esperienze dei cittadini con i servizi sanitari (*Customer Satisfaction*) e con la qualità di vita legata alla salute (HRQoL) da loro percepita.

A tal fine, è stata condotta una apposita *survey* su un campione rappresentativo della popolazione italiana, deputata a raccogliere l'esperienza maturata dai cittadini (*Patient Reported Experience Measurements* - PREMs) in termini di accesso ai Servizi Sanitari Regionali, e anche la loro HRQoL.

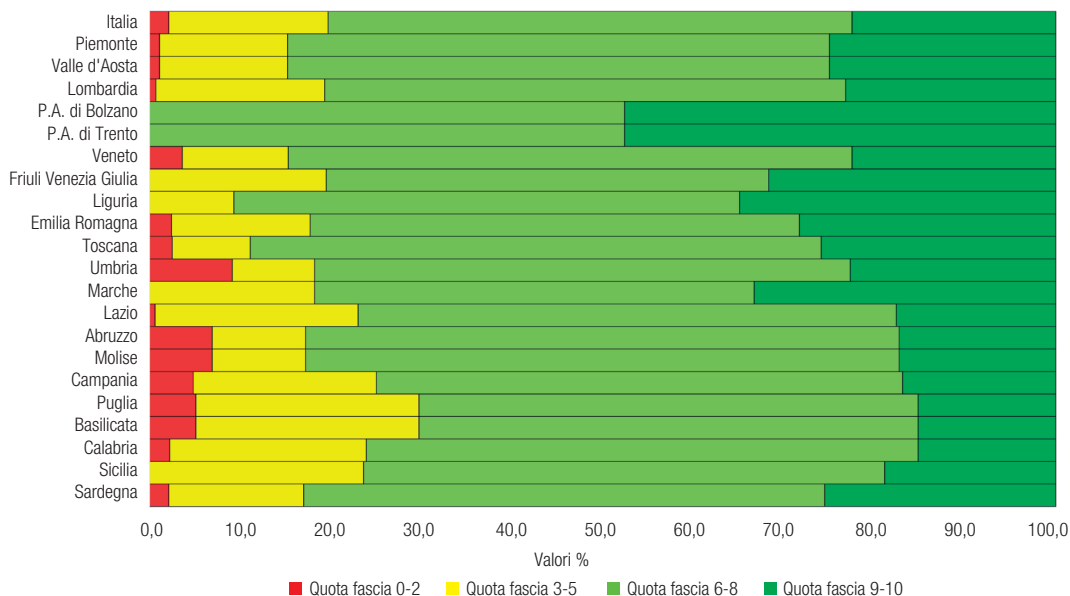
Dalla *survey* è emerso che la soddisfazione dei cittadini per i servizi sanitari del SSN oscilla da un punteggio massimo di 8,3 (scala 0-10), del Trentino Alto Adige, ad uno minimo, pari a 6,5, di Puglia e Basilicata, con un valore mediano di 7,1.

Il *ranking* regionale risulta positivamente correlato con il livello di tutela della salute determinato con l'indice di *Performance*, a dimostrazione del fatto che quest'ultima genera *Customer Satisfaction*.

A livello di ripartizione geografica, è evidente la minore soddisfazione degli intervistati del Mezzogiorno rispetto al resto d'Italia: il 75,6% degli intervistati risulta soddisfatto o estremamente soddisfatto contro l'84,2% del Nord-Est, l'82,7% del Nord-Ovest e l'81,1% del Centro.

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

Quota % di cittadini, per livello di soddisfazione
(0: estremamente insoddisfatti - 10: perfettamente soddisfatti)



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Osserviamo che anche in Regioni con bassi indici di *Performance* si registra un discreto livello di soddisfazione dei cittadini: il fenomeno può avere varie spiegazioni. Una è legata alla percezione degli esiti: in alcune di queste Regioni, infatti, si registra una qualità della vita correlata alla salute anche maggiore che in Regioni con livelli di *Performance* superiori, indicativa del fatto che viene percepito un buon livello di esiti anche in presenza di *Performance* insoddisfacenti.

In altri termini, in alcune Regioni, secondo questa lettura, si determinerebbe una compensazione fra esiti di salute percepiti e soddisfazione, nel senso che anche in presenza di *Performance* scadenti quest'ultima non “crolla”.

Altra possibile spiegazione riteniamo sia quella legata alle diverse aspettative dei cittadini: nelle Regioni che registrano minori *Performance* potrebbe essersi maturata una minore attesa sulla qualità dei servizi e quindi una maggiore benevolenza nel giudizio sull'esperienza vissuta usufruendone.

Nel complesso, la correlazione tra l'indice di *Performance* e il livello di soddisfazione dei cittadini risulta essere forte per le aree assistenziali ospedaliere (0,79) ed ambulatoriali (0,80), bassa per le aree del sociale e della non autosufficienza (0,55), ed intermedia per l'assistenza primaria e l'accesso al farmaco (0,64).

La minore correlazione nelle aree del sociale e della non autosufficienza è attribuibile al fatto che sostanzialmente tutte le Regioni performano omogeneamente male: anche nelle realtà con livelli di *Performance* intermedi, il dato di soddisfazione è omogeneo fra le Regioni.

In altri termini, la correlazione fra i due indici dipende essenzialmente dalle diverse *Performance* nell'attività ospedaliera, perché solo in questo segmento assistenziale le Regioni presentano risultati significativamente diversi fra loro.

Per quanto concerne la qualità di vita correlata alla salute, si passa dal valore migliore pari a 0,938 QALY ancora nel Trentino Alto Adige, al peggiore (pari a 0,840 QALY) dell'Umbria, a fronte di un valore mediano di 0,890 QALY.

La correlazione tra indice di *Performance* e qualità della vita correlata alla salute (0,48), pur positiva è inferiore a quella registrata per i PREMs; questo risultato sembra indicare che la misura della *Performance* elaborata è più legata a indicatori oggettivi (di esito e accesso) che non alla percezione soggettiva dei cittadini del proprio stato di salute: peraltro questa valutazione è supportata dal fatto che la salute dipende da una congerie di fattori, fra cui le caratteristiche sociali, culturali, economiche dei cittadini.

In conclusione, l'edizione 2025 dello studio "Livelli di tutela della Salute: Le Performance Regionali", conferma che i livelli di Performance sono ancora distanti dai valori ottimali, anche se in miglioramento; si conferma anche la distanza (e le posizioni relative) fra le Regioni, sebbene si assista ad un *trend* di riduzione dei *gap*.

Le risorse sembrano essere un vincolo che impatta significativamente sulla possibilità di migliorare le *Performance*, e meno della metà delle Regioni supera il "test" effettuato per misurare la loro resilienza in termini di sostenibilità di medio-periodo.

L'indagine effettuata ci conforta sulla importanza di supportare le politiche sanitarie misurando la *Performance*, e di farlo considerando gli scenari che rappresentano la priorità del periodo, nonché di monitorarla negli anni: si dimostra, tra l'altro, che la *Performance* genera *Customer Satisfaction*, mentre la correlazione è minore con la salute percepita dai cittadini, a dimostrazione che questa dipende da altri fattori (sociali, economici, ecc.), e non solo dal livello dei servizi e del contesto.

In sintesi, si conferma la complessità della materia e la multidimensionalità dei fenomeni che incidono sulla reale capacità di tutela della salute.



1. Introduzione

Lo studio *“Opportunità di tutela della Salute: Le Performance Regionali”*, giunto nel 2025 alla sua XIII edizione, si pone l'obiettivo di valutare le effettive opportunità di tutela della Salute di cui godono i cittadini nelle diverse Regioni, sia in termini di livello che di dinamica nel tempo.

Nello studio ci si riferisce tanto alla tutela sanitaria, quanto a quella sociale correlata ad aspetti di salute.

Come è noto, le determinanti della salute sono numerose, e non si limitano all'assistenza sanitaria erogata dal SSN: stili di vita, salubrità ambientale, deprivazione socio-economica, ecc. sono fattori essenziali da considerare nella valutazione delle opportunità di tutela della salute.

Lo studio, di conseguenza, adottando la prospettiva del *Health in all the policies*, adotta (sin dalla sua prima annualità) un concetto di *Performance* che ha carattere intrinsecamente multidimensionale.

Nello specifico, le dimensioni considerate nello studio sono (in ordine alfabetico): Appropriatezza, Economico-Finanziaria, Equità, Esiti, Innovazione e Sociale.

Le Dimensioni sono funzione dell'oggetto di analisi: va rimarcato che, nello specifico del caso italiano, l'Equità deve ritenersi una Dimensione essenziale della *Performance* in funzione della garanzia costituzionale della tutela della salute.

Dato l'orientamento verso il supporto alle politiche, lo studio adotta un approccio multi-prospettico, coinvolgendo i diversi *stakeholder* del sistema; gli *stakeholder* dei sistemi socio-sanitari sono, infatti, portatori di aspettative non necessariamente identiche e, quindi, sono portati a valutare in modo differente le opportunità di tutela offerte.

In particolare, lo studio considera cinque prospettive: quella degli Utenti, delle Istituzioni (nazionali, regionali e locali), dei Professionisti Sanitari, del *Management* della sanità e dell'Industria delle *Life Sciences*.

Un terzo elemento che merita essere ricordato è quello legato alla dinamica del concetto di tutela: infatti, la prioritarizzazione degli obiettivi di tutela è legata alle modifiche del contesto sociale, economico, culturale e politico e, quindi, evolve nel tempo, risultando intrinsecamente dinamica.

Metodologicamente, lo studio è finalizzato ad elicitare le preferenze del *Panel di stakeholder* in tema di priorità da assumere nella valutazione dei livelli di tutela di salute, per poi “comporle” esitando in un indice sintetico di valutazione.

Nella XIII annualità del progetto i componenti del *Panel* sono 107, con una distribuzione sostanzialmente bilanciata tra le diverse Categorie di *stakeholder* e tra le diverse ripartizioni geografiche di provenienza. In particolare, fanno parte del *Panel*:

- 18 rappresentanti delle Istituzioni: 5 nazionali e 7 regionali e 5 locali
- 13 rappresentanti degli Utenti/Cittadini: fra questi 8 Presidenti/Coordinatori nazionali di Associazioni dei pazienti
- 24 rappresentanti delle Professioni sanitarie: tutti Presidenti Nazionali di Società Scientifiche/Associazioni di categoria
- 40 componenti del *Management* di aziende sanitarie: 26 Direttori Generali di aziende sanitarie, 4 Direttori Sanitari di aziende sanitarie, 1 già Presidente di fondazione.
- 12 rappresentanti dell'Industria: 9 Dirigenti di aziende medicali (farmaci e dispo-

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

sitivi medici) e 1 Presidente di Associazione di Categoria.

In continuità con le precedenti edizioni dello studio, si è proceduto:

- individuando le Dimensioni della *Performance*
- individuando il *set* di indicatori rappresentativo delle suddette dimensioni di *Performance*
- elicitando il “valore” che i componenti del *Panel* attribuiscono alle determinazioni degli indicatori
- elicitando il “peso” ovvero il “valore relativo” attribuito dai componenti del *Panel* ai diversi indicatori; il “valore relativo” esprime la disponibilità espressa dagli *stakeholder* a scambiare peggiori determinazioni di un indicatore con migliori di un altro, a parità di valutazione complessiva della *Performance*
- elaborando un indice sintetico di *Performance*, secondo le diverse prospettive espresse dagli *stakeholder* e il contributo che ad esso danno le diverse Dimensioni.

Le principali “novità” introdotte in questa edizione dello studio sono:

- la misurazione della dinamica della *Performance* nel medio periodo (2024/2019)
- la misurazione della dinamica della *Performance* nel medio periodo (2024/2019) per un sottogruppo di indicatori ritenuti essenziali ai fini del mantenimento della sostenibilità del Servizio Sanitario nel medio periodo
- l'analisi della correlazione fra la misura di *Performance* elaborata e l'esperienza dei cittadini nella fruizione dei servizi sanitari (appositamente indagata con una *survey* condotta su un campione rappresentativo della popolazione italiana)
- l'analisi della correlazione fra la misura di *Performance* elaborata e la qualità di vita percepita dai cittadini (anch'essa appositamente indagata con una *survey* condotta su un campione rappresentativo della popolazione italiana).

Per quanto concerne il *timing* della ricerca, possiamo osservare che durante il *meeting* tenutosi il 23.5.2025, i membri del *Panel* hanno provveduto a votare gli indicatori ritenuti più opportuni per misurare la *Performance* sanitaria.

Durante il *meeting*, il *Panel* ha anche analizzato e condiviso l'indagine sulla popolazione finalizzata a misurarne l'esperienza maturata nell'accesso ai servizi sanitari e la loro qualità di vita.

Nei capitoli a seguire, dopo un breve riepilogo della metodologia di lavoro adottata, si descrive il processo che ha portato all'elaborazione dell'indice sintetico di *Performance*, e se ne analizzano i risultati. A seguire, si analizza il rapporto tra il livello di tutela della Salute determinato con la metodologia proposta, il livello di soddisfazione dei cittadini verso il SSN e la loro qualità di vita.

2. Metodologia

Lo studio, come anticipato, assume che la natura della *Performance* in campo socio-sanitario abbia carattere di soggettività, multidimensionalità e sistematicità (Geert Bouckaert, 2008), da cui deriva l'approccio multidimensionale e multiprospettiva descritto già nell'Introduzione; per quanto concerne i dettagli metodologici della valutazione, ovvero gli algoritmi utilizzati per la determinazione dell'indice unico di *Performance* regionale, si rimanda alle precedenti edizioni dello studio: anche in considerazione del fatto che l'approccio è rimasto invariato negli anni, al netto degli aggiornamenti delle Dimensioni (non modificate nelle ultime quattro edizioni).

Ci limitiamo a riassumere alcuni aspetti significativi relativi all'implementazione operativa del processo di valutazione.

Quest'ultimo è riconducibile al paradigma dell'analisi delle decisioni: fissati gli obiettivi si definisce un *set* di indicatori capaci di rappresentarli e, sulla base delle determinazioni di questi ultimi, si generano scenari di *Performance* alternativi, fra i quali l'obiettivo diviene determinare quello ritenuto "migliore" dagli *stakeholder*, nonché di misurarne la "distanza" dagli altri.

Considerando la presenza di diverse prospettive, va sottolineato come il processo decisionale adottato sia "democratico": nel senso che media le diverse prospettive degli *stakeholder* del SSN.

Da questo punto di vista, l'approccio utilizzato va distinto da quelli che adottano una visione tecnocratica della *Performance*: quest'ultima, tipicamente adottata a livello istituzionale, tende a misurare il grado di raggiungimento di obiettivi e priorità prefissati, quali possono essere quelli programmatici del *Welfare* pubblico (nazionale e regionale) assegnati ai servizi sanitari regionali (SSR).

Nel nostro caso, per definire quale scenario di *Performance* sia ritenuto "migliore", ci si basa sull'elicitazione delle preferenze/utilità degli *stakeholder*.

In pratica, ogni membro del *Panel*, avvalendosi di un applicativo *web-based* sviluppato ad hoc dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità, conduce in autonomia l'esercizio, utilizzando una modalità *computer assisted*.

Gli esiti del processo di elicitazione vengono poi trasferiti sull'applicativo *Logical Decision®* (ver. 8.0) che, adottando una funzione di Utilità multi-attributo, permette di stimare i "pesi" di assegnati agli indicatori e alle Dimensioni.

In pratica si opera una trasformazione dei livelli degli indicatori (determinazioni) in livelli di utilità per gli *stakeholder* (superando quindi logiche di semplice proporzionalità); la trasformazione permette una "normalizzazione" degli indicatori e quindi delle Dimensioni, di fatto riconducendole ad un'unica unità di misura; questa "normalizzazione" permette a sua volta l'elaborazione di una misura di sintesi della *Performance*, superando il fatto che in natura gli indicatori (e quindi le Dimensioni che rappresentano) sono espressi in unità di misura diverse.

La metodologia adottata implica, quindi, che non tutti gli obiettivi, e neppure il relativo livello di raggiungimento, forniscano lo stesso contributo alla *Performance*.

Piuttosto essi sono in qualche modo fungibili, nel senso che una variazione di Utilità legata ad una variazione di una dimensione/indicatore, può essere compensata da quella di segno opposto di un altro: in altri termini, il peggioramento della *Performance* derivante da una peggiore determinazione di un indicatore può essere compensato da una migliore determinazione su un altro (e viceversa).

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Le attività 2025

In data 23.5.2025 si è svolto il *meeting dell'Expert Panel*. Al *Panel* sono stati sottoposti 51 indicatori pre-selezionati dal C.R.E.A. Sanità. Tale *set* è stato precostituito nel rispetto dei criteri di standardizzazione, ripetibilità, nonché considerando le indicazioni ricevute dal *Panel* sulle priorità di tutela: in particolare, sono stati aggiunti ex novo indicatori legati alla messa a terra dei recenti provvedimenti normativi (D.M. 77, PNRR), nonché all'Ambiente (ritenuto dal *Panel* un determinante fondamentale della Salute della popolazione).

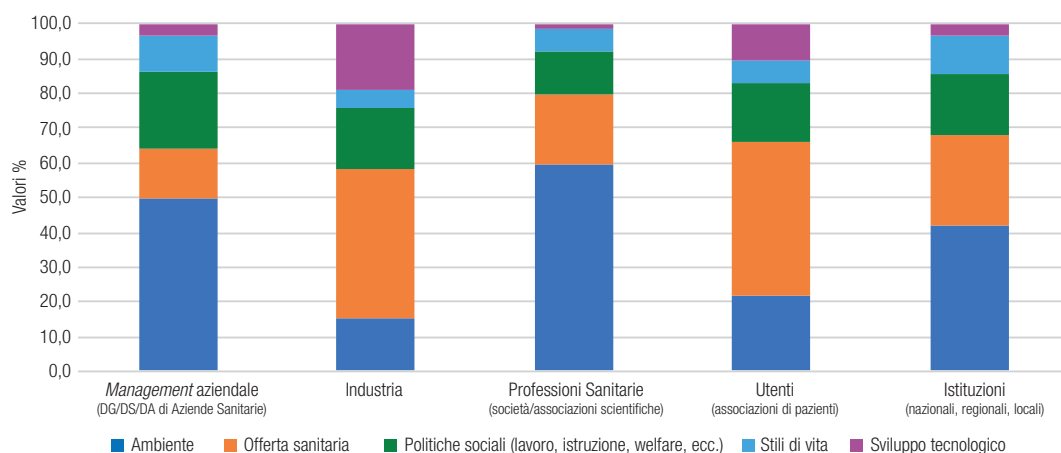
Più in dettaglio, a tale determinazione si è giunto considerando che nella precedente edizione dello studio, ai membri del *Panel* sono state proposte alcune “aree” di determinanti della Salute, ovvero Ambiente, Offerta Sanitaria, Politiche Sociali (Lavoro, Istruzione, *Welfare*, ecc.), Stili di Vita e Sviluppo Tecnologico, ed è stata raccolta la loro opinione in termini di relativa importanza.

I “pesi” delle diverse determinanti sono stati ottenuti mediante una procedura di elicitazione delle relative costanti di scambio (“tassi marginali di sostituzione”), ottenute proponendo al *Panel* le “aree” a coppie, e chiedendo quali *mix* fossero in grado di generare gli stessi livelli di Salute.

Dall'esercizio è emerso che, per il *Panel*, la Salute è determinata dall'Ambiente per il 37,6%, dall'Offerta sanitaria per il 29,9%, dalle Politiche Sociali (lavoro, istruzione, *welfare*, ecc.) per il 17,8%, dagli Stili di Vita per l'7,2% e dallo Sviluppo Tecnologico per l'7,5%.

Ad eccezione del *Management* aziendale e dell'Industria, per tutte le altre categorie l'Ambiente e l'Offerta Sanitaria contribuiscono alla generazione di Salute per almeno il 60%.

Figura 1
Contributo dei fattori alla Salute,
per categoria di stakeholder



Fonte: Elaborazione dati survey - © C.R.E.A. Sanità

Allo Sviluppo Tecnologico viene attribuito un contributo maggiore dall'Industria e dagli Utenti (19,2% e 10,3% rispettivamente). Nello specifico, analizzando il dato per singola categoria di *stakeholder* si osserva che per il *Management* aziendale l'Ambiente e le Politiche Sociali contribuiscono per oltre il 70% (49,7% e 22,1%); per l'Industria l'Offerta Sanitaria e lo Sviluppo Tecnologico per il 60% (43,3% e 19,2%); per le Professioni sanitarie l'Ambiente contribuisce per il 59,5%, seguito dall'Offerta Sanitaria (20,0%); per gli Utenti l'Offerta Sanitaria (44,1%) e l'Ambiente (21,8%) forniscono il contributo maggiore, per le Istituzioni l'Ambiente (41,8%) e l'Offerta Sanitaria (25,9%) (Figura 1).

Tornando ai 51 indicatori proposti, il *Panel* ha identificato alcune ridondanze, dovute al fatto che alcuni indicatori si sovrappongono in termini di portato informativo: eliminate le ridondanze è stato selezionato dal *Panel* un *set* semplificato di 22 indicatori utilizzati nel proseguo dello studio.

Durante il *meeting*, sono stati, inoltre, condivisi con il *Panel* i contenuti di una *survey* poi effettuata su un campione rappresentativo della popolazione italiana, al fine di misurare l'esperienza dei cittadini (*Patient Reported Experience Measurements* - PREMs) con i Servizi Sanitari Regionali; la *survey* ha anche permesso di misurare la qualità di vita correlata alla salute (HRQoL) percepita dai cittadini, per mezzo della somministrazione dell'EuroQol 5D-5L, strumento standardizzato ampiamente validato a livello internazionale.

Il dibattito fra i membri del *Panel* si è poi concentrato sul rapporto atteso fra indice di *Performance* regionale (determinato con la metodologia dello studio), indice di soddisfazione del cittadino per i servizi del SSN (PREMs) e HRQoL (*Health Related Quality of Life*).

Da ultimo, il *Panel* ha anche affrontato il tema di quali indicatori siano strategici in una ottica di mantenimento della sostenibilità del SSN a lungo termine: a tal fine è stato individuato un *subset* di indicatori, per i quali si è convenuto di elaborarne la dinamica nell'ultimo quinquennio, al fine di identificare quali SSR si dimostrino più "resilienti".

3. Risultati

3.1. Selezione degli indicatori di *Performance*

Come anticipato, dai 51 indicatori originariamente proposti, sono stati eliminati quelli ridondanti; ove il *Panel* ha ritenuto che più indicatori fossero da utilizzare alternativamente, sono stati messi in votazione. Il criterio per la scelta dell'indicatore da preferire è stato quello della preferenza espressa dai membri del *Panel*, “controllato” rispetto al fatto che ci fosse sufficiente accordo trasversale fra le categorie di *stakeholder* nell'indicatore da preferire.

In definitiva il *set* selezionato per i passi successivi dello studio è risultato di 22 indicatori di cui 3 per le Dimensioni Equità, Innovazione, Economico-finanziaria e Sociale, e 5 per le Dimensioni Esiti ed Appropriatezza.

La Tabella seguente riporta gli indicatori selezionati.

DIMENSIONE	INDICATORE
Appropriatezza	Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche
	Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde
	Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e <i>screening</i>)
	Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata
	Quota di pazienti con infarto miocardico acuto associato a sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) ai quali è stata effettuata una angioplastica coronarica transluminale percutanea (PTCA) entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service
Economico-finanziaria	Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali
	Gap spesa sanitaria pubblica pro-capite EU vs ITA
	Spesa sociale dei Comuni per interventi di integrazione sociale, ADI, <i>voucher</i> , assegno di cura, buono socio-sanitario (disabili, anziani e poveri)
Equità	Quota mobilità passiva effettiva per DRG a bassa o media complessità
	Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti
	Quota di famiglie con disagio economico (rinuncia per motivi economici o impoverimento) per spese sanitarie

Esiti	Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti
	Indice di salute mentale
	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite
	Speranza di vita senza limitazioni funzionali (<i>over 65 anni</i>)
	Qualità dell'aria PM2,5 (Materiale Particolato)
Innovazione	Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico
	Quota Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio attivo dichiarato
	Indice di implementazione rete oncologica
Sociale	Tasso di <i>over 75 anni</i> non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale
	Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale
	Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari

A seguire si descrivono gli indicatori (in appendice sono disponibili le relative schede sintetiche descrittive) e i risultati delle votazioni.

Dimensione Appropriatezza

Sono stati proposti sei indicatori:

- “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche”
- “Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde”
- “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell’anziano e *screening*)”
- “Quota di pazienti trattati in strutture con efficienza organizzativa (colecistectomia e tumore maligno alla mammella)”
- “Quota di pazienti con infarto miocardico acuto associato a sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) ai quali è stata effettuata una angioplastica coronarica transluminale percutanea entro 90 minuti dall’accesso nella struttura di ricovero/service”
- “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata”.

Il primo è stato assunto come rappresentativo dell’appropriatezza in regime extra-ospedaliero, in quanto implica la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche; il secondo come misura dell’(in)appropriatezza di accesso al servizio di emergenza-urgenza ospedaliera; il terzo è stato proposto come indicativo del livello di adesione alle campagne di prevenzione (*screening* e coperture vaccinali); il quarto ed il quinto dell’appropriatezza organizzativa, ovvero di utilizzo efficiente delle risorse; il sesto vorrebbe inserire la considerazione dell’appropriatezza dell’assistenza domiciliare.

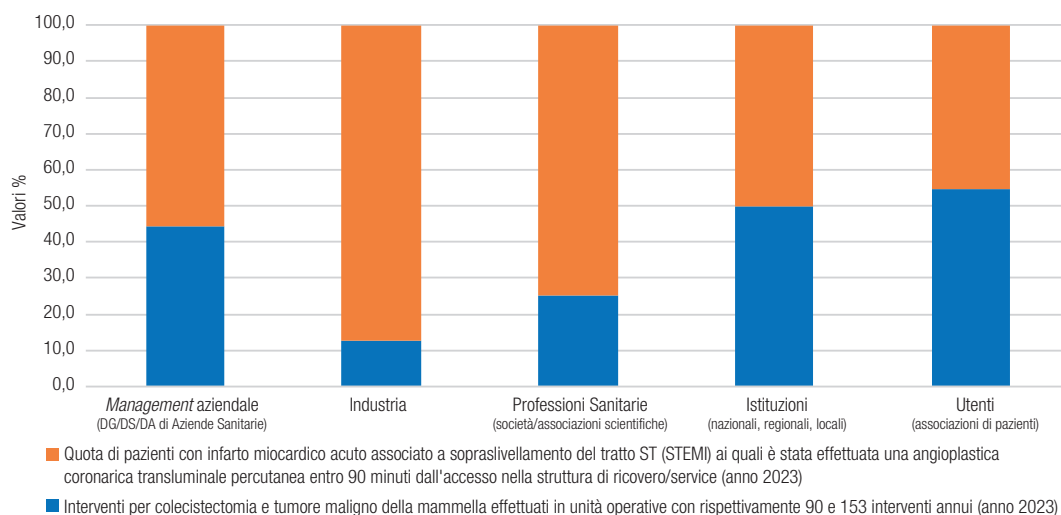
Il quarto e il quinto sono stati sottoposti a votazione ed il *Panel* ha ritenuto di preferire la “Quota di pazienti con infarto miocardico acuto associato a sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) ai quali è stata effettuata una angioplastica coronarica transluminale percutanea entro 90 minuti dall’accesso nella struttura di ricovero/service”.

In particolare, tale indicatore (Figura 2) è stato ritenuto preferibile dal:

- 45,5% dei votanti della Categoria Utenti
- 50,0% della Categoria Istituzioni
- 75,0% della Categoria Professioni Sanitarie
- 55,6% della Categoria *Management Aziendale*
- 87,5% dell’Industria *Life Sciences*.

Figura 2

Quota di pazienti con infarto miocardico acuto associato a sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) ai quali è stata effettuata una angioplastica coronarica transluminale percutanea entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service
Distribuzione voti per Categoria di stakeholder



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Ricapitolando, i cinque indicatori selezionati per la Dimensione Appropriatezza sono stati:

- “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche”
- “Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde”
- “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e screening)”
- “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata”
- “Quota di pazienti con infarto miocardico acuto associato a sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) ai quali è stata effettuata una angioplastica coronarica transluminale percutanea entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service”

Dimensione Economico-Finanziaria

Per quanto concerne la Dimensione Economico-Finanziaria, sono stati proposti per la valutazione cinque indicatori:

- “Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata”
- “Gap spesa sanitaria pubblica pro-capite EU vs ITA”
- “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata”
- “Spesa sociale dei Comuni per interventi di integrazione sociale, ADI, *voucher*, assegno di cura, buono socio-sanitario (disabili, anziani e poveri)”
- “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali”.

I primi quattro indicatori sono stati proposti come “rappresentativi” dell’impatto dell’area “spesa pubblica”, sanitaria e sociale; ed il quinto rappresentativo dell’onere sostenuto dai cittadini in rapporto ai loro consumi totali.

I primi quattro sono stati sottoposti a votazione ed il *Panel* ha ritenuto preferibile conservarne due: uno per la parte sanitaria ed uno per quella Sociale dei Comuni: rispettivamente il “Gap spesa sanitaria pubblica pro-capite EU vs ITA” e la “Spesa sociale dei Comuni per interventi di integrazione sociale, ADI, *voucher*, assegno di cura, buono socio-sanitario (disabili, anziani e poveri)”.

In particolare, l’indicatore “Gap spesa sanitaria pubblica pro-capite EU vs ITA” è stato preferito dal (Figura 3):

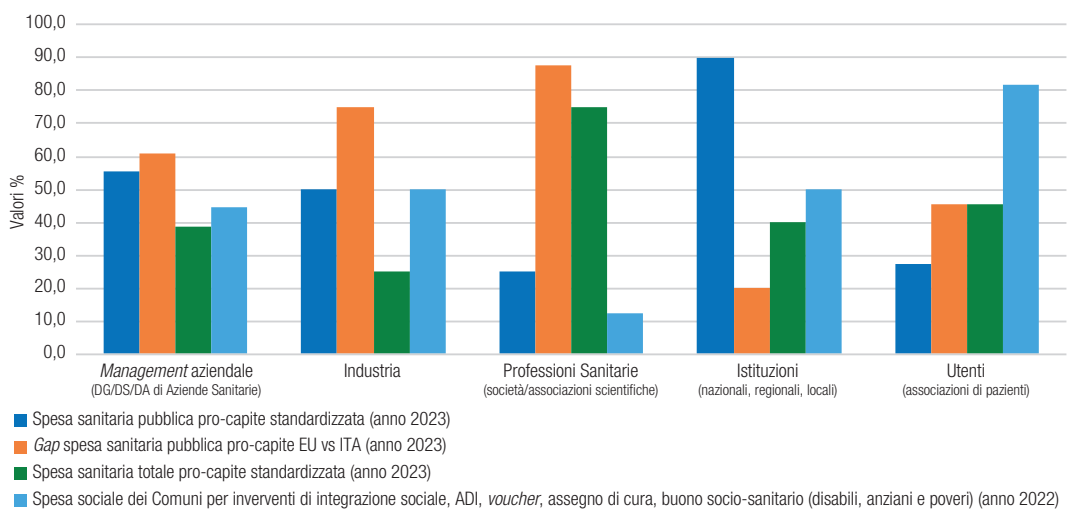
- 45,5% dei votanti della Categoria Utenti
- 20,0% della Categoria Istituzioni
- 87,5% della Categoria Professioni Sanitarie
- 61,1% della Categoria *Management Aziendale*
- 75,0% dell’Industria *Life Sciences*.

L’indicatore “Spesa sociale dei Comuni per interventi di integrazione sociale, ADI, *voucher*, assegno di cura, buono socio-sanitario (disabili, anziani e poveri)” è stato preferito (Figura 3) dal:

- 81,8% dei votanti della Categoria Utenti
- 50,0% della Categoria Istituzioni
- 12,5% della Categoria Professioni Sanitarie
- 44,4% della Categoria *Management Aziendale*
- 50,0% dell’Industria *Life Sciences*.

Figura 3

Gap spesa sanitaria pubblica pro-capite EU vs ITA; Spesa sociale dei Comuni per interventi di integrazione sociale, ADI, *voucher*, assegno di cura, buono socio-sanitario (disabili, anziani e poveri)
Distribuzione voti per Categoria di *stakeholder*



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Ricapitolando, per la valutazione della Dimensione Economico-Finanziaria sono stati selezionati tre indicatori:

- “Gap spesa sanitaria pubblica pro-capite EU vs ITA”
- “Spesa sociale dei Comuni per interventi di integrazione sociale, ADI, *voucher*, assegno di cura, buono socio-sanitario (disabili, anziani e poveri)”
- “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali”.

Dimensione Equità

Per la Dimensione Equità sono stati sottoposti alla valutazione i seguenti cinque indicatori:

- “Quota mobilità passiva effettiva per DRG a bassa o media complessità”
- “Tasso di difficoltà di accesso ad alcuni servizi (farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, ecc.)”,
- “Quota di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche”
- “Quota di famiglie con disagio economico (rinuncia per motivi economici o impoverimento) per spese sanitarie”
- “Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti”.

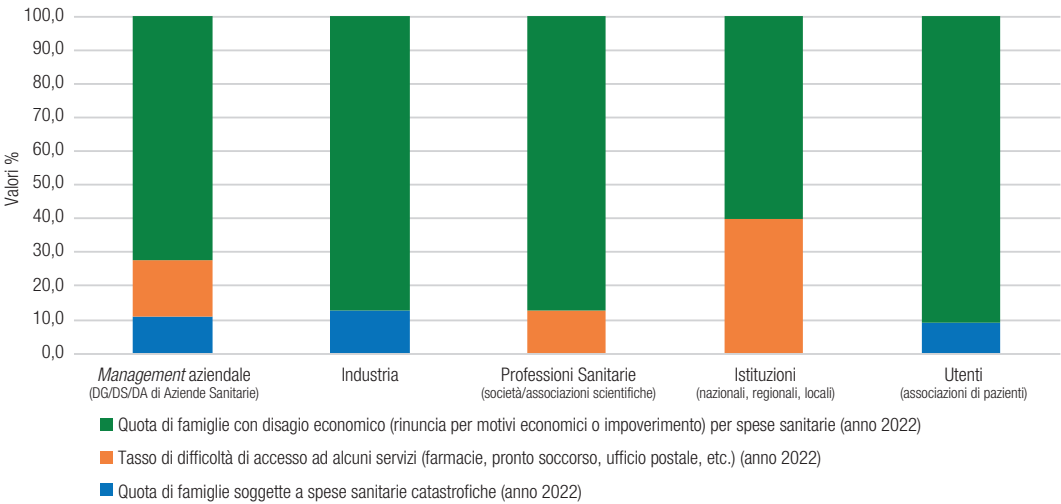
Il primo è stato preselezionato perché indicativo del livello di accesso nella Regione di residenza a prestazioni di media e bassa complessità, che richiedono un ricovero ospedaliero; il secondo rappresenta una misura dell'equità di accesso a servizi essenziali, sanitari e non; il terzo ed il quarto si riferiscono al carico sulle famiglie delle spese sanitarie e del disagio economico associato alle spese sanitarie in termini di rinuncia a sostenerle; il quinto al rispetto dei tempi di esecuzione delle prestazioni urgenti.

Il secondo, terzo e quarto sono stati valutati come se fossero almeno in parte sovrapponibili e sono stati sottoposti a votazione; il *Panel* ha preferito selezionare la “Quota di famiglie con disagio economico (rinuncia per motivi economici o impoverimento) per spese sanitarie”.

In particolare, tale l'indicatore è stato preferito (Figura 4) dal:

- 90,9% dei votanti della Categoria Utenti
- 60,0%% della Categoria Istituzioni
- 87,5% della Categoria Professioni sanitarie
- 72,2% della Categoria *Management* Aziendale
- 87,5% dell'Industria *Life Sciences*.

Figura 4
Quota di famiglie con disagio economico (rinuncia per motivi economici o impoverimento) per spese sanitarie
Distribuzione voti per Categoria di stakeholder



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell' *Expert Panel*

Ricapitolando, la Dimensione Equità è rappresentata da tre indicatori:

- “Quota mobilità passiva effettiva per DRG a bassa o media complessità”
- “Quota di famiglie con disagio economico (rinuncia per motivi economici o impoverimento) per spese sanitarie”
- “Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti”.

Dimensione Esiti

Per la Dimensione Esiti sono stati preselezionati quindici indicatori:

- “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over* 65 anni)”
- “Tasso di persone con limitazioni gravi”
- “Indice di fragilità *over* 65 anni”
- “Indice di salute mentale”
- “Tasso di utenti in carico ai servizi di salute mentale”
- “Tasso di utenti presi in carico nei servizi dipendenze”
- “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti”
- “Mortalità per Infarto miocardico acuto a 30 giorni dal ricovero”
- “Mortalità per Ictus ischemico a 30 giorni dal ricovero”
- “Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite”
- “Quota di riammissioni ospedaliere a 30 giorni per ictus ischemico”
- “Quota di riammissioni ospedaliere a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio”
- “Qualità dell'aria (PM2.5)”
- “Emissioni di CO2 e altri gas clima alteranti”
- “Tasso di infortuni sul lavoro”.

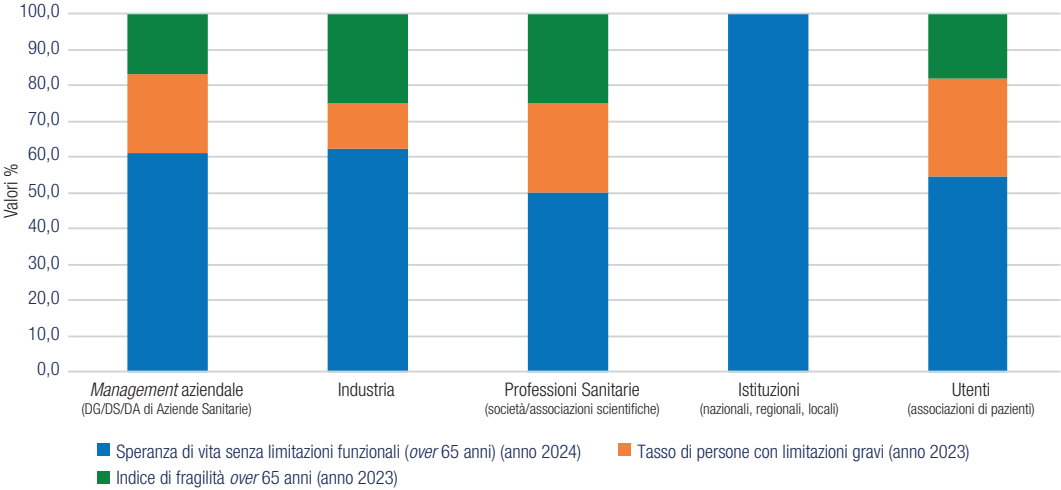
I primi tre sono rappresentativi di Esiti ottenuti nell'area “disabilità/fragilità”; il quarto, il quinto e il sesto si riferiscono alla salute mentale e delle dipendenze; il settimo è stato preselezionato per fornire una misura della prevenzione, con riferimento ai comportamenti dei cittadini (abitudini e stili di vita: alimentazione, tabagismo, consumo di alcol, ecc.); dall'ottavo al dodicesimo sono misure dell'andamento della mortalità (per patologie cardiovascolari e neurologiche, nonché evitabile); il tredicesimo ed il quattordicesimo sono stati inseriti per cogliere l'impatto dell'ambiente; l'ultimo si riferisce al problema della sicurezza del lavoro.

Fra i primi tre è stato deciso di selezionarne uno ed il *Panel* ha ritenuto di conservare la “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over* 65 anni)”

In particolare, tale indicatore è stato preferito (Figura 5), dal:

- 54,5% dei votanti della Categoria Utenti
- 100,0% della Categoria Istituzioni
- 50,0% della Categoria Professioni Sanitarie
- 61,1% della Categoria *Management* Aziendale
- 62,2% dell'Industria *Life Sciences*.

Figura 5
Speranza di vita senza limitazioni funzionali (over 65 anni)
Distribuzione voti per Categoria di stakeholder



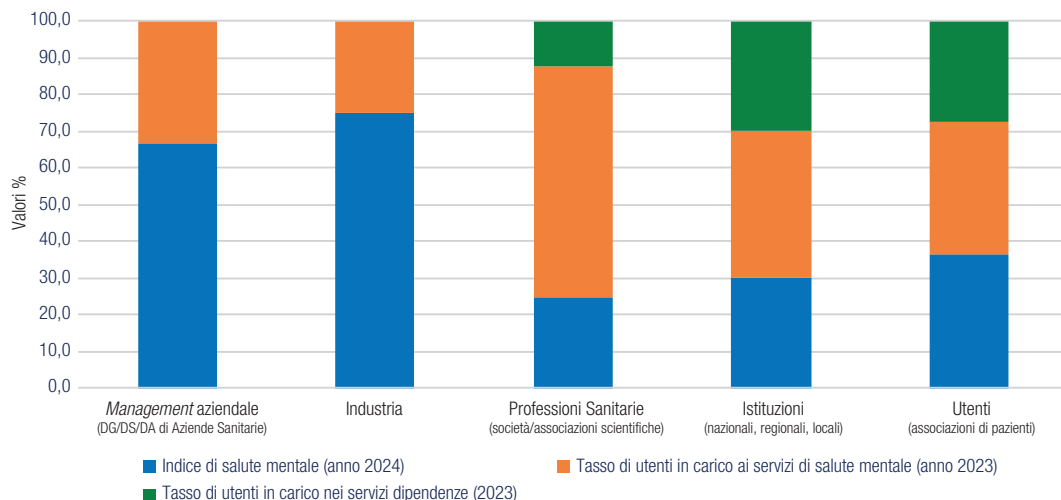
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Una scelta è stata operata anche fra il quarto, quinto e sesto; il *Panel* ha ritenuto preferibile l'“Indice di salute mentale”.

In particolare, tale indicatore è stato preferito (Figura 6) dal:

- 36,4% dei votanti della Categoria Utenti
- 30,0% della Categoria Istituzioni
- 25,0% della Categoria Professioni Sanitarie
- 66,7% della Categoria *Management Aziendale*
- 75,0% dell'*Industria Life Sciences*.

Figura 6
Indice di salute mentale
Distribuzione voti per Categoria di *stakeholder*



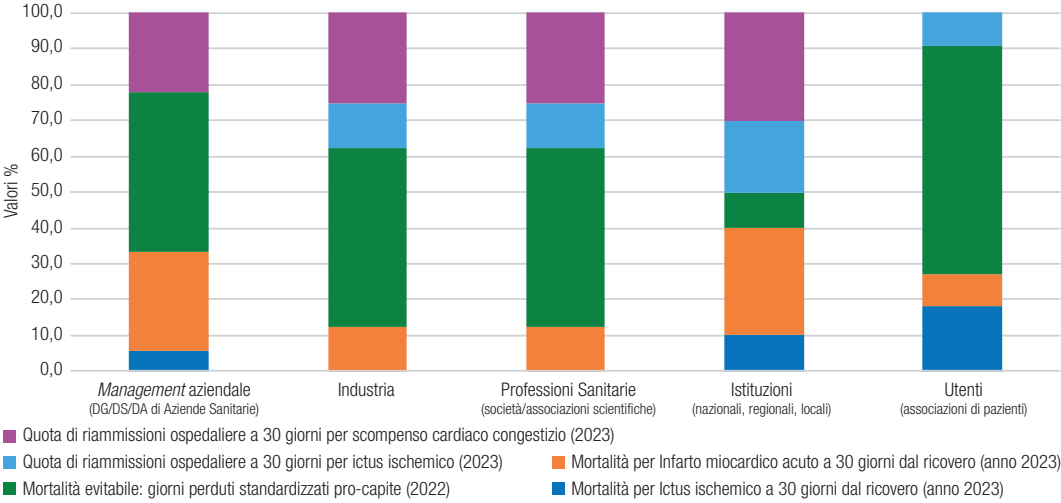
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'*Expert Panel*

Anche per gli indicatori preselezionati relativi alla mortalità e alle riammissioni ospedaliere è stata operata una selezione; il *Panel* ha ritenuto preferibile utilizzare quello della “Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite”.

In particolare, tale indicatore è stato preferito (Figura 7) dal:

- 63,6% dei votanti della Categoria Utenti
- 10,0% della Categoria Istituzioni
- 50,0% della Categoria Professioni Sanitarie
- 44,4% della Categoria *Management Aziendale*
- 50,0% dell'*Industria Life Sciences*.

Figura 7
Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite
Distribuzione voti per Categoria di stakeholder

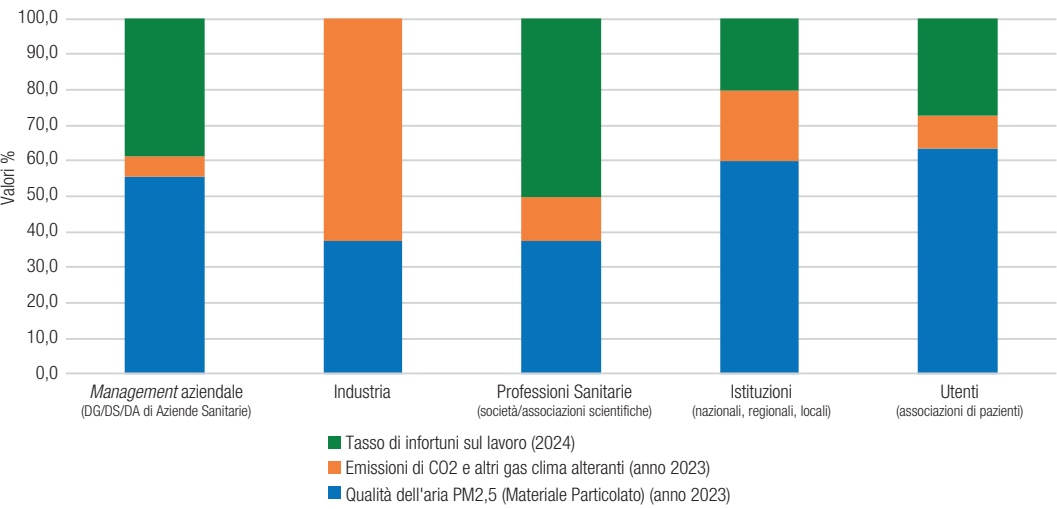


Infine, fra gli ultimi tre indicatori, ovvero il tasso di infortuni sul lavoro ed i due preselezionati sulla qualità dell'aria, il *Panel* ha ritenuto preferibile utilizzare la "Qualità dell'aria (PM2.5)".

In particolare, tale indicatore è stato preferito (Figura 8) dal:

- 63,6% dei votanti della Categoria Utenti
- 60,0% della Categoria Istituzioni
- 37,5% della Categoria Professioni Sanitarie
- 55,6% della Categoria *Management Aziendale*
- 37,5% dell'*Industria Life Sciences*.

Figura 8
Qualità dell’aria (PM2.5)
Distribuzione voti per Categoria di *stakeholder*



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Ricapitolando, i cinque indicatori selezionati per la Dimensione Esiti sono stati:

- “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)”
- “Indice di salute mentale”
- “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti”
- “Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite”
- “Qualità dell’aria (PM2.5)”

Dimensione Innovazione

Per la Dimensione Innovazione, sono stati preselezionati dieci indicatori:

- “Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico”
- “Quota fondi PNRR effettivamente utilizzati per innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario”
- “Quota ricoveri acuti ordinari con DRG ad alta complessità”
- “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive”
- “Degenza media ricoveri chirurgici”
- “Quota di Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio dichiarato attivo”
- “Quota di energia elettrica prodotta da fonti rinnovabili”
- “Indice di implementazione rete oncologica”
- “Indice di implementazione reti tempo-dipendente”
- “Tasso di pazienti dimessi vivi non al domicilio”.

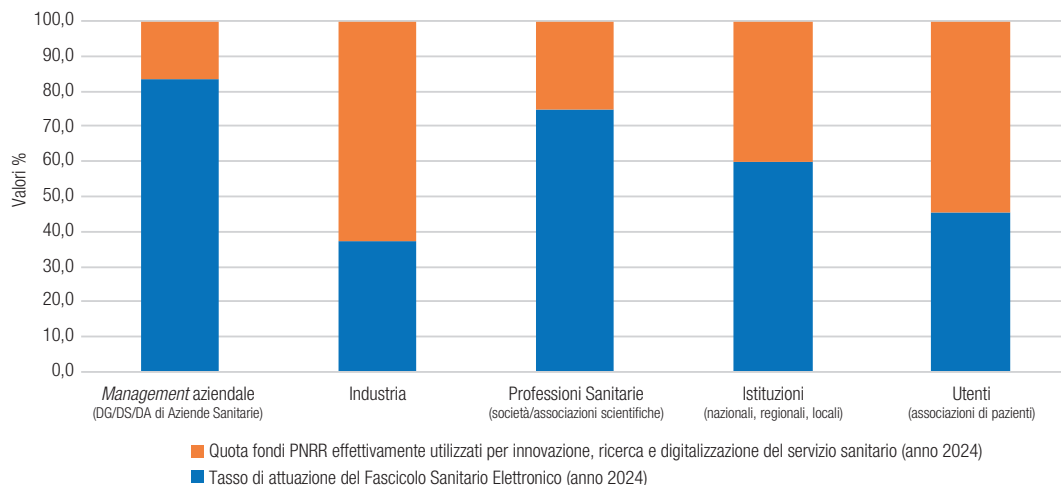
Il primo è finalizzato a cogliere il livello di informatizzazione, misurata in termini di attuazione del FSE; il secondo la capacità delle Regioni di utilizzare i fondi dedicati alla digitalizzazione; il terzo esprime il livello di ricorso a prestazioni cliniche “complesse” (innovative); il quarto è dedicato all'innovazione tecnologica in campo chirurgico (approccio mininvasivo); il quinto all'efficienza organizzativa derivante dal ricorso a soluzioni innovative che auspicabilmente comportano un recupero più rapido delle condizioni cliniche con una conseguente minore degenza; il sesto all'implementazione delle nuove strutture assistenziali previste sul territorio; il settimo all'innovazione in termini di ricorso a soluzioni sostenibili; l'ottavo, il nono ed il decimo indicatore si riferiscono all'assistenza extra-ospedaliera e ospedaliera, con riferimento all'innovazione in ambito organizzativo (livelli di implementazione delle reti oncologiche, di quelle tempo-dipendenti e incidenza di casistica inserita in percorso riabilitativo post dimissione, ovvero dimessa dagli ospedali non al domicilio).

I primi due indicatori sono stati sottoposti a votazione ed il *Panel* ha ritenuto di mantenere il “Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico”.

Tale indicatore (Figura 9) ha ricevuto la preferenza da:

- 45,5% dei votanti della Categoria Utenti
- 60,0% della Categoria Istituzioni
- 75,0% della Categoria Professioni Sanitarie
- 83,3% della Categoria *Management* Aziendale
- 37,5% dell'Industria *Life Sciences*.

Figura 9
Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico
Distribuzione voti per Categoria di *stakeholder*



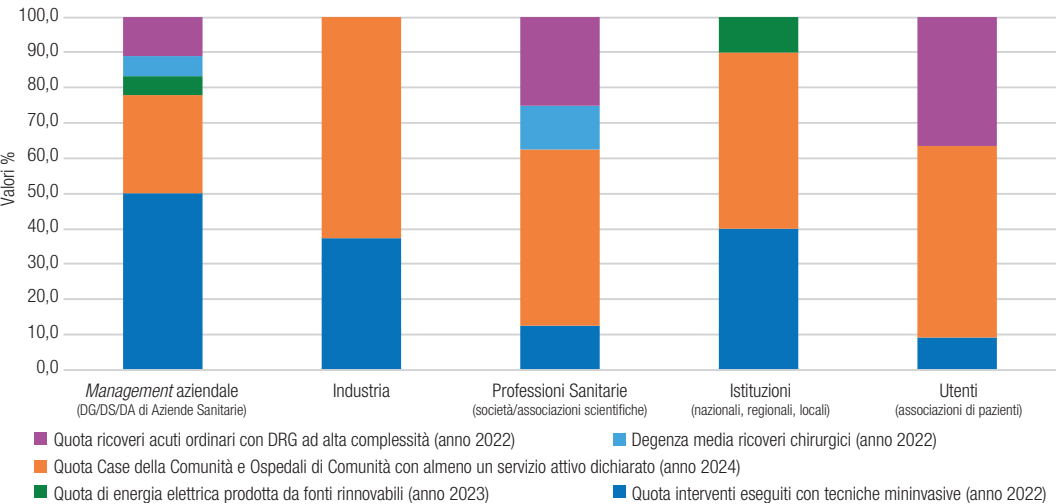
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'*Expert Panel*

Il terzo, quarto, quinto, sesto e settimo sono stati sottoposti a votazione ed il *Panel* ha deciso di mantenere “Quota di Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio dichiarato attivo”.

In particolare, tale indicatore (Figura 10) ha ricevuto la preferenza da:

- 54,5% dei votanti della Categoria Utenti
- 50,0% della Categoria Istituzioni
- 50,0% della Categoria Professioni Sanitarie
- 27,8% della Categoria *Management Aziendale*
- 62,5% dell'*Industria Life Sciences*.

Figura 10
Quota di Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio dichiarato attivo
Distribuzione voti per Categoria di *stakeholder*



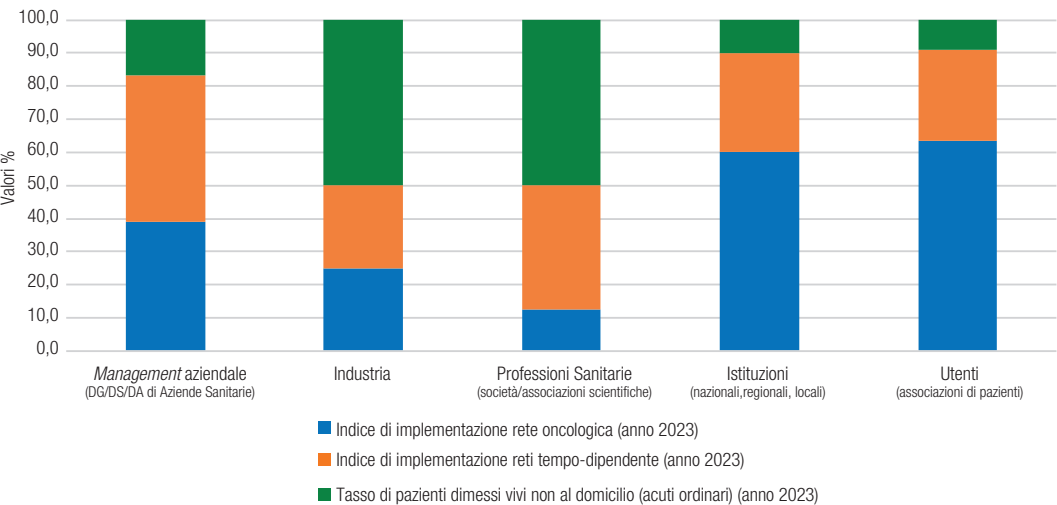
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell' *Expert Panel*

Gli ultimi tre preselezionati, “Indice di implementazione rete oncologica”, “Indice di implementazione reti tempo-dipendente” e “Tasso di pazienti dimessi vivi non al domicilio”, sono stati sottoposti a votazione ed il *Panel* ha deciso di mantenere il primo.

In particolare, tale indicatore (Figura 11) ha ricevuto la preferenza da:

- 63,6% dei votanti della Categoria Utenti
- 60,0% della Categoria Istituzioni
- 12,5% della Categoria Professioni Sanitarie
- 38,9% della Categoria *Management Aziendale*
- 25,0% dell'Industria *Life Sciences*.

Figura 11
Indice di implementazione rete oncologica
Distribuzione voti per Categoria di *stakeholder*



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell' *Expert Panel*

Ricapitolando, gli indicatori selezionati per la Dimensione Innovazione sono stati:

- “Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico”
- “Quota di Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio dichiarato attivo”
- “Indice di implementazione rete oncologica”

Dimensione Sociale

Per la Dimensione Sociale, sono stati proposti per la selezione cinque indicatori:

- “Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale”
- “Tasso di assistenti sociali di Ambito Territoriale”
- “Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale”
- “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari”
- “Tasso di persone disabili e/o anziani, che ricevono *voucher*, assegni di cura, buoni socio-sanitari”.

Il primo indicatore è stato proposto come rappresentativo del ricorso alla assistenza socio-sanitaria residenziale per anziani non autosufficienti; il secondo del livello di offerta di assistenti sociali negli ambiti territoriali; il terzo del “livello”, misurato in termini di utenti che ne usufruiscono, dell'integrazione sociale garantita dagli Enti Locali per i soggetti deboli o a rischio; il quarto, del livello di assistenza domiciliare erogato dai Comuni; infine, il quinto esprime l'entità delle erogazioni di sostegni economici verso disabili e/o anziani.

Sono stati sottoposti tutti a votazione ed il *Panel* ha ritenuto di mantenerne tre: “Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale”, “Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale” e “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari”.

L'indicatore “Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale” (Figura 12), ha ricevuto la preferenza del:

- 45,5% dei votanti della Categoria Utenti
- 60,0% della Categoria Istituzioni
- 87,5% della Categoria Professioni Sanitarie
- 77,8% della Categoria *Management Aziendale*
- 75,0% dell'Industria *Life Sciences*.

L'indicatore, “Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale” ha ricevuto la preferenza del:

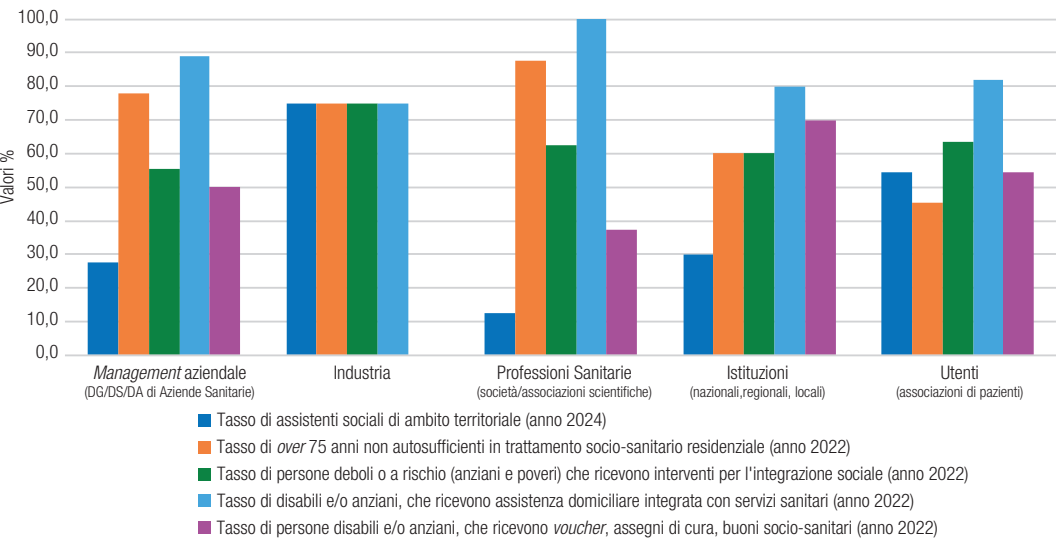
- 63,6% dei votanti della Categoria Utenti
- 60,0% della Categoria Istituzioni
- 62,5% della Categoria Professioni Sanitarie
- 55,6% della Categoria *Management Aziendale*
- 75,0% dell'Industria *Life Sciences*.

L'indicatore, “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” ha ricevuto la preferenza del:

- 81,8% dei votanti della Categoria Utenti
- 80,0% della Categoria Istituzioni
- 100,0% della Categoria Professioni Sanitarie
- 88,9% della Categoria *Management Aziendale*
- 75,0% dell'Industria *Life Sciences*.

Figura 12

Tasso di over 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale, Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale e Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
Distribuzione voti per Categoria di stakeholder



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Ricapitolando, gli indicatori selezionati per la dimensione Sociale sono stati:

- “Tasso di over 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale”
- “Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale”
- “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari”.

3.2. Le funzioni di valore degli indicatori

Il secondo *step* è stato dedicato a stimare per ognuno di essi la “funzione di valore” (o “utilità”), ovvero come le diverse determinazioni degli indicatori si associno ad un contributo alla *Performance*.

Il contributo, quindi, non è proporzionale al valore numerico delle determinazioni degli indicatori: per esemplificare, un raddoppio o un dimezzamento del valore assunto dalla determinazione di un indicatore non necessariamente corrisponde ad un raddoppio o dimezzamento del suo contributo alla *Performance*.

Ogni componente del *Panel* ha attribuito un livello di 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*), a cinque determinazioni di ogni indicatore, scelte in corrispondenza del valore dell'indicatore “migliore” e “peggiore” (nazionale) e in 3 punti intermedi equi-distanziati.

Il processo di elicitazione delle preferenze dei membri del *Panel* è avvenuto avvalendosi di un *software web-based* appositamente sviluppato da C.R.E.A. Sanità.

Dimensione Appropriatezza

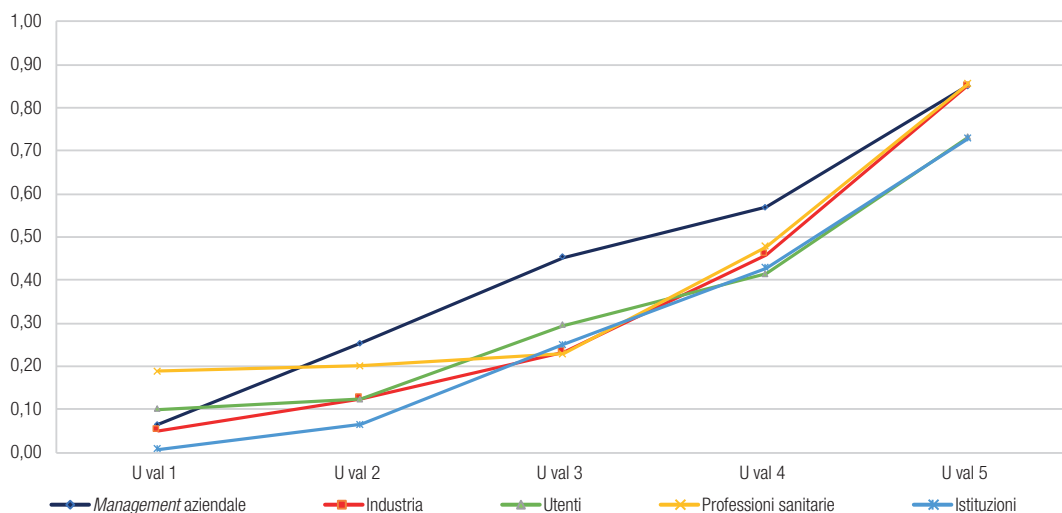
La funzione “valore” dell'indicatore “Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde” (Figura 13) assume un andamento lineare per tutte le Categorie di *stakeholder*, solo per il *Management* aziendale miglioramenti prossimi al valore peggiore dell'indicatore non producono miglioramenti in termini di *Performance*, che invece inizia a migliorare proporzionalmente nella seconda metà della distribuzione.

Industria, Istituzioni e *Management* aziendale associano un contributo alla *Performance* pressoché nullo in prossimità dei valori peggiori dell'indicatore; le restanti Categorie, Utenti e Professioni sanitarie, un livello di *Performance* nel range 10-20% di quella massima.

Il valore migliore nazionale è associato, per tutte le Categorie, ad un livello di contributo alla *Performance* compreso nel range 75-85% di quella massima possibile.

Figura 13

Tasso di accessi 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” per Categoria



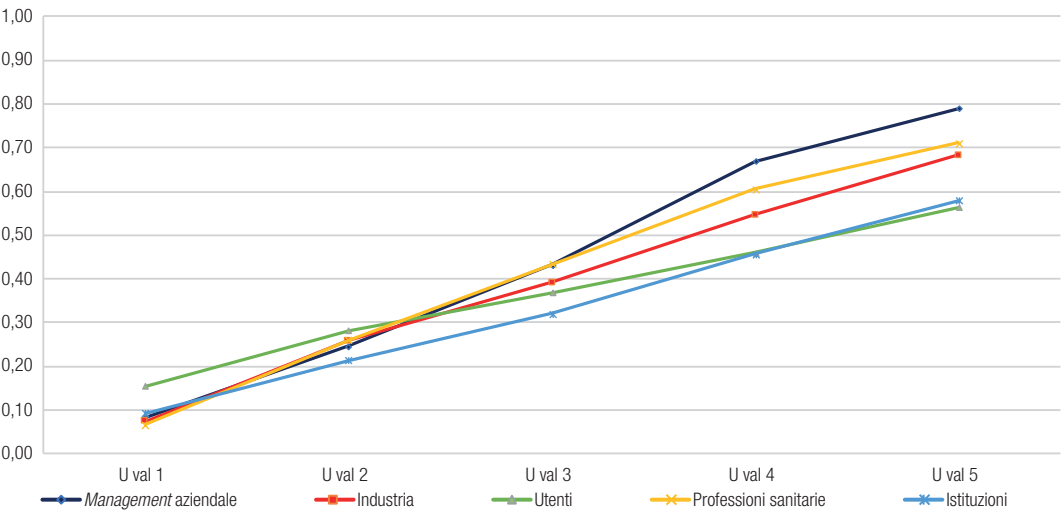
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

La funzione “valore” dell’indicatore “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata” (Figura 14) assume un andamento lineare per quasi tutte le Categorie ad esclusione del *Management Aziendale*, per il quale si evidenzia l’attribuzione di una utilità marginale decrescente nella seconda metà della distribuzione.

Tutte le Categorie, ad eccezione degli Utenti, associano un contributo alla *Performance* intorno al 10% in corrispondenza dei valori peggiori dell’indicatore; gli Utenti intorno al 15% della *Performance* massima possibile.

Il valore migliore nazionale è associato ad un livello di contributo alla *Performance* nel range 55-70% di quella massima possibile per tutte le Categorie, ad eccezione del *Management aziendale*, che gli attribuisce un livello pari a quasi l’80%.

Figura 14
Tasso di anziani
trattati in assistenza domiciliare integrata
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

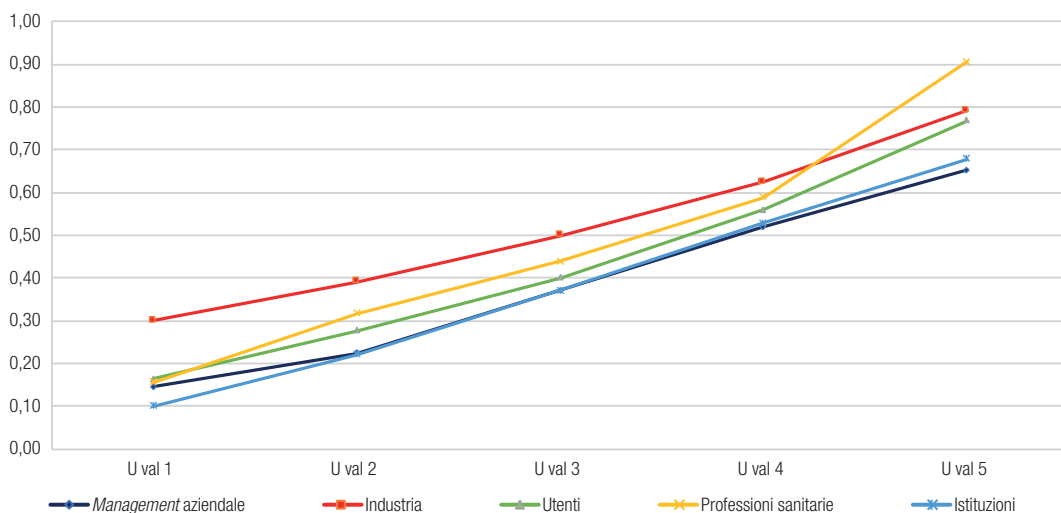
“Livelli di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

Per l'indicatore “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano, e *screening*)” (Figura 15), per quasi tutte le Categorie la funzione ha un andamento lineare: ai miglioramenti in termini di coperture vaccinali o adesione agli *screening* sono associati miglioramenti proporzionali di *Performance*; solo per la Categoria Utenti si evidenzia l'attribuzione di una utilità marginale decrescente nel primo terzo della distribuzione.

Professioni Sanitarie e Industria tendono a “penalizzare” la *Performance* nei casi di livelli di adesione regionale agli *screening* prossimi a quelli più bassi registrati a livello nazionale.

Per questo indicatore si registra, per quasi tutte le Categorie, l'attribuzione di una “sufficienza” per i valori che raggiungono i livelli migliori nazionali; una maggiore soddisfazione per questi ultimi livelli, che sfiora l'80%, si registra per i rappresentanti del *Management* aziendale.

Figura 15
Tasso di adesione alla prevenzione
(vaccinale nei bambini e nell'anziano, e *screening*)
Funzione di “valore” per Categoria

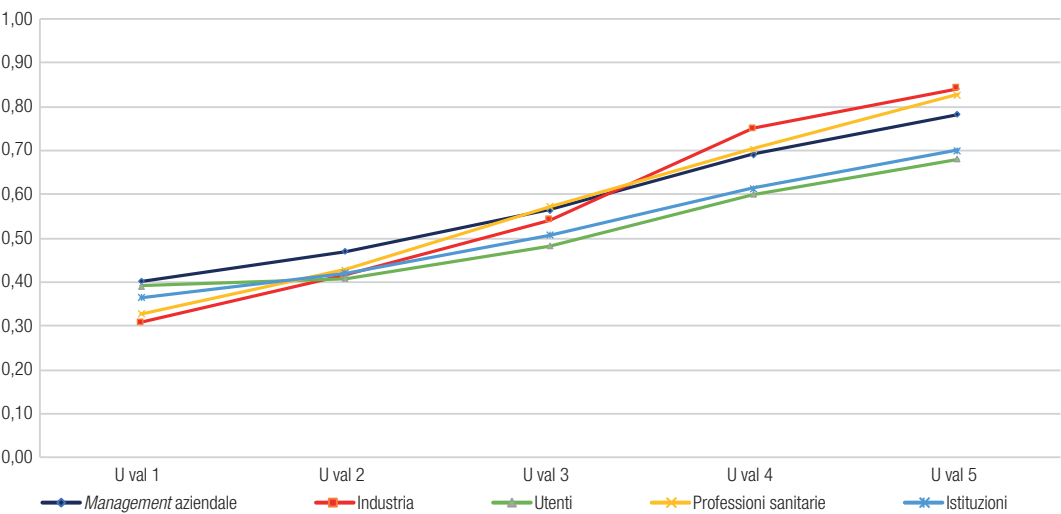


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

La funzione “valore” dell’indicatore “Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche” (Figura 16) assume un andamento lineare per quasi tutte le Categorie ad esclusione dell’Industria, per la quale si evidenzia l’attribuzione di una utilità marginale decrescente nell’ultimo terzo della distribuzione.

Per gli Utenti e le Istituzioni il valore migliore nazionale è associato ad un livello di contributo alla *Performance* intorno al 70% di quello massimo possibile: per tutte le altre Categorie si attesta ad un livello compreso tra il 78% e l’85%.

Figura 16
Tasso di ospedalizzazione (evitabile)
per patologie croniche
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

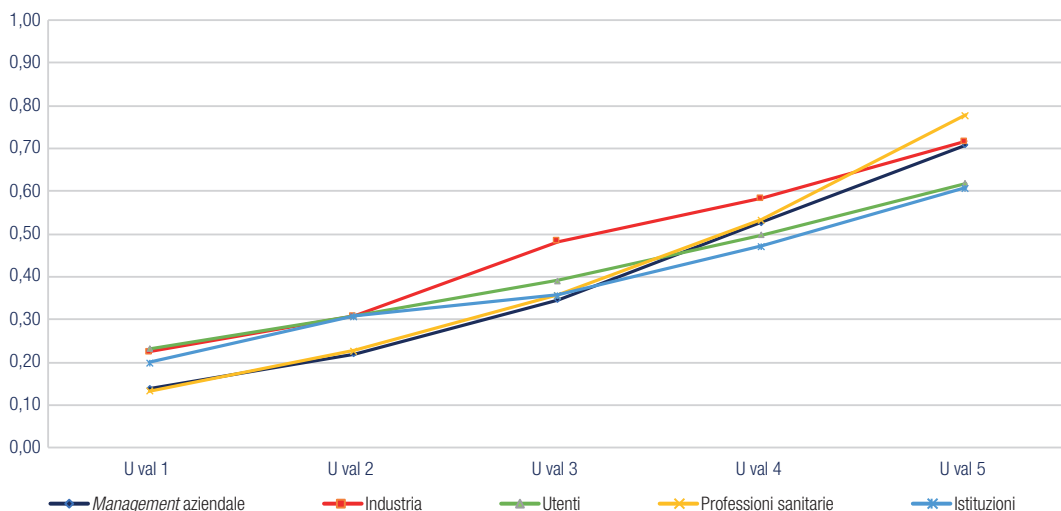
“Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

La funzione “valore” dell’indicatore “Quota di pazienti con infarto miocardico acuto associato a sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) ai quali è stata effettuata una angioplastica coronarica transluminale percutanea entro 90 minuti dall’accesso nella struttura di ricovero/service” (Figura 17) assume un andamento lineare per quasi tutte le Categorie.

Per tutte le Categorie, valori peggiori dell’indicatore sono associati ad una *Performance* compresa tra il 13% ed il 23% di quella massima possibile.

Per le Professioni Sanitarie il valore migliore nazionale è associato ad un livello di contributo alla *Performance* pari al 78% di quello massimo possibile: per tutte le altre Categorie si attesta ad un livello compreso tra il 60 e il 72%.

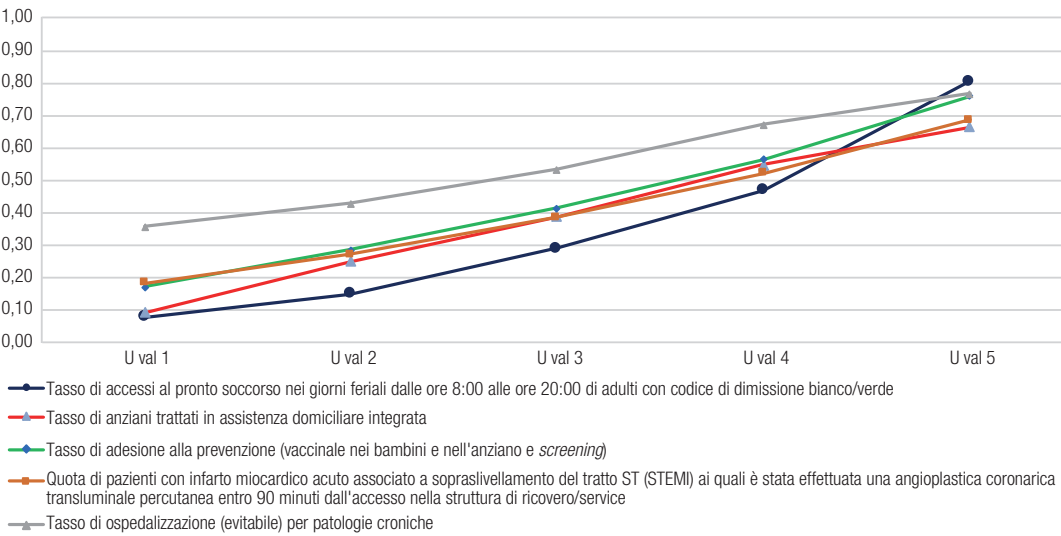
Figura 17
Quota di pazienti con STEMI ai quali è stata effettuata una angioplastica entro 90 minuti dall’accesso nella struttura
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Complessivamente le funzioni di utilità degli indicatori della Dimensione Appropriatezza (Figura 18) implicano un contributo alla *Performance* che, in generale, si dimostra sostanzialmente lineare, ma, nella prima metà delle distribuzioni, ovvero in prossimità dei livelli peggiori, presenta una utilità marginale decrescente per l'indicatore sull'ospedalizzazione per le patologie croniche e sull'assistenza domiciliare. In particolare, in corrispondenza anche del valore massimo di quest'ultimo, il livello di *Performance* supera di poco la sufficienza.

Figura 18
Dimensione Appropriatezza
Funzione di “valore” per indicatore



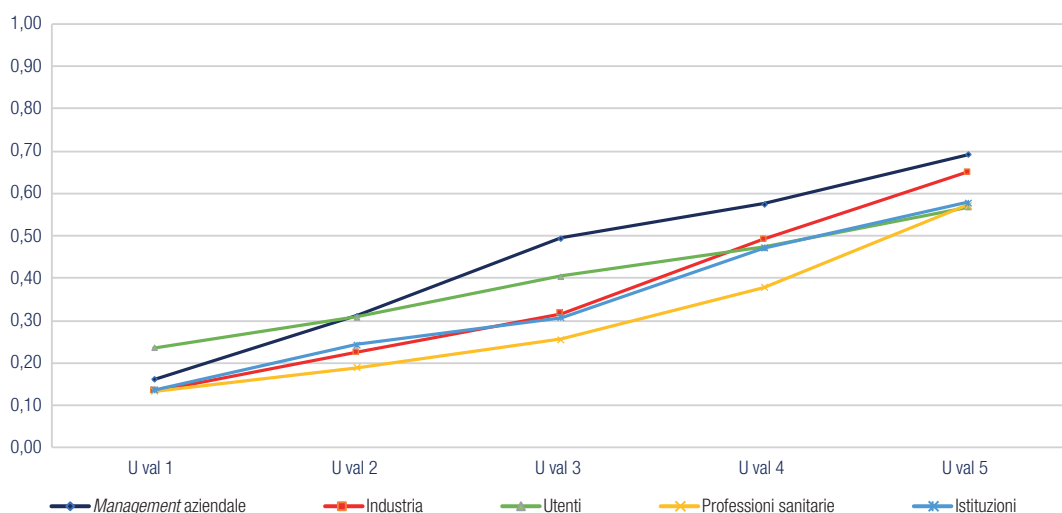
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Dimensione Economico-Finanziaria

Nella Dimensione Economico-Finanziaria, la funzione di “valore” relativa all’indicatore “Gap spesa sanitaria pubblica pro-capite EU vs ITA” (Figura 19) presenta un andamento dell’Utilità sostanzialmente lineare solo per gli Utenti; il *Management* aziendale attribuisce una utilità marginale decrescente nella seconda metà della distribuzione; le restanti Categorie attribuiscono una utilità marginale decrescente nella prima metà della distribuzione.

Livelli di spesa totale prossimi a quello peggiore (valore massimo) sono associati ad una *Performance* intorno al 15% di quella massima possibile, solo per gli Utenti intorno al 20%. Simmetricamente il contributo massimo alla *Performance* raggiungibile con gli attuali valori di spesa non raggiunge il 60% di quella massima possibile per gli Utenti, le Istituzioni e le Professioni sanitarie, e nel range 65-70% per le altre Categorie.

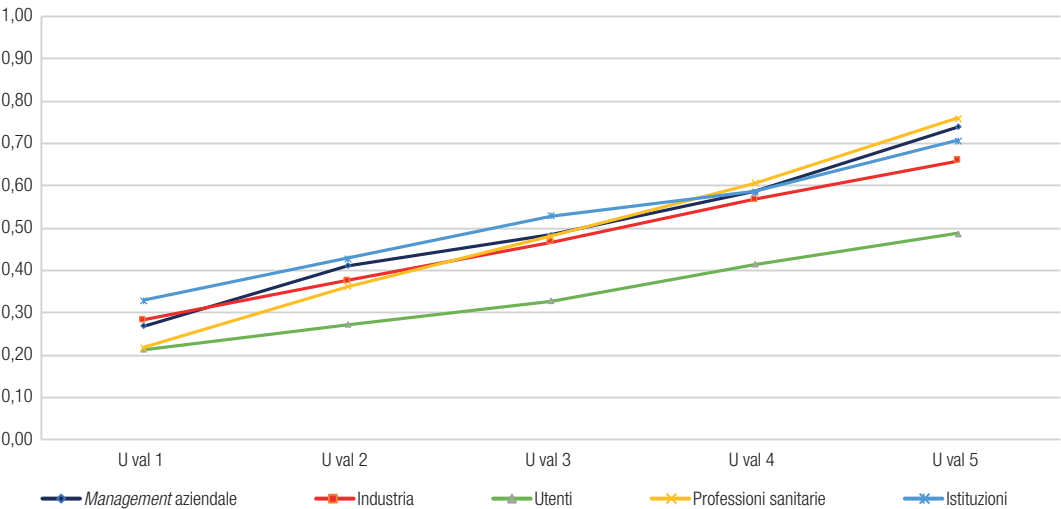
Figura 19
Gap spesa sanitaria pubblica pro-capite EU vs ITA
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Il secondo indicatore della Dimensione Economico-Finanziaria, “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali”, presenta una utilità con un andamento lineare. Tutte le categorie, ad eccezione degli Utenti, associano all’indicatore un livello maggiore di contributo alla *Performance*, pari al 65-70% del massimo ottenibile; per gli Utenti in corrispondenza del valore migliore il livello di *Performance* è circa il 50% (Figura 20).

Figura 20
Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali
Funzione di “valore” per Categoria

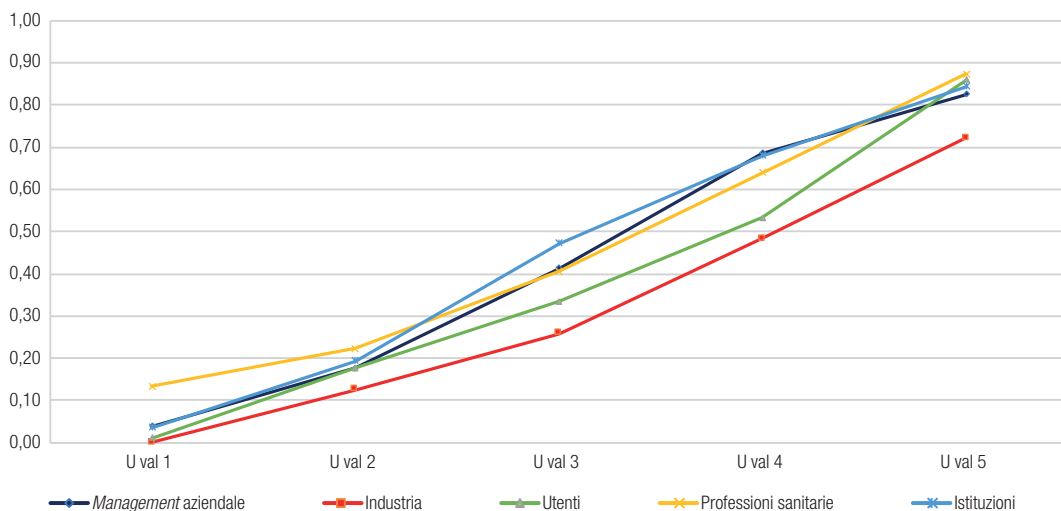


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

Il terzo indicatore della Dimensione Economico-Finanziaria, la “Spesa sociale dei Comuni per interventi di integrazione sociale, assistenza domiciliare, *voucher*, assegno di cura, buono socio-sanitario (disabili, anziani e poveri)”, presenta una utilità marginale crescente nella seconda metà della distribuzione per gli Utenti e l’Industria, e decrescente invece per le restanti categorie. Tutti ritengono inaccettabili valori peggiori dell’indicatore e associano al valore migliore un livello di *Performance* pari al 90% di quella massima; sono per l’Industria il livello di *Performance* in corrispondenza di tali valori è inferiore, raggiungendo circa il 70% di quella massima (Figura 21).

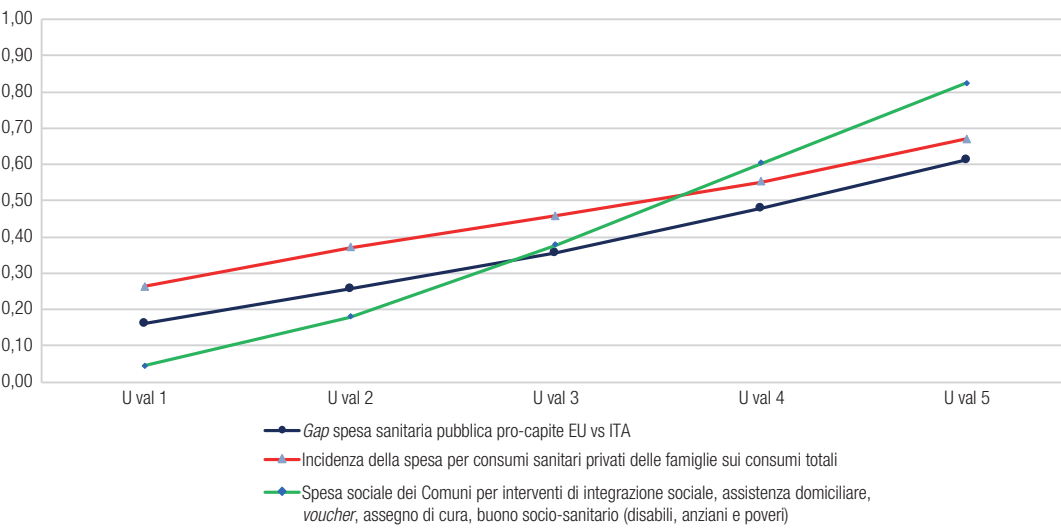
Figura 21
Spesa sociale dei Comuni per interventi di integrazione sociale, assistenza domiciliare, *voucher*, assegno di cura, buono socio-sanitario (disabili, anziani e poveri)
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Complessivamente le funzioni di utilità degli indicatori della Dimensione Economico-Finanziaria (Figura 22) implicano un contributo alla *Performance* che, in generale, si dimostra sostanzialmente lineare ma, con miglioramenti contenuti in termini di *Performance* per l'indicatore relativo all'incidenza della spesa per consumi privati sui consumi totali e alla spesa sanitaria pubblica, passando dal valore peggiore al valore migliore.

Figura 22
Dimensione Economico-Finanziaria
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

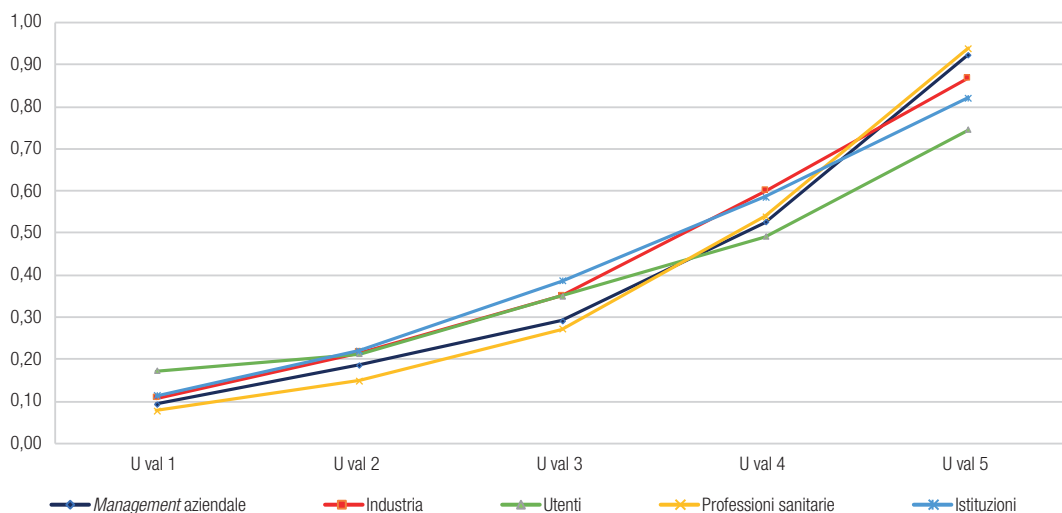
Dimensione Equità

La funzione di valore elicitata per l'indicatore “Tasso mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità” (Figura 23) risulta omogena fra le diverse Categorie di *stakeholder*: per valori prossimi a quello peggiore registrato, il contributo alla *Performance* assegnato risulta pari a circa il 10% del massimo contributo possibile, implicando che si tratta di valori considerati sostanzialmente “inaccettabili”.

Per tutte le Categorie nella seconda metà della distribuzione si assume una utilità marginale decrescente dell'indicatore: l'incremento è più che proporzionale a quello del contributo alla *Performance*.

Per quest'indicatore da parte degli Utenti si registra una “aspettativa” di miglioramento, dato che al valore regionale migliore associano un valore che si ferma al 70% della *Performance* massima. Le restanti Categorie agli attuali valori migliori attribuiscono un livello di *Performance* nel range 80-95% di quella massima possibile.

Figura 23
Tasso di mobilità passiva effettiva per DRG
a bassa e media complessità
Funzione di “valore” per Categoria

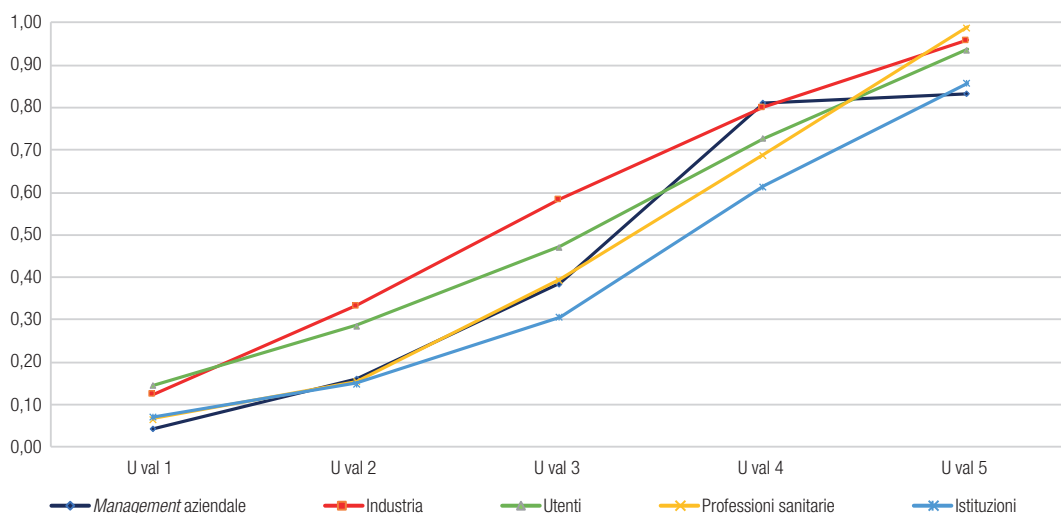


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Al secondo indicatore della Dimensione Equità, “Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti” (Figura 24), ad eccezione di Utenti, Industria e *Management* aziendale, tutte le Categorie associano miglioramenti di *Performance* proporzionali al miglioramento dell’indicatore; Utenti e Industria invece associano una utilità marginale decrescente per la prima metà della distribuzione. Per la Categoria *Management* aziendale la funzione assume un andamento della utilità sigmoideale: miglioramenti per valori prossimi a quello peggiore o a quello migliore non comportano un miglioramento in termini di *Performance*.

Quasi tutte le Categorie si ritengono pienamente “soddisfatte” dai valori migliori dell’indicatore registrati a livello nazionale: Istituzioni e *Management* aziendale ritengono invece che ci siano ulteriori margini di miglioramento (al valore migliore si associa un contributo alla *Performance* pari a circa l’85% di quella massima possibile).

Figura 24
Quota di prestazioni con priorità B
(entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti
Funzione di “valore” per Categoria

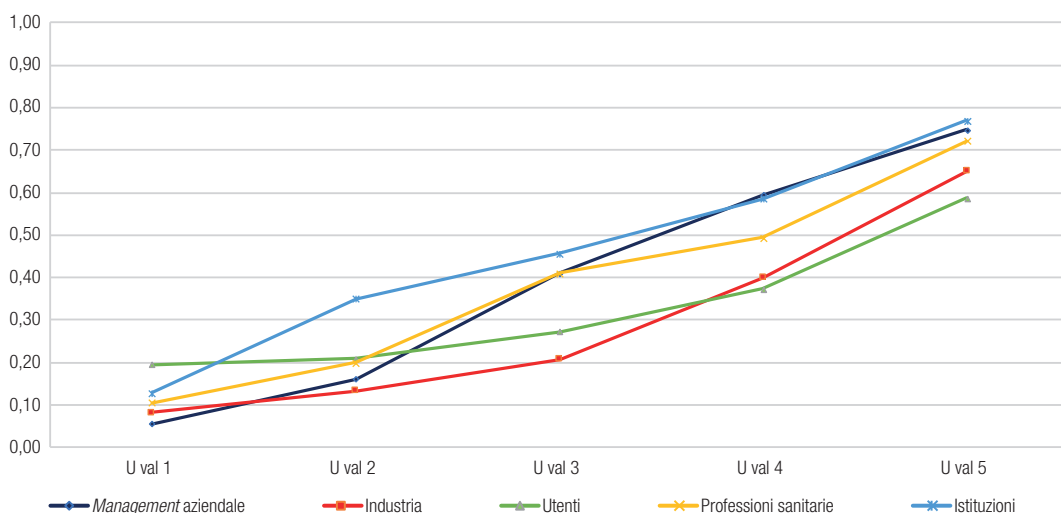


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

Per l'indicatore “Quota di famiglie con disagio economico (rinuncia per motivi economici o impoverimento) per spese sanitarie” (Figura 25), in corrispondenza dei valori prossimi al livello nazionale peggiore, si registra l'attribuzione di un basso contributo alla *Performance*, per tutte le Categorie, ad eccezione degli Utenti: per questa ultima anche il livello più alto di disagio non raggiunge la sufficienza (60% della *Performance* massima); al diminuire dell'incidenza del disagio si registra un miglioramento dell'indicatore che, nell'ultimo terzo della distribuzione, risulta più che proporzionale rispetto al livello di *Performance* attribuito per gli Utenti e l'Industria. Per le Istituzioni si registra una utilità marginale crescente nella prima parte della distribuzione. Utenti ed Industria associano al valore “migliore” riscontrato a livello nazionale un livello di *Performance* pari a circa il 60% della *Performance* massima; per le altre Categorie vengono raggiunti invece livelli compresi nel range 70-80%.

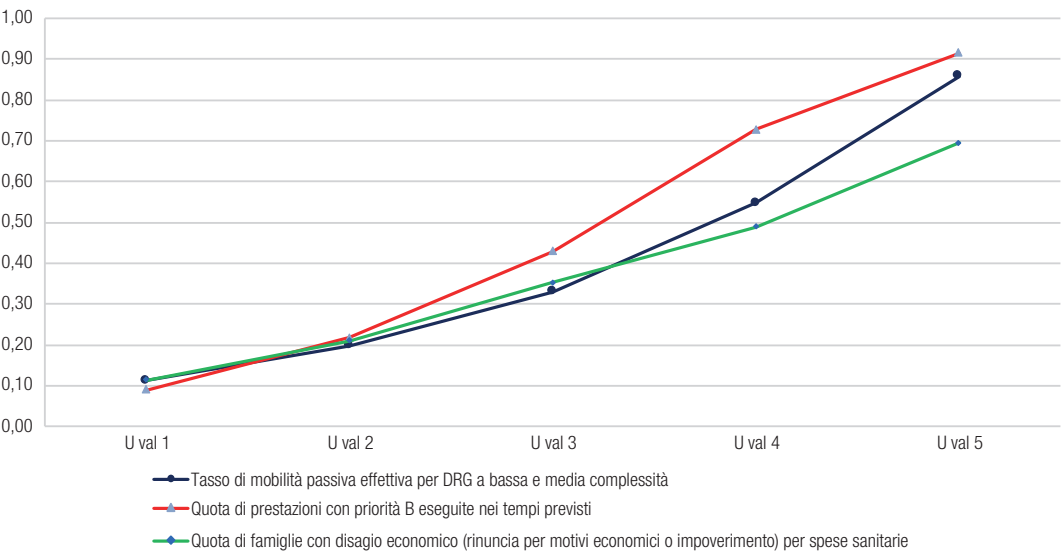
Figura 25
Quota di famiglie con disagio economico
(rinuncia per motivi economici o impoverimento) per spese sanitarie
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Complessivamente, per la Dimensione Equità (Figura 26) si registrano funzioni di valore che tendono a descrivere un atteggiamento di “stigma” nei casi con i risultati peggiori, ovvero verso le situazioni di maggiore iniquità; ed anche una soddisfazione limitata per i valori migliori che si registrano a livello nazionale, ad eccezione dell'indicatore sull'accesso, nei tempi previsti, alle prestazioni con priorità (entro 10 giorni), il quale fa registrare un livello di *Performance* in corrispondenza del valore migliore pari a al 90% di quello massima; valori migliori di disagio vengono invece associati ad un livello di *Performance* che sfiora il 70% di quella massima.

Figura 26
Dimensione Equità
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Dimensione Esiti

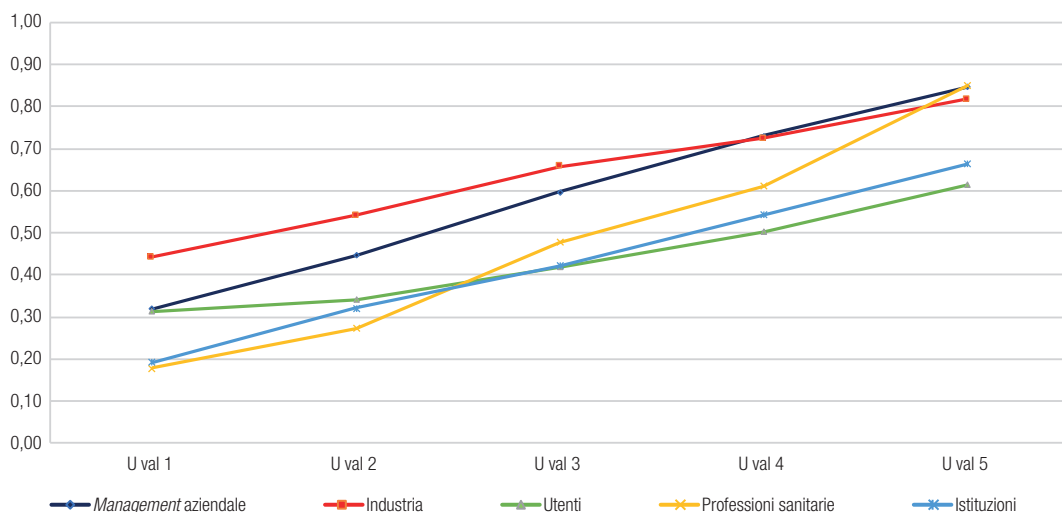
Nella Dimensione Esiti, l'andamento della funzione di “valore” dell'indicatore “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)” (Figura 27) risulta pressoché lineare (indicando un contributo alla *Performance* proporzionale alle determinazioni dell'indicatore) per tutte le Categorie.

Per l'Industria si evidenzia una utilità marginale decrescente nell'ultimo terzo della distribuzione.

Il valore regionale peggiore riscontrato sul territorio nazionale è ritenuto abbastanza “accettabile” da quasi tutte le Categorie, ad eccezione delle Istituzioni e delle Professioni sanitarie, che vi associa una *Performance* pari rispettivamente al 20% di quella massima.

Nonostante l'andamento crescente delle funzioni, gli *stakeholders* manifestano una residua “insoddisfazione” anche in corrispondenza del migliore valore di speranza di vita senza limitazioni funzionali registrato in Italia: quasi tutte le Categorie ritengono che il valore “migliore” dell'indicatore sia associato ad un livello di contributo alla *Performance* intorno all'80% di quella massima possibile, solo per le Istituzioni e gli Utenti il livello massimo si ferma a circa il 60% di quella massima.

Figura 27
Speranza di vita senza limitazioni funzionali
(*over 65 anni*)
Funzione di “valore” per Categoria



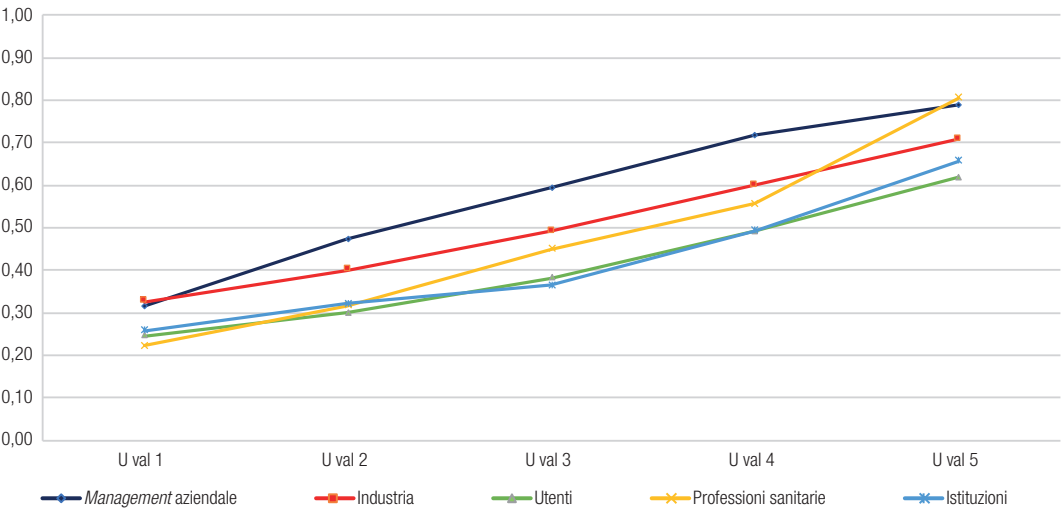
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

L'indicatore "Indice di salute mentale" (Figura 28) è associato a contributi in termini di *Performance* proporzionali rispetto all'aumento del livello dell'indicatore per quasi tutte le Categorie, ad eccezione di Utenti, Professioni sanitarie e Istituzioni. I rappresentanti del *Management* attribuiscono alle determinazioni dell'indicatore una utilità decrescente nell'ultima parte della distribuzione.

In generale, si evidenzia come da parte del *Panel* ci sia l'auspicio di un aumento del livello di salute mentale: in particolare, Professioni sanitarie e *Management* associano al valore migliore nazionale un livello di *Performance* pari a circa l'80% di quella massima, con una parziale accettazione dei valori peggiori (22% della *Performance* massima per i primi e 32% per i secondi).

I rappresentanti degli Utenti e delle Istituzioni ritengono che i valori migliori dell'indicatore siano associati ad un livello pari al 60% di quella massima possibile.

Figura 28
Indice di salute mentale
Funzione di "valore" per Categoria

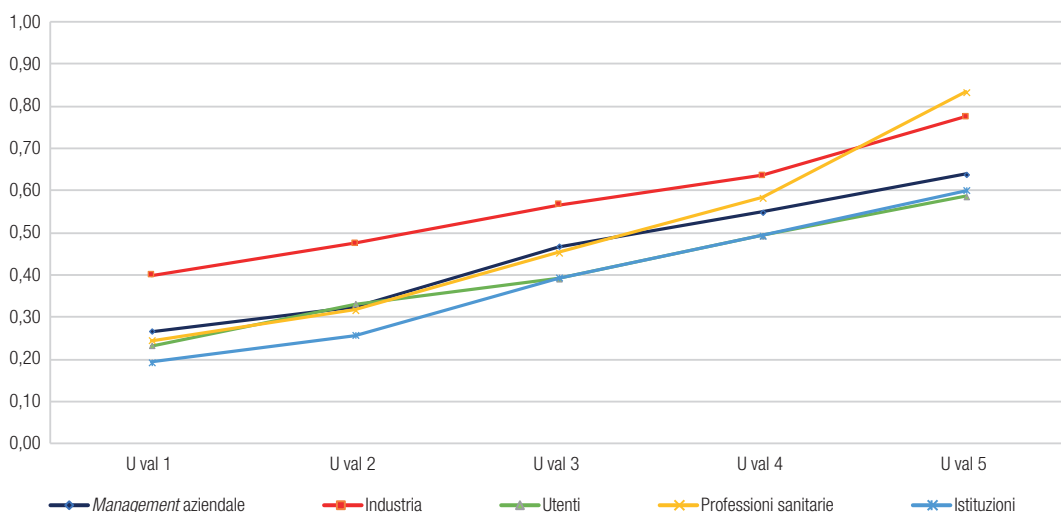


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

L'andamento della funzione di valore dell'indicatore “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti” (Figura 29) presenta un andamento sigmoideale per tutte le Categorie, ad eccezione delle Professioni sanitarie che gli associano una funzione di valore con una utilità marginale crescente nella seconda metà della distribuzione, e l'Industria che ne associa una lineare. Si osserva un generale auspicio di addivenire ad un miglioramento degli stili di vita: Professioni sanitarie e Industria sembrano essere i più soddisfatti dei livelli migliori attuali, associando un livello di *Performance* pari all'80% di quella massima; per le restanti Categorie i livelli di *Performance* oscillano intorno al 60% del valore massimo possibile.

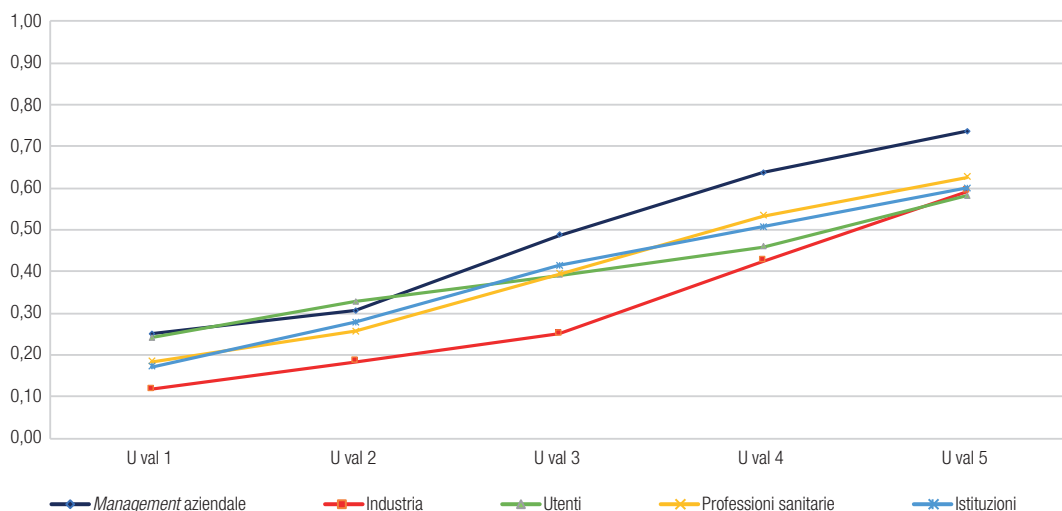
Figura 29
Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

L'andamento della funzione di valore dell'indicatore "Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite" (Figura 30) presenta un andamento lineare per quasi tutte le Categorie ad eccezione di Industria per i quali assume un andamento con miglioramenti in termini di *Performance* più che proporzionali rispetto a quelli dell'indicatore; si osserva un generale auspicio di addivenire ad un miglioramento in termini di mortalità per infarto, associando tutte le Categorie un livello di *Performance* intorno al 60% di quella massima ai valori migliori dell'indicatore; solo per il *Management* tale valore supera il 70% in corrispondenza del valore più alto di mortalità.

Figura 30
Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite
Funzione di "valore" per Categoria

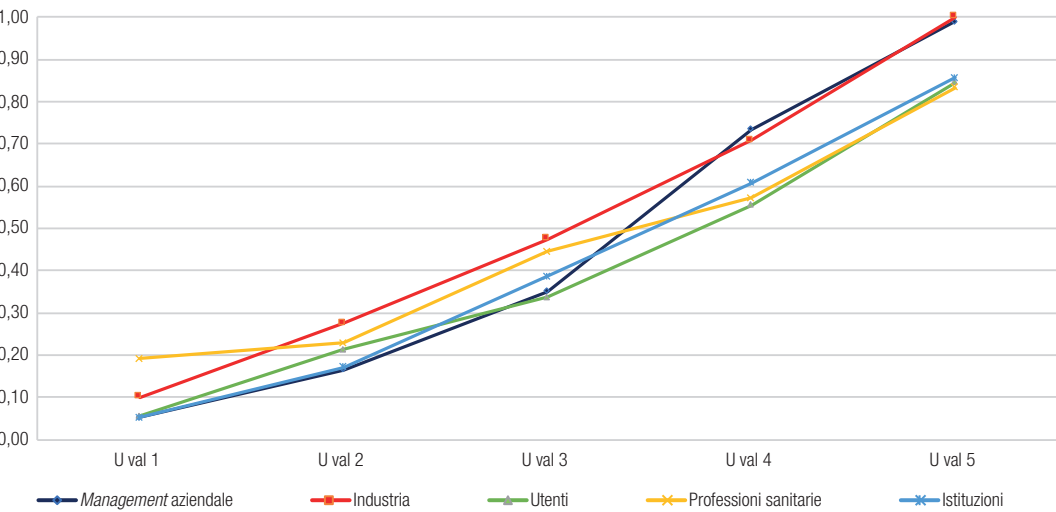


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

L’andamento della funzione di valore dell’indicatore “Qualità dell’aria (PM 2.5)” (Figura 31) presenta un andamento sostanzialmente lineare per tutte le Categorie; si osserva un generale auspicio di addivenire ad un miglioramento in termini di qualità dell’aria, associando tutte le Categorie, ad eccezione di Industria e *Management* che attribuiscono un livello di *Performance* massima ai valori migliori dell’indicatore, attribuiscono un livello pari all’85%. Tutte le Categorie, ad esclusione delle Professioni sanitarie, associano un livello di *Performance* quasi nullo in corrispondenza del valore peggiore di esito sulla qualità dell’aria.

Figura 31
Qualità dell’aria (PM 2.5)
Funzione di “valore” per Categoria



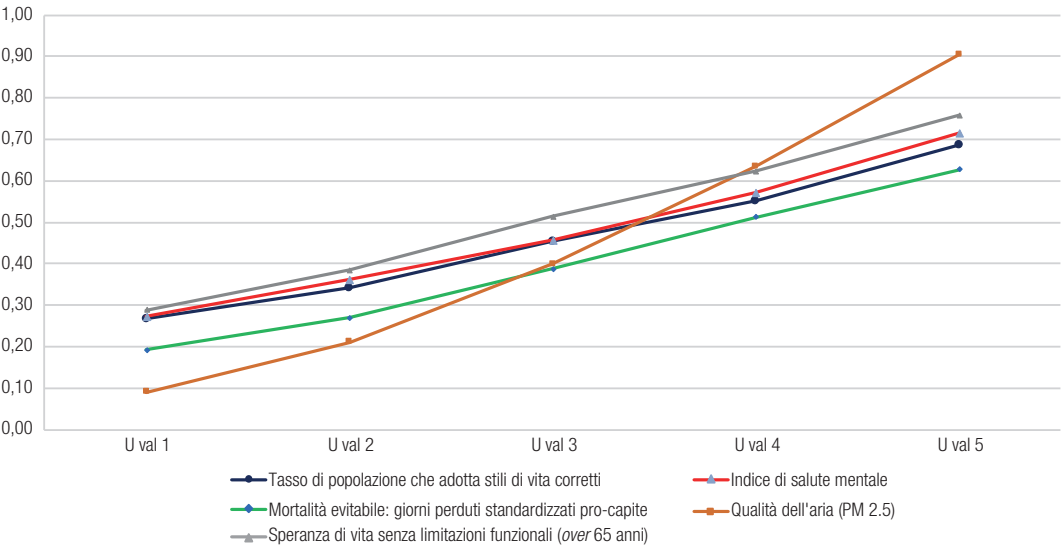
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

In sintesi, agli indicatori della Dimensione Esiti (Figura 32) è associato un contributo alla *Performance* generalmente proporzionale al miglioramento delle determinazioni degli indicatori.

Si registra l'“aspettativa” che si possano ottenere ulteriori miglioramenti per tutti e cinque gli indicatori selezionati, sebbene di minore entità per quello relativo alla qualità dell'aria.

Contestualmente, si registra il riconoscimento di un “valore positivo” dell'assistenza anche nei casi di determinazioni degli indicatori di esito prossimi a quelli peggiori registrati (circa il 30% del valore massimo); all'indicatore sulla qualità dell'aria si associa un livello di *Performance* modesto pari ad appena il 10% di quella massima.

Figura 32
Dimensione Esiti
Funzione di “valore” per Categoria



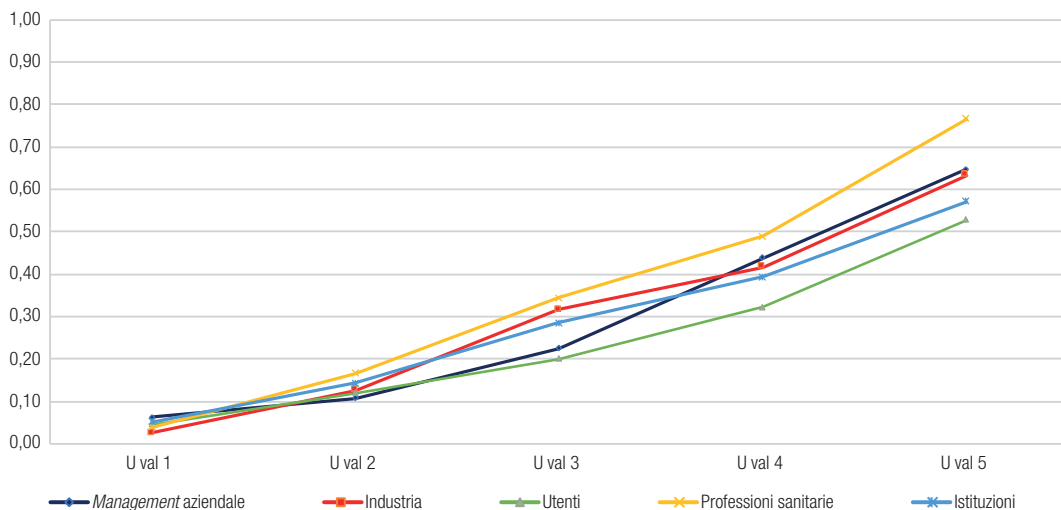
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Dimensione Innovazione

Nella Dimensione Innovazione, all'indicatore “Tasso di utilizzo del FSE” (Figura 33), è associata una funzione di valore che assume un andamento lineare per Industria ed Istituzioni, e con una utilità marginale decrescente nella prima parte della distribuzione, per le restanti Categorie.

Per tutte le Categorie si registrano contributi alla *Performance* praticamente nulli in corrispondenza dei valori peggiori registrati a livello nazionale; simmetricamente, in corrispondenza del peggiore valore nazionale, viene attribuito un contributo alla *Performance* nel range 55-60%; solo per le Professioni sanitarie viene raggiunto quasi l'80% della *Performance* massima.

Figura 33
Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico
Funzione di “valore” per Categoria

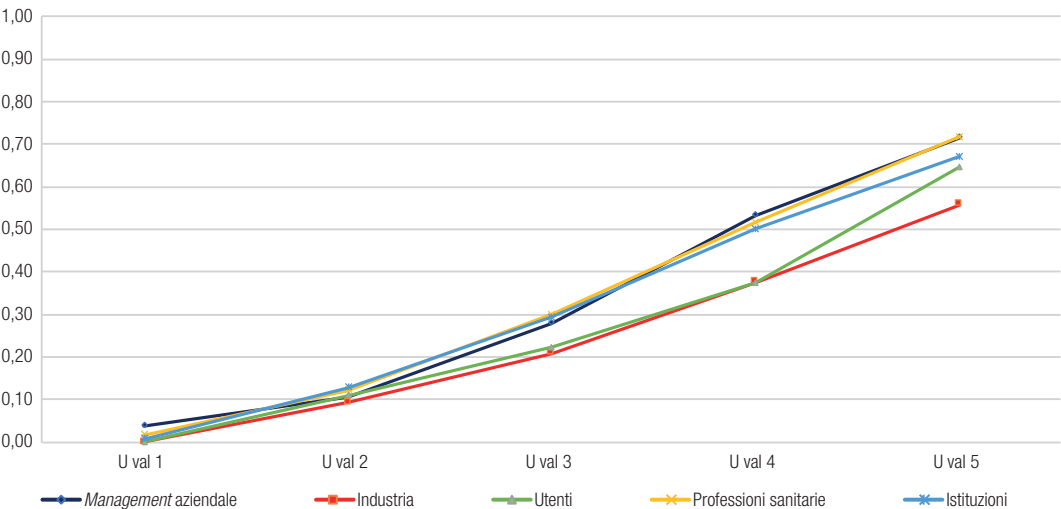


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Nella Dimensione Innovazione, all'indicatore "Quota Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio attivato" (Figura 34) è associata una funzione di "valore" con una utilità marginale decrescente nella prima metà della distribuzione per *Management*, Utenti ed Industria; per le restanti categorie l'andamento risulta essere invece lineare.

In corrispondenza del migliore valore nazionale dell'indicatore, è stato assegnato un contributo alla *Performance* che non supera il 70% di quella massima possibile da tutte le Categorie, ad eccezione di Industria per la quale si raggiunge appena il 55%. Tutte le Categorie ritengono accettabile anche una determinazione pari ai valori peggiori nazionali registrati.

Figura 34
Quota Case della Comunità e Ospedali di Comunità
con almeno un servizio attivato
Funzione di "valore" per Categoria



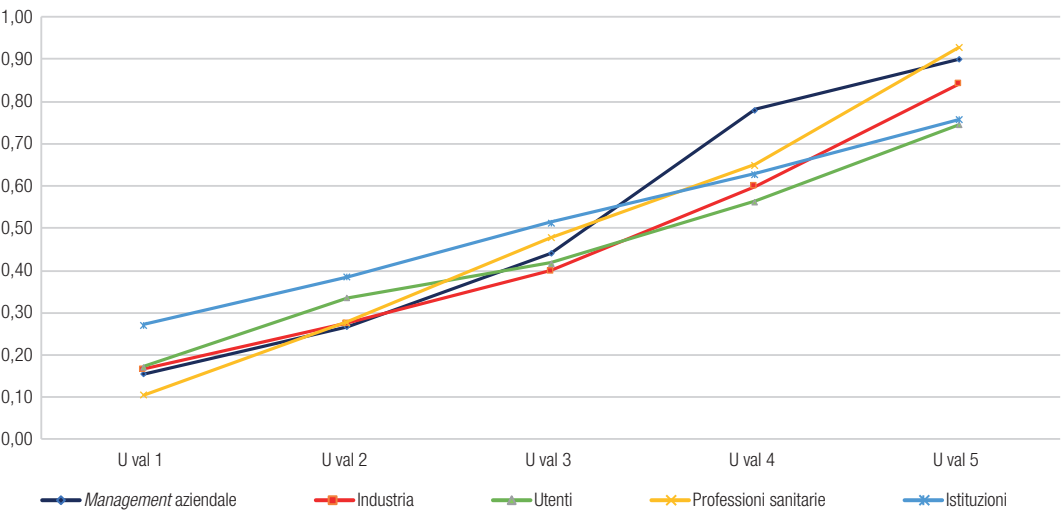
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

All'indicatore “Indice di implementazione della rete oncologica” (Figura 35) quasi tutte le Categorie di *stakeholder* associano una funzione di valore ad andamento lineare, con contributi alla *Performance* modesti in corrispondenza dei valori peggiori registrati a livello nazionale; per il *Management* si registra invece un andamento sigmoidale.

Tutte le Categorie registrano una sostanziale “soddisfazione” per i valori dell'indicatore prossimi ai massimi livelli registrati a livello nazionale, associandovi un livello di contributo alla *Performance* nel range 75%-85% di quella massima ottenibile; per le Professioni sanitarie ed il *Management* la soddisfazione è maggiore e raggiunge il 90%.

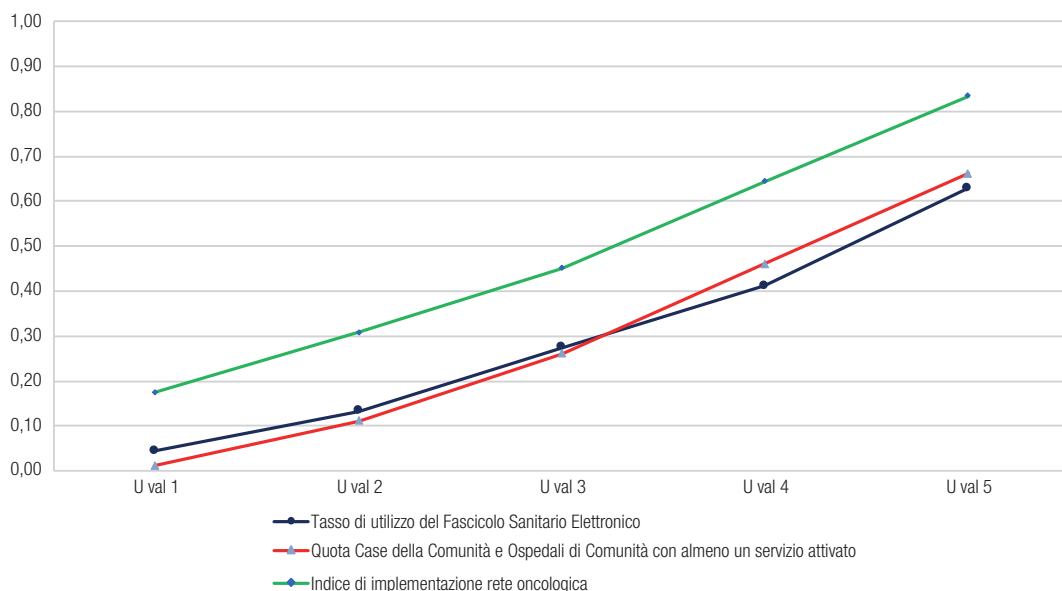
Figura 35
Indice di implementazione rete oncologica
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Complessivamente, agli indicatori della Dimensione Innovazione (Figura 36) vengono associate funzioni di “valore” sostanzialmente lineari, con un contributo alla *Performance* praticamente nullo in corrispondenza delle determinazioni peggiori di quello relativo al FSE e all’implementazione delle strutture territoriali, e parzialmente accettabili (20% della *Performance* massima) per quelli relativi all’innovazione organizzativa (rete oncologica); valori migliori nazionali di quest’ultimo indicatore sono associati a livelli di *Performance* quasi ottimali (83%), per i restanti due viene raggiunta appena la sufficienza (circa il 60% della *Performance* massima).

Figura 36
Dimensione Innovazione
Funzione di “valore” per Categoria



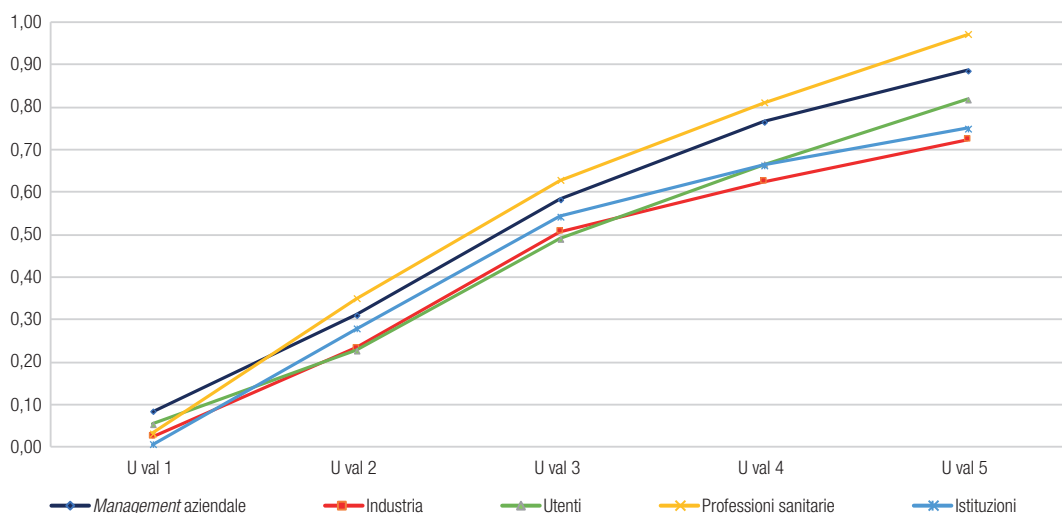
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Dimensione Sociale

L'indicatore “Tasso di over 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale” (Figura 37) registra un livello di contributo alla *Performance* sostanzialmente nullo per valori prossimi al peggiore nazionale, e questo per tutte le Categorie, così come si osserva un andamento che esprime una utilità marginale decrescente nella seconda metà della distribuzione.

Il *Management* e le Professioni sanitarie ritengono che in corrispondenza dei valori migliori dell'indicatore si determini un contributo alla *Performance* prossimo al 90-95% di quella massima: per tutte le altre Categorie, il valore è invece compreso nel range 70-80%.

Figura 37
Tasso di over 75 anni non autosufficienti
in trattamento socio-sanitario residenziale
Funzione di “valore” per Categoria

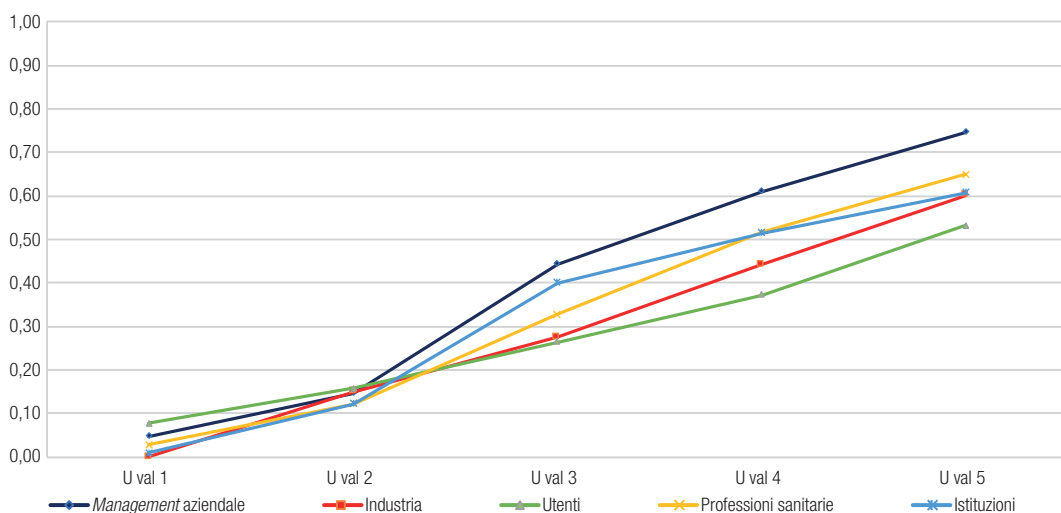


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

La funzione di “valore” dell’indicatore “Quota di persone deboli o a rischio, affette da dipendenze, anziani e poveri, che ricevono interventi per l’integrazione sociale” (Figura 38), per tutte le Categorie, ad eccezione del *Management* e delle Istituzioni assume un andamento sostanzialmente lineare; in particolare, per il *Management* e le Istituzioni si osserva un andamento sigmoidale con utilità marginale crescente nella seconda metà della distribuzione, ovvero con miglioramenti di *Performance* più che proporzionali rispetto a quelli dell’indicatore.

Il contributo alla *Performance* attribuito ai valori massimi del tasso nazionale di interventi per l’integrazione sociale raggiunge valori intorno alla “sufficienza” (60% della *Performance* massima) per tutte le Categorie, ad eccezione del *Management* aziendale che gli attribuisce un livello più elevato, pari al 75% di quello massimo possibile.

Figura 38
Quota di persone deboli o a rischio
(affette da dipendenze, anziani e poveri)
che ricevono interventi per l'integrazione sociale
Funzione di “valore” per Categoria



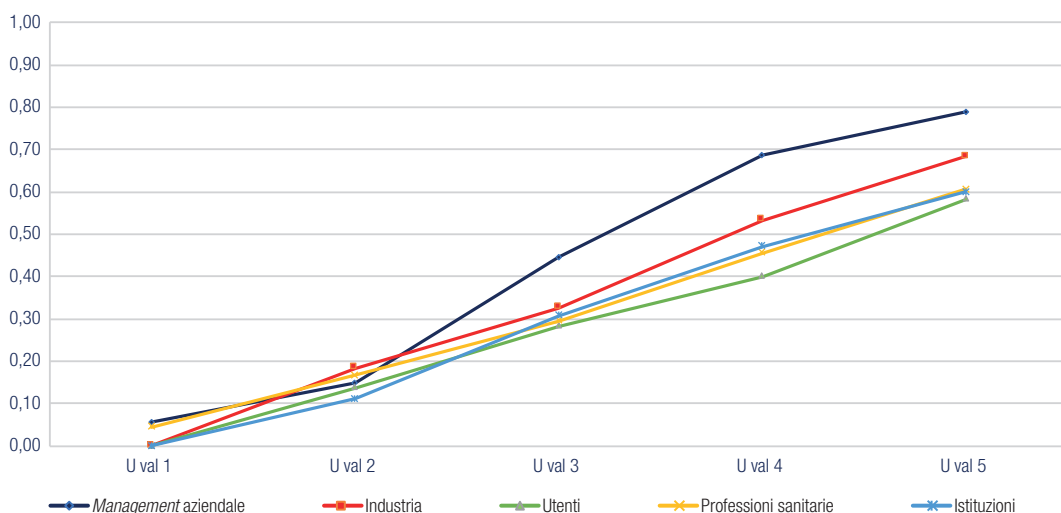
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

Al terzo indicatore della Dimensione Sociale, la “Quota di persone, disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare” (Figura 39), è stata associata una funzione di valore sostanzialmente lineare da quasi tutte le Categorie, con contributi alla *Performance* che sostanzialmente si annullano in corrispondenza dei valori più bassi registrati a livello regionale. Solo per il *Management* si osserva una utilità marginale decrescente nella seconda metà della distribuzione.

Secondo gli Utenti, l'Industria e le Istituzioni al miglior valore nazionale si associa un livello di contributo alla *Performance* prossimo al 60% di quella massima; per l'Industria raggiunge il 70% e per il *Management* aziendale si arriva quasi all'80% della *Performance* massima.

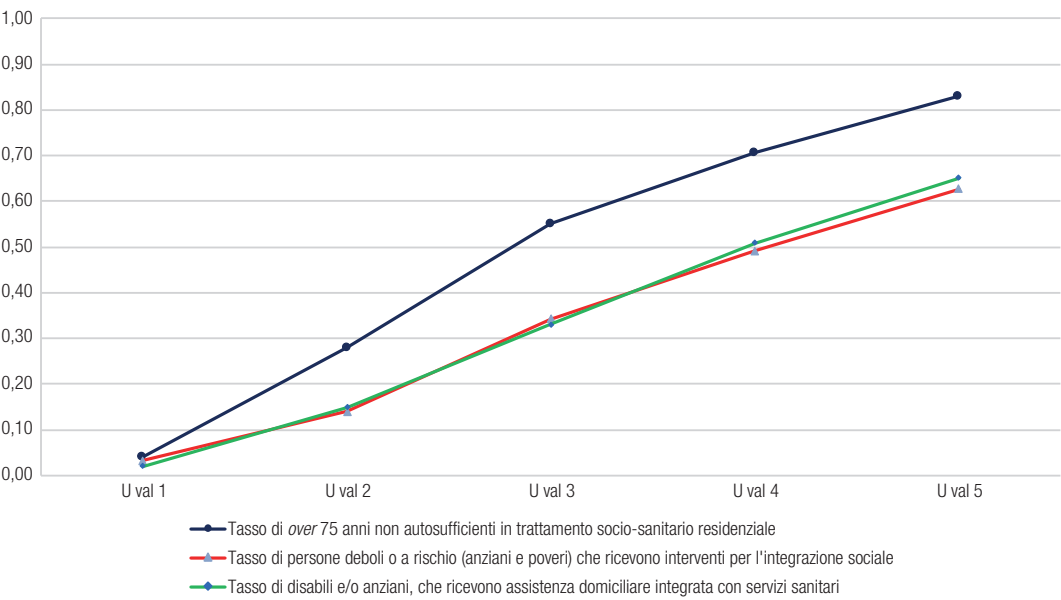
Figura 39
Quota di persone disabili e/o anziani
che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Per la Dimensione Sociale (Figura 40), si registrano funzioni di “valore” degli indicatori sostanzialmente lineari, con un livello di contributo alla *Performance* raggiungibile in corrispondenza dei valori migliori nazionali intorno al 60-65% di quella massima possibile e, viceversa, valori nulli in corrispondenza dei valori peggiori; solo per quello relativo alla presa in carico dei non autosufficienti *over 75* nelle residenze il livello di *Performance* in corrispondenza del valore migliore nazionale raggiunge l'80% della *Performance* massima.

Figura 40
Dimensione Sociale
Funzione di “valore” per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'*Expert Panel*

Riflessioni finali sulle “funzioni valore” degli indicatori

L'esercizio svolto dal *Panel* ha la finalità di definire funzioni di “valore” evidenziando eventuali difformità nel contributo alla *Performance* a seconda della Categoria di appartenenza degli *stakeholder*.

Considerando gli indicatori della Dimensione Appropriatezza, in larga misura relativi alla presa in carico extra-ospedaliera, di cronici ed anziani, ed all'attività di prevenzione rivolta a bambini, adulti e anziani, osserviamo che le funzioni di utilità risultano lineari; quelle degli indicatori sull'ospedalizzazione per le patologie croniche e sull'assistenza domiciliare assumono una utilità marginale decrescente nella prima metà delle distribuzioni, ovvero in prossimità dei livelli peggiori. All'indicatore relativo all'assistenza domiciliare degli anziani e all'appropriatezza sui tempi di intervento per STEMI, anche in corrispondenza dei migliori valori dell'indicatore osservati a livello nazionale, si attribuisce un contributo alla *Performance* che raggiunge appena la sufficienza; per quelli relativi alla presa in carico da parte dell'assistenza primaria e all'ospedalizzazione dei cronici, le migliori determinazioni dell'indicatore sono associate a contributi pari quasi al 70% del massimo possibile. Va però sottolineato che, mentre per gli indicatori sullo STEMI e l'assistenza domiciliare il contributo alla *Performance* per i valori peggiori è quasi nullo, per l'ospedalizzazione dei cronici raggiunge circa il 40% della *Performance* massima.

Per la Dimensione Economico-Finanziaria, non si registrano differenze significative nelle valutazioni degli *stakeholder*: le funzioni di “valore” descrivono andamenti lineari con un *range* di contributo alla *Performance* tra il valore peggiore (spesa sanitaria inferiore alla media europea) e il valore migliore (superiore alla media europea) dal 40 al 70%, a dimostrazione che i valori attuali di spesa sono già considerati delle buone *Performance*. L'incidenza della spesa privata, in analogia a quanto riscontrato nella precedente edizione, continua ad essere ritenuta poco accettabile in corrispondenza dei valori più alti e parzialmente accettabile in corrispondenza dei valori “migliori” nazionali.

Prendendo in analisi la Dimensione Equità, i membri del *Panel* continuano ad assumere un atteggiamento di stigma in corrispondenza dei valori peggiori dell'indicatore; in corrispondenza di quello sulla mobilità per casistica a media e bassa complessità, viene attribuito soprattutto dagli Utenti un livello di contributo alla *Performance* molto limitato, per le altre Categorie sembra essere un fenomeno da accettare, date le particolari condizioni del periodo; 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 l'indicatore relativo all'esecuzione delle prestazioni nei tempi previsti si riscontra invece un andamento lineare.

Nella Dimensione Esiti, il *Panel* ha associato agli indicatori un contributo alla *Performance* che risulta proporzionale al miglioramento delle determinazioni degli indicatori, ad eccezione di quello relativo alla mortalità per infarto, per il quale anche in corrispondenza a valori elevati (migliori) della *Performance* si assume un contributo alla *Performance* limitato; tutte le Categorie di *stakeholder* ritengono che non debbano essere del tutto penalizzate (in termini di determinazione della *Performance*) le situazioni in cui gli indicatori presentano valori peggiori, attribuendogli una *Performance* pari a circa il 30% di quella massima. Peraltro, ad esclusione dell'indicatore ambientale, complessivamente si osserva un atteggiamento di maggior “aspettativa” sugli esiti, nel senso che anche in corrispondenza dei migliori valori osservati viene attribuito un contributo alla *Performance* che

raggiunge il 70% del contributo massimo possibile, e si riduce al 60% in corrispondenza di quello sulla mortalità evitabile.

Per quanto concerne la Dimensione Innovazione, le funzioni di “valore” appaiono lineari: per la digitalizzazione (FSE) e la quota di strutture extra-ospedaliere previste dal PNRR che sono state attivate, il contributo alla *Performance* viene considerato pari a circa il 60% solo in corrispondenza dei valori dell'indicatore migliori osservati a livello nazionale ed è sostanzialmente nullo per quelli peggiori; per l'indicatore sulla rete oncologica, il livello di contributo massimo alla *Performance* supera l'80% in corrispondenza dei valori migliori e raggiunge il 20% per i peggiori.

Per la Dimensione Sociale, si osserva un andamento di sostanziale linearità delle funzioni “valore”, con una penalizzazione in corrispondenza dei valori peggiori dell'indicatore ed una scarsa soddisfazione (60% della *Performance* massima) anche per i valori migliori registrati a livello nazionale; solo per la presa in carico degli anziani non autosufficienti nelle residenze si raggiunge circa l'80% della *Performance* massima.

3.3. La composizione degli indicatori

L'ultima parte dell'esercizio di elicitazione svolto con i componenti del *Panel* è stato finalizzato a determinare il “peso” relativo attribuito dagli *stakeholder* ai diversi indicatori e, quindi, indirettamente alle Dimensioni a cui appartengono.

A tal fine sono stati stimati i “tassi marginali di sostituzione” fra gli indicatori, ovvero sono state proposte al *Panel* 21 coppie di indicatori, di seguito elencate, e si è chiesto loro di individuare i *mix* (determinazioni diverse degli indicatori) capaci di fornire lo stesso contributo alla *Performance*.

Le coppie (sufficienti, assumendo condizioni di razionalità, per stimare con il *software Logical Decisions®* ver. 8.0 i tassi di sostituzione di tutte le possibili coppie costruibili con gli indicatori), sono:

- “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche” vs “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali”
- “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali” vs “Tasso di mobilità passiva effettiva per DRG a bassa o media complessità”
- “Tasso di mobilità passiva effettiva per DRG a bassa o media complessità” vs “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)”
- “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)” vs “Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico”
- “Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico” vs “Tasso di *over 75 anni* non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale”
- “Tasso di *over 75 anni* non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale” vs “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e *screening*)”
- “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e *screening*)” vs “*Gap* spesa sanitaria pubblica pro-capite EU vs ITA”
- “*Gap* spesa sanitaria pubblica pro-capite EU vs ITA” vs “Quota di prestazioni con priorità B eseguite nei tempi previsti”
- “Quota di prestazioni con priorità B eseguite nei tempi previsti” vs “Indice di

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

salute mentale”

- “Indice di salute mentale” vs “Indice di implementazione rete oncologica”
- “Indice di implementazione rete oncologica” vs “Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale”
- “Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale” vs “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata”
- “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata” vs “Spesa sociale dei Comuni per interventi di integrazione sociale, assistenza domiciliare, *voucher*, assegno di cura, buono socio-sanitario (disabili, anziani e poveri)”
- “Spesa sociale dei Comuni per interventi di integrazione sociale, assistenza domiciliare, *voucher*, assegno di cura, buono socio-sanitario (disabili, anziani e poveri)” vs “Quota di famiglie con disagio economico (rinuncia per motivi economici o impoverimento) per spese sanitarie”
- “Quota di famiglie con disagio economico (rinuncia per motivi economici o impoverimento) per spese sanitarie” vs “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti”
- “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti” vs “Quota Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio attivato”
- “Quota Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio attivato” vs “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari”.
- “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” vs “Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite”.
- Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite vs “Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde”
- “Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde” vs “Qualità dell'aria (PM 2.5)”.
- “Qualità dell'aria (PM 2.5)” vs “Quota di pazienti con STEMI ai quali è stata effettuata una angioplastica coronarica entro 90 minuti dall'accesso in struttura”

In altri termini, a partire da quanto un indicatore si ritiene debba migliorare per compensare un peggioramento di un altro, sono stati determinati i “pesi” attribuiti dal *Panel* ai diversi indicatori, ovvero la loro impatto sulla *Performance*.

Si riportano a seguire, per singola Categoria di *stakeholder*, e per tutto il *Panel*, i risultati ottenuti.

3.4. Il contributo delle Dimensioni e degli indicatori alla *Performance*

Aggregando i risultati per Dimensione, si osserva come le tre Dimensioni Appropriatazza, Esiti ed Equità contribuiscano per oltre il 60% alla *Performance*: rispettivamente i primi due in modo sovrapponibile, per il 24,3%, e il terzo per il 15,2%; segue la Dimensione Sociale (12,8%); le Dimensioni Innovazione ed Economico-finanziaria, contribuiscono rispettivamente per il 12,2% ed il 11,2%.

Rispetto alla precedente edizione si registra una riduzione del “peso” associato alle Dimensioni Sociale (-3,3 punti percentuali - p.p.) e Appropriatazza (-2,3 p.p.); aumenta il contributo dell'Equità (+4,0 p.p.) e, sebbene in maniera più contenuta, anche quello di Innovazione, Economico-finanziaria ed Esiti (+0,8, +0,5 e +0,4 p.p. rispettivamente).

La dinamica dei “pesi” può essere interpretata facendo riferimento alla messa a terra di nuovi modelli organizzativi (in primo luogo quelli relativi al territorio), alla carenza di personale, ecc., ovvero ad una fase interpretabile come critica in termini organizzativi, per cui la priorità torna ad essere monitorarne gli Esiti, l'Appropriatazza di presa in carico extra-territoriale (ADI ecc.) e, a seguire, l'impatto equitativo.

Inoltre, l'integrazione tra il sanitario e il sociale sembra continuare ad essere un aspetto prioritario.

Analizzando i risultati per Categoria (Figura 41), nel caso degli Utenti, le Dimensioni Esiti, Equità e Appropriatazza, contribuiscono per oltre il 70% alla misura della *Performance* (27,9%, 25,6% e 19,8% rispettivamente); come era lecito aspettarsi cresce di importanza l'Equità e diminuisce l'Appropriatazza; meno facilmente interpretabile è la minore importanza assegnata alle Dimensioni Economico-Finanziaria con l'11,4%, Sociale con l'8,6% e, da ultimo, quella dell'Innovazione (6,7%).

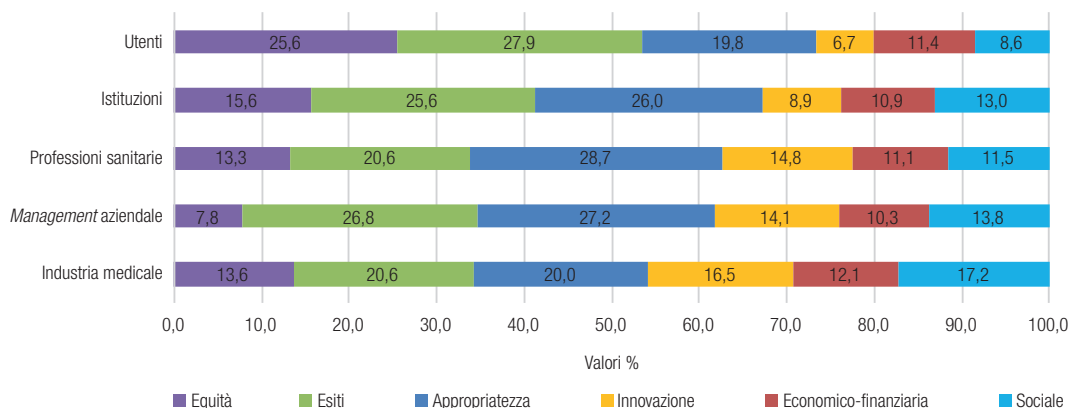
Per i rappresentanti delle Istituzioni si confermano in “testa” le Dimensioni Appropriatazza, Esiti ed Equità, che contribuiscono per quasi il 70% alla *Performance* (26,0%, 25,6%, 15,6% rispettivamente); segue il Sociale con il 13,0%, l'Economico-finanziaria con il 10,9% e l'Innovazione con l'8,9%.

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie, le Dimensioni Appropriatazza, Esiti, Innovazione ed Equità contribuiscono per oltre il 70% alla *Performance* (28,7%, 20,6%, 14,8% e 13,3% rispettivamente); cresce quindi di importanza l'Innovazione, mentre rimangono “indietro” la Dimensione Sociale con l'11,5% e quella Economico-finanziaria con l'11,1%.

Per il *Management Aziendale*, l'Appropriatazza, gli Esiti e l'Innovazione contribuiscono per il 68,1% alla *Performance* (27,2%, 26,8% e 14,1% rispettivamente); cala all'ultimo posto l'Equità con il 7,8%, superata anche dal Sociale con il 13,8%, e dall'Economico-Finanziaria con 10,3%.

Infine, per l'Industria delle *Life Sciences*, sono le Dimensioni degli Esiti, dell'Appropriatazza, del Sociale e dell'Innovazione quelle che contribuiscono maggiormente alla *Performance* (20,6%, 20,0%, 17,2% e 16,5% rispettivamente); come era lecito aspettarsi sale di importanza la dimensione dell'Innovazione, ma va notata anche l'attenzione alla Dimensione Sociale; seguono l'Equità (13,6%) e la Dimensione Economico-Finanziaria (12,1%).

Figura 41
Contributo delle Dimensioni alla *Performance*
per Categoria



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

In definitiva, quest'anno Esiti e Appropriatelyzza rappresentano delle priorità per tutti gli *stakeholder*, per gli Utenti e le Istituzioni anche l'Equità, e per le altre Categorie anche l'Innovazione.

Analizzando la dinamica dei “pesi” per Categoria (Figura 42), è possibile osservare come, in questo ultimo anno, torna ad aumentare il “peso” delle Dimensioni Economico-finanziaria ed Equità per tutte quasi tutte le Categorie.

In particolare, si nota come per gli Utenti sia diminuito il “peso” del Sociale e dell'Appropriatelyzza (-9,1 e -6,4 p.p. rispettivamente) ed aumentato quello di Equità (+9,4 p.p.), Economico-Finanziaria (+3,4 p.p.), Innovazione (+1,4 p.p.) ed Esiti (+1,3 p.p.).

La riduzione del contributo del sociale alla *Performance* per tutte le Categorie di *stakeholder* potrebbe essere in parte attribuibile all'assenza di un disegno di reale integrazione del sociale nel PNRR, che ha previsto due missioni distinte (5 e 6), ed in parte dovuta ad una consapevolezza di risorse limitate che non consente di estendere il sistema verso il sociale.

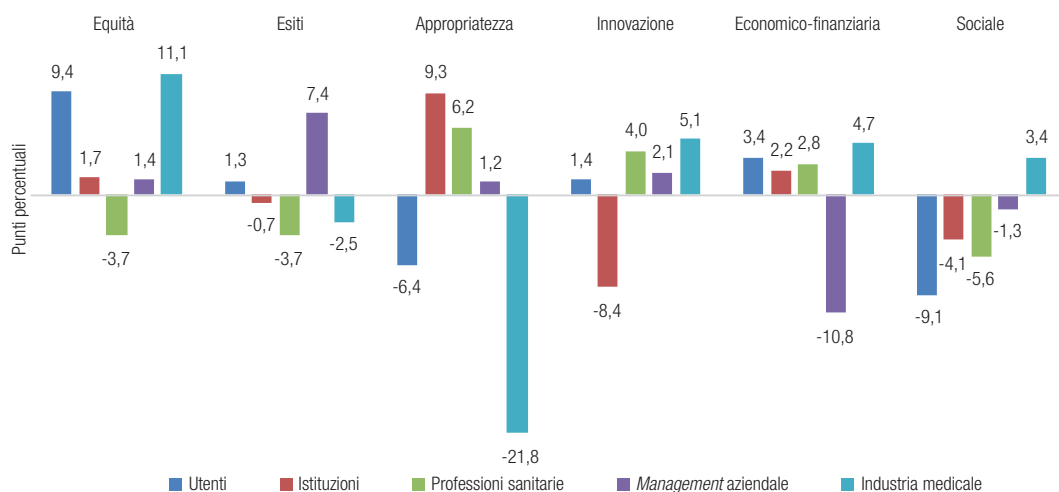
Per i rappresentanti delle Istituzioni è aumentato il peso di Appropriatelyzza, Economico-Finanziaria ed Equità (+9,3, +2,2 e +1,7 p.p. rispettivamente), ed è diminuito quello delle Dimensioni Innovazione, Sociale ed Esiti (-8,4, -4,1 e -0,7 p.p. rispettivamente).

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie è diminuito il peso delle Dimensioni Sociale, Esiti ed Equità (-5,6, -3,7 e -3,7 p.p. rispettivamente). Aumenta, invece, notevolmente il peso di Appropriatelyzza (+6,2 p.p.) e in misura più contenuta Innovazione ed Economico-Finanziaria (+4,0 e +2,8 p.p. rispettivamente).

Per il *Management Aziendale* si è ridotto notevolmente il peso delle Dimensioni Economico-Finanziaria (-10,8 p.p.) e quello della Dimensione Sociale (-1,3 p.p.). Le altre Dimensioni hanno registrato un aumento: Esiti (+7,4 p.p.), Innovazione (+2,1 p.p.), Equità (+1,4 p.p.) ed Appropriatelyzza (+1,2 p.p.).

Infine, per l'Industria si è ridotto notevolmente il peso della Dimensione Appropriatezza (-21,8 p.p.); in misura più contenuta, è diminuito il peso della Dimensione Esiti (-2,5 p.p.); è invece aumentato notevolmente il peso dell'Equità (+11,1 p.p.) e, in misura minore, quello di Innovazione (+5,1 p.p.), Economico-Finanziaria (+4,7 p.p.) e Sociale (+3,4 p.p.).

Figura 42
Variazioni del contributo delle Dimensioni alla Performance
XIII vs XII edizione



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Spostando l'attenzione sul peso degli indicatori si osserva che, per gli Utenti, i primi cinque indicatori spiegano oltre il 60% della *Performance*: "Quota di famiglie con disagio economico (rinuncia per motivi economici o impoverimento) per spese sanitarie" (23,9%), "Quota di pazienti con STEMI ai quali è stata effettuata una angioplastica coronarica entro 90 minuti dall'accesso in struttura" (10,0%), "Spesa sociale dei Comuni per interventi di integrazione sociale, assistenza domiciliare, *voucher*, assegno di cura, buono socio-sanitario (disabili, anziani e poveri)" (9,6%), "Qualità dell'aria (PM 2.5)" (8,6%) e "Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite" (8,2%).

Per i rappresentanti delle Istituzioni i primi cinque indicatori spiegano oltre il 55% della *Performance*: "Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata" (17,9%), "Indice di salute mentale" (10,2%), "Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti" (9,3%), "Quota di famiglie con disagio economico (rinuncia per motivi economici o impoverimento) per spese sanitarie" (9,0%) e "Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale" (8,7%).

Per i rappresentanti delle Professioni sanitarie, oltre il 50% della *Performance* è associata a cinque indicatori: "Indice di implementazione rete oncologica" (12,2%), "Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata" (11,6%), "Tasso di ospedalizzazione

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

(evitabile) per patologie croniche” (10,5%), “Indice di salute mentale” (10,1%) e “Quota di prestazioni con priorità B eseguite nei tempi previsti” (8,3%).

Per i rappresentanti del *Management* aziendale i primi cinque indicatori rappresentano il 40% della *Performance*: “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti” (14,2%), “Indice di implementazione rete oncologica” (9,3%), “Quota di pazienti con STEMI ai quali è stata effettuata una angioplastica coronarica entro 90 minuti dall’accesso in struttura” (7,7%), “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” (6,3%) e “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata” (5,6%).

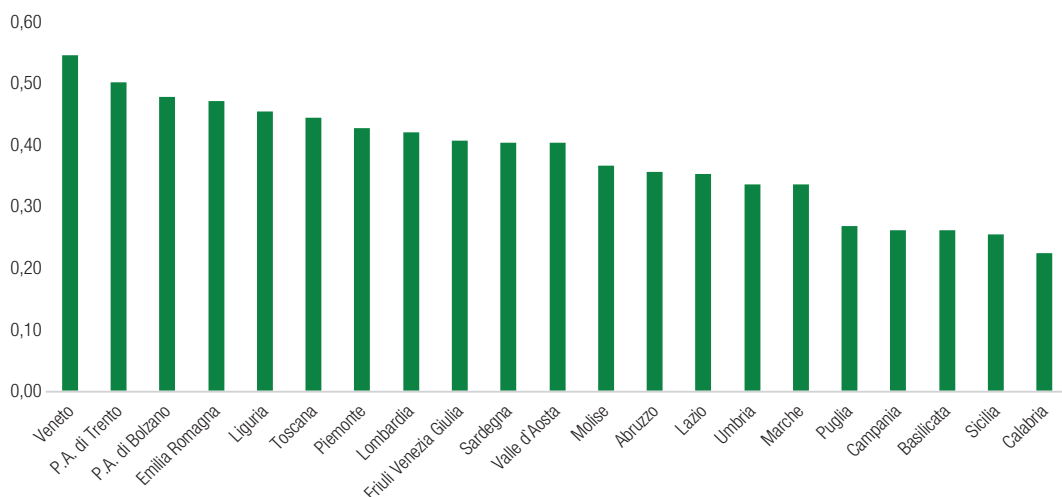
Infine, per i rappresentanti dell’*Industria Life Sciences*, oltre il 48% della *Performance* è attribuibile a cinque indicatori: “Indice di salute mentale” (12,0%), “Indice di implementazione rete oncologica” (12,0%), “Quota di prestazioni con priorità B eseguite nei tempi previsti” (9,0%), “Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l’integrazione sociale” (8,5%) e “*Gap* spesa sanitaria pubblica pro-capite EU vs ITA” (7,3%), “Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale” (7,1%).

Si osserva come, nel complesso, l’implementazione della rete oncologica, l’assistenza domiciliare agli anziani e l’integrazione socio-sanitaria siano delle priorità comuni a tutte le Categorie, essendo sempre tra i primi cinque indicatori che contribuiscono in maggiore misura alla *Performance*.

4. La *Performance* socio-sanitaria

L'indice complessivo di *Performance* che si determina in questa XIII edizione (2025) dello studio, oscilla da un massimo del 55% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) del Veneto ad un minimo del 23% della Regione Calabria (Figura 43).

Figura 43
Indice di *Performance* regionale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Si conferma, al netto delle differenze fra Regioni, la distanza delle *Performance* da quelle potenzialmente ottimali, fenomeno già emerso nelle precedenti edizioni dello studio; quest'anno la distanza è ancora aumentata per effetto del fatto che sembrano cresciute le aspettative dei componenti del *Panel*; infatti, è ancora diminuito il contributo massimo alla *Performance* che il *Panel* attribuisce in corrispondenza delle determinazioni migliori degli indicatori. In generale, questo si ferma all'80% del valore massimo: per confronto, se alle determinazioni migliori degli indicatori fosse stata assegnata piena soddisfazione (valore 1) la *Performance* del Veneto salirebbe ad un livello pari al 69% di quella massima teoricamente raggiungibile.

In termini relativi, il divario nella valutazione attribuita alle Regioni che si posizionano agli estremi del *range*, rimane decisamente rilevante, con un terzo delle Regioni che non supera un livello pari al 40% del massimo ottenibile.

Qualitativamente, nel *ranking* si identificano quattro gruppi di Regioni: due Regioni (Veneto e P.A. di Trento) raggiungono livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre, con un indice di *Performance* che supera il 50% di quella massima (rispettivamente 55% e 50%).

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

Nel secondo gruppo, troviamo sei Regioni con livelli dell'indice di *Performance* abbastanza omogenei compresi tra il 48% ed il 42%: P.A. di Bolzano, Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Piemonte e Lombardia.

Nel terzo gruppo si attestano Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Valle d'Aosta, Molise, Abruzzo, Lazio, Umbria e Marche, con livelli di *Performance* compresi nel *range* 33-41%.

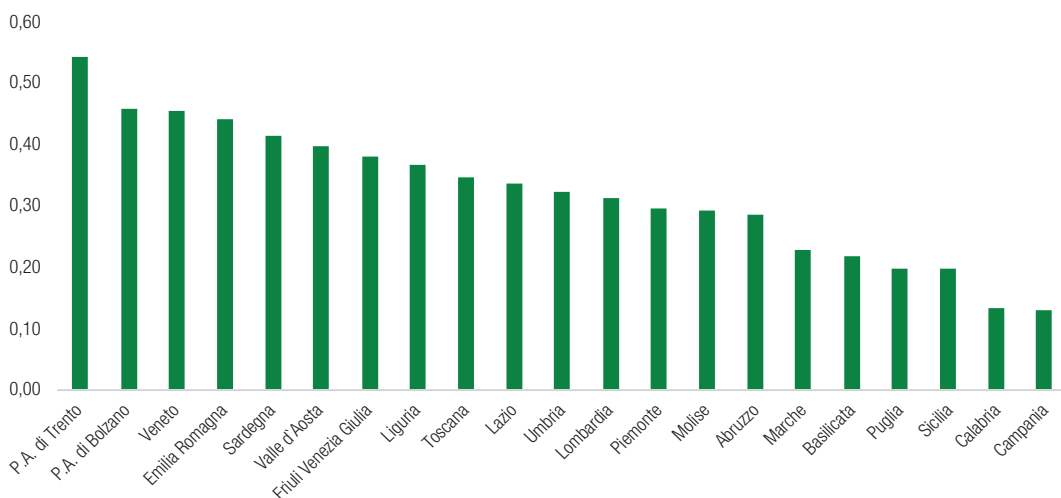
Infine, cinque Regioni, Puglia, Campania, Basilicata, Sicilia e Calabria, si attestano su livelli di *Performance* inferiori al 28% del massimo raggiungibile.

Dimensione Utenti

Per la Categoria Utenti (Figura 44), la P.A. di Trento, con il 54%, risulta in prima posizione, ottenendo una posizione in più rispetto a quella registrata nel *ranking* “generale”.

Seguono la P.A. di Bolzano e il Veneto, che perdono rispettivamente una e due posizioni rispetto al *ranking* generale, con un indice di *Performance* pari al 46% e 45%; la Calabria e la Campania occupano l'ultima posizione con un indice di *Performance* pari al 13% di quella massima.

Figura 44
Indice di *Performance*
Categoria Utenti

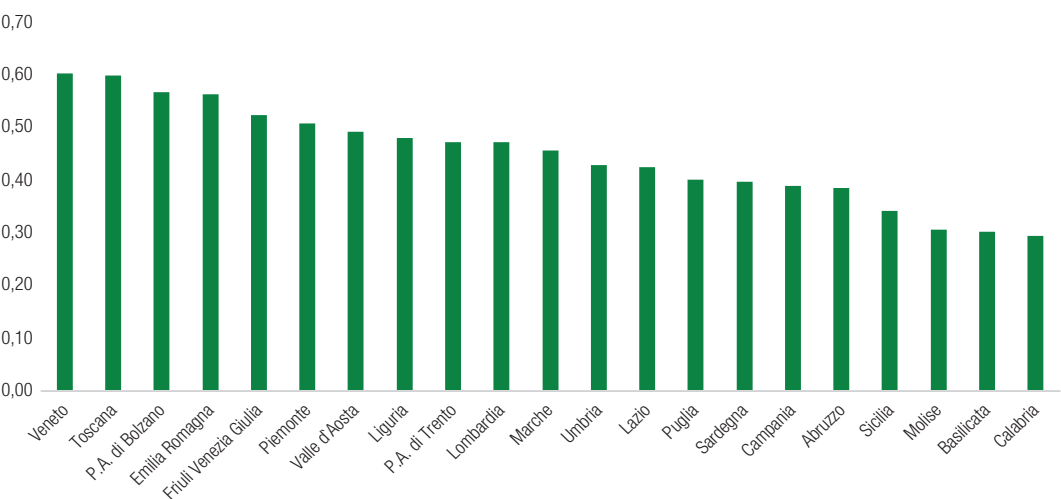


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Categoria Istituzioni

Per i rappresentanti delle Istituzioni (Figura 45), la misura di *Performance* varia dal 49% del Veneto al 16% della Calabria: si riduce quindi il *gap* fra gli estremi; si confermano le prime due posizioni rispetto al *ranking* generale, presidiate rispettivamente da Veneto e P.A. di Trento, con livelli di *Performance* pressoché simili (49% e 46%); la Liguria guadagna due posizioni, passando dalla quinta alla terza, a scapito della P.A. di Bolzano, che perde una posizione (quarta). Nelle ultime posizioni cinque Regioni si attestano su livelli di *Performance* compresi tra 25% ed il 16%: Basilicata, Puglia, Sicilia, Campania e Calabria.

Figura 45
Indice di *Performance*
Categoria Istituzioni

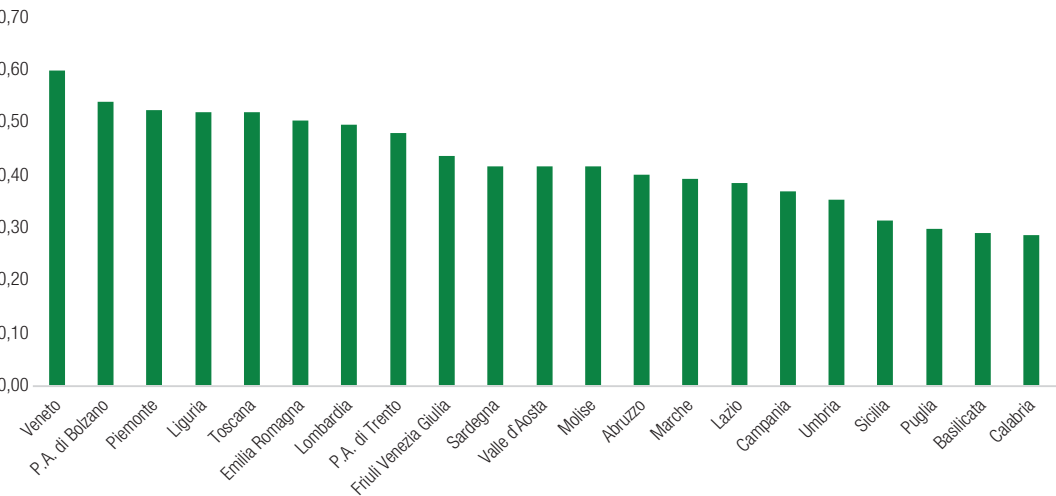


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Categoria Professioni Sanitarie

Per le Professioni Sanitarie (Figura 46) il livello di *Performance* è pressoché simile a quello del *ranking* generale: si passa dal 60% del Veneto al 28% della Calabria; Veneto, P.A. di Bolzano, Piemonte, Liguria, Toscana ed Emilia Romagna, con un livello di *Performance* compreso tra il 60% e il 50%, occupano le prime sei posizioni; seguono Lombardia e P.A. di Trento, che registrano quasi lo stesso livello di *Performance* (49% e 48% rispettivamente). Basilicata e Calabria occupano le ultime due posizioni, con un indice di *Performance* sempre inferiore al 30%.

Figura 46
Indice di *Performance*
Categoria Professioni Sanitarie

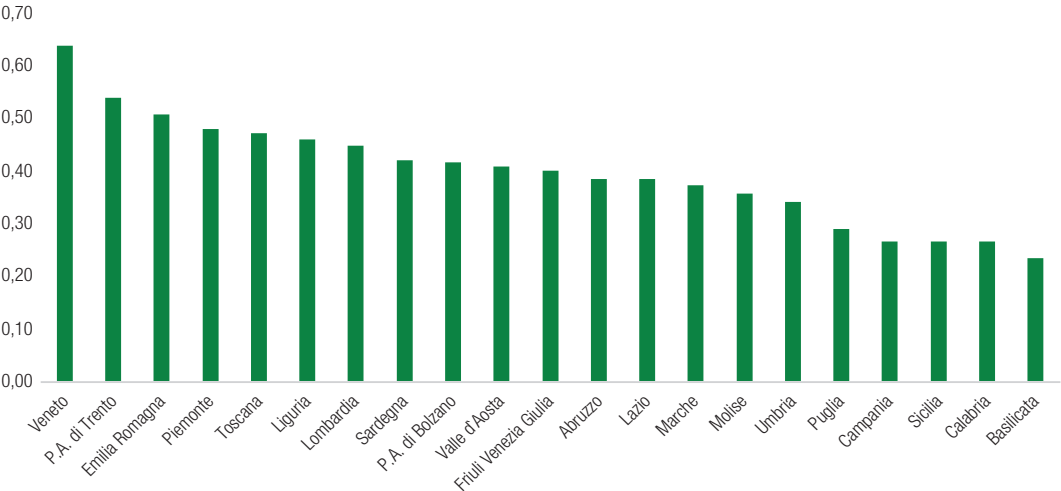


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Categoria *Management* aziendale

Per la Categoria *Management* Aziendale (Figura 47) la forbice tra la Regione più performante e quella meno è più ampia rispetto al *ranking* “generale”: si passa da un valore massimo del 63% del Veneto ad un minimo del 23% della Basilicata. Il Veneto occupa sempre la prima posizione, con un indice di *Performance* maggiore rispetto a quello raggiunto negli altri *ranking*; seguono P.A. di Trento ed Emilia Romagna con una *Performance* pari rispettivamente al 54% e 51%. All’estremo opposto troviamo Puglia, Campania, Sicilia, Calabria e Basilicata che occupano le ultime cinque posizioni con un valore dell’indice di *Performance* inferiore al 30%.

Figura 47
Indice di *Performance*
Categoria *Management* aziendale

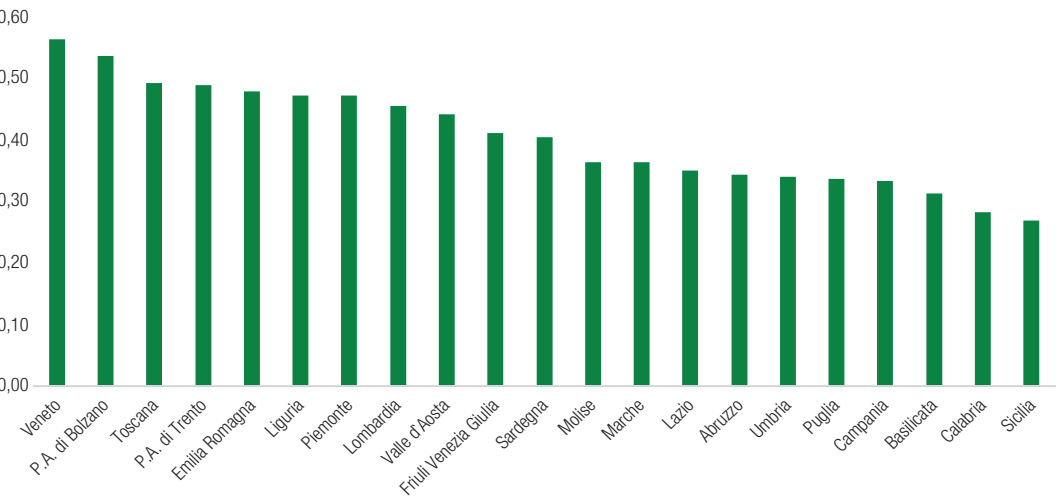


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Categoria Industria *Life Sciences*

Per i rappresentanti dell'Industria *Life Sciences* (Figura 48) la forbice del *ranking* tra la prima e l'ultima posizione si amplia, passando dal 56% del Veneto al 27% della Sicilia. Veneto e P.A. di Bolzano occupano le prime due posizioni, con un livello di *Performance* che varia dal 56% al 54%; seguono Toscana, P.A. di Trento, Emilia Romagna, Liguria, Piemonte e Lombardia, con un livello di *Performance* compreso tra il 49% e il 44%. Nelle ultime posizioni troviamo Basilicata, Calabria e Sicilia, che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 31% e il 27%.

Figura 48
Indice di *Performance*
Categoria Industria *Life Sciences*



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

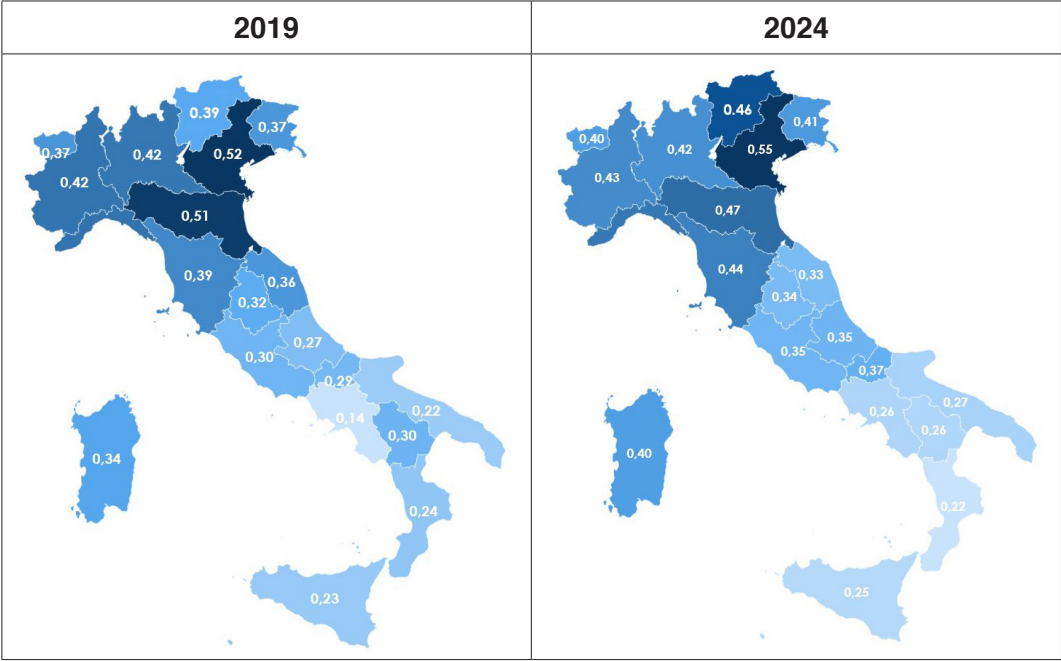
La dinamica della *Performance*

Prendendo in considerazione gli indicatori selezionati in questa edizione dello studio ed il “peso” loro attribuito, si è provveduto a calcolare le *Performance* che con questo set “di preferenze” si sarebbe determinato negli anni scorsi.

Per il 2024, mediando le *Performance* regionali, il livello medio nazionale risulta pari al 38% del valore teorico ottimale, mentre nel 2019 sarebbe stato del 35%: si conferma quindi un *trend* di miglioramento della *Performance*, sebbene rimanga lontana dai valori ottimali (Figura 49).

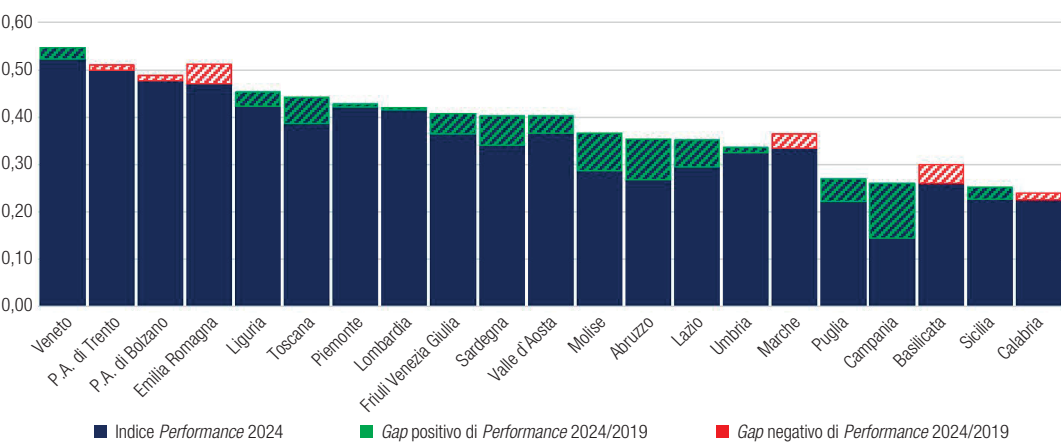
Ad analoghe valutazioni ponderando le *Performance* regionali per la rispettiva popolazione: si passa da un indice complessivo pari al 37,0% del valore teorico ottimale del 2019 ad uno pari ad uno pari al 39,7% del 2024, confermando il miglioramento (Figura 50).

Figura 49
Indici di *Performance* regionali 2019 e 2024



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Figura 50
Indice di *Performance* 2019 e 2024



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Figura 51
Indice di *Performance*: tasso% di variazione 2024/2019



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

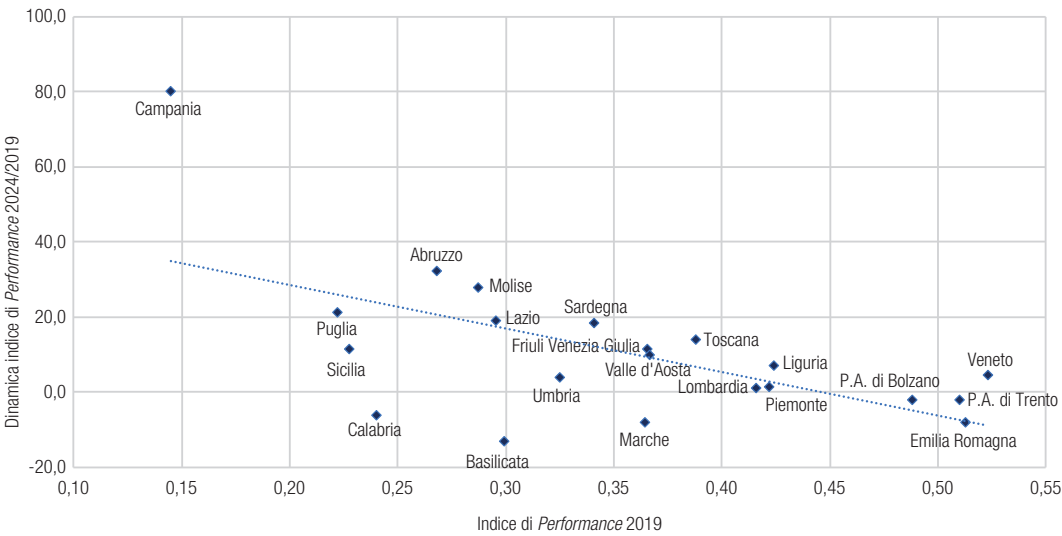
Il miglioramento dell'indice di *Performance* ha interessato tutte le ripartizioni geografiche, ma in particolare le realtà del Mezzogiorno (+0,3 p.p. in media), a seguire quelle del Centro (+0,09 p.p.) del Nord-Ovest (+0,08 p.p.) e del Nord-Est (+0,01 p.p.).

A livello regionale, in tutte si è registrato un miglioramento della *Performance* nel periodo considerato: quello maggiore si è registrato in Campania (+0,12 p.p.), seguita da Abruzzo (+0,09 p.p.) e Molise (0,08 p.p.); quello più basso in Piemonte e Lombardia, con +0,01 p.p. rispettivamente (Figura 51).

Si rimanda alle schede regionali in appendice per il dettaglio sulla dinamica regionale dei singoli indicatori.

Complessivamente si osserva una correlazione negativa (-0,45), ottenuta eliminando il valore anomalo della Campania), fra entità del miglioramento e livello di partenza della *Performance*: in altri termini i miglioramenti maggiori si sono riscontrati nelle Regioni con il più basso indice di *Performance* (Figura 52). Negli ultimi anni, quindi, sembra essersi registrato una significativa riduzione delle distanze in termini di opportunità di tutela della salute fra Sud e Nord.

Figura 52
Indice di *Performance* vs variazione 2024/2019



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

4.1. Sostenibilità dei SSR

Come anticipato, il *Panel* ha individuato delle aree che considera fondamentali per il mantenimento di condizioni di sostenibilità dei SSR; in particolare la prevenzione, l'ambiente, l'innovazione gestionale-organizzativa e l'integrazione socio-sanitaria.

Dal set dei 22 indicatori selezionati ne sono stati selezionati dal *Panel* sette, ritenuti rappresentativi delle aree che maggiormente impattano sulla sostenibilità; successivamente, con essi, sono state identificate le Regioni che si possono ritenere più "resilienti".

In particolare, sono stati scelti due indicatori scelti in quanto afferenti alla Dimensione Appropriatezza, "Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata" e "Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e *screening*)"; due afferenti alla Dimensione Esiti, "Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti" e "Qualità dell'aria (PM 2.5)"; due della Dimensione Sociale, "Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale" e "Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari" e uno per la Dimensione Innovazione, "Indice di implementazione rete oncologica".

Il criterio utilizzato per misurare la "resilienza" regionale è stato quello di identificare quelle Regioni che registrano almeno il 70% degli indicatori (cinque su sette) con un valore pari o superiore all'80% del valore corrispondente al terzo quartile della distribuzione nazionale.

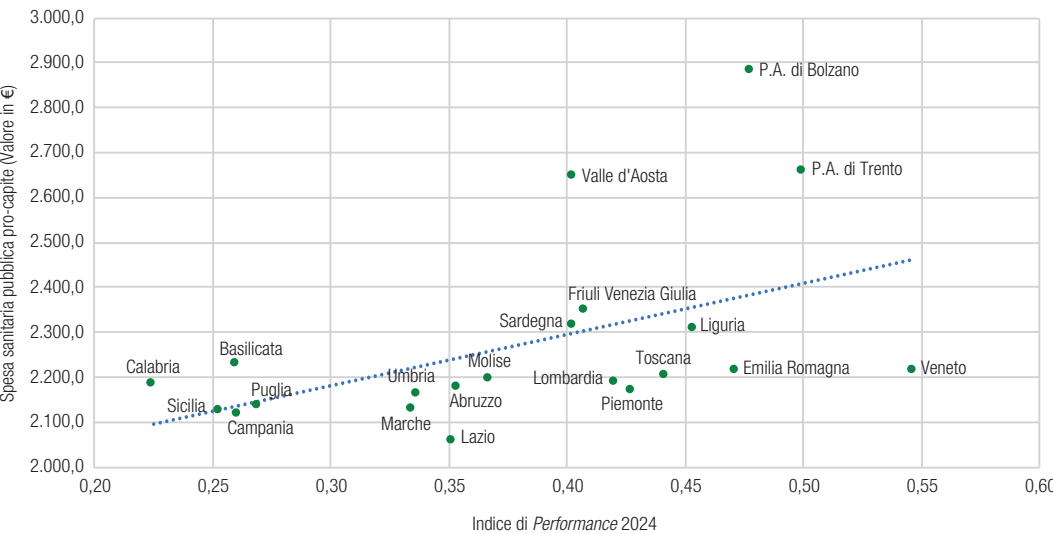
“Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Rispettano il criterio 9 Regioni, Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Abruzzo e Sardegna; tra queste Emilia Romagna, Toscana e Abruzzo hanno anche registrato un miglioramento nel medio periodo nel 70% degli indicatori selezionati.

Rimangono al di sotto, e quindi più esposte a problemi di sostenibilità, Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia. Tra queste, Friulia Venezia Giulia, Molise e Campania, hanno registrato un miglioramento nel medio periodo (2019-2024) su almeno il 70% degli indicatori.

Degno di nota, in termini di sostenibilità, è che i livelli di tutela della Salute nelle diverse Regioni aumentano con l'aumentare della spesa sanitaria pubblica pro-capite: fenomeno evidentemente indicativo di una incapienza del finanziamento pubblico per mantenere e/o incrementare ulteriormente i livelli di tutela della salute e garantire a lungo termine la sostenibilità (Figura 53).

Figura 53
Indice di *Performance* e spesa sanitaria pubblica pro-capite



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

5. Performance, Patient Reported Experience e Patient Reported Outcome

La valutazione dell'esperienza espressa dal paziente è un indicatore fondamentale per valutare la qualità dei servizi sanitari, che sta ricevendo una crescente attenzione a livello internazionale e nazionale. L'approccio, noto come *patient-centeredness*, vuole porre il paziente al centro del sistema sanitario, valorizzando le sue percezioni e preferenze come elementi chiave per migliorare l'assistenza e gli esiti clinici.

A tal fine, strumenti come i PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*) vengono sempre più utilizzati per raccogliere informazioni dettagliate sulla percezione dei pazienti riguardo a vari aspetti del loro percorso di cura. Questi strumenti, spesso somministrati tramite questionari standardizzati, permettono di valutare varie dimensioni. In Italia iniziano a realizzarsi diverse iniziative, anche su aree diverse. Senza pretesa di esaustività si cita l'esperienza dell'Istituto Sant'Anna di Pisa, che misura l'esperienza del paziente in ambito ospedaliero, distintamente per paziente adulto e pediatrico; ancora, il Progetto "Indagine sull'esperienza e gli esiti dei pazienti cronici PaRIS – *Patient-Reported Indicator Survey*", promosso dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), conclusosi nel Dicembre 2023, che ha previsto la realizzazione di un'indagine sulle cure territoriali ad assistiti con patologie croniche e professionisti sanitari, con il coinvolgimento di realtà regionali italiane quali il Veneto, la Toscana e la Puglia.

Nella consapevolezza che la misurazione dei livelli di tutela della salute non possa prescindere dall'esperienza dei pazienti/cittadini, in questa edizione dello studio abbiamo introdotto in via sperimentale una misurazione di tale esperienza nelle diverse Regioni, indagando su diversi ambiti quali:

- Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118, ecc.)
- Ricovero ospedaliero programmato
- Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione
- Prestazioni ambulatoriali
- MMG e guardia medica
- Ricoveri in residenze
- Assistenza al proprio domicilio
- Assistenza alle persone non autosufficienti
- Facilità nel reperire i farmaci.

Nello specifico è stato somministrato un questionario in modalità mista, combinando interviste telefoniche assistite da computer (CATI - *Computer-Assisted Telephone Interviewing*) e interviste autocompilare via web (CAWI - *Computer-Assisted Web Interviewing*), a un campione rappresentativo della popolazione italiana.

Il campione è stato stratificato per Regione, età e genere, al fine di garantire una rappresentazione fedele della distribuzione demografica nazionale. Ai fini della significatività statistica del dato raccolto, le Regioni piccole sono state accorpate a quelle confinanti: nello specifico la Basilicata alla Puglia, il Molise all'Abruzzo, la Valle d'Aosta al Piemonte, la P.A. di Trento alla P.A. di Bolzano.

Il questionario sui PREMs è stato integrato da una sezione PROMs (*Patient Reported Outcome Measures*).

Nello specifico è stato integrato con una rilevazione della qualità della vita legata alla

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

salute (HRQoL).

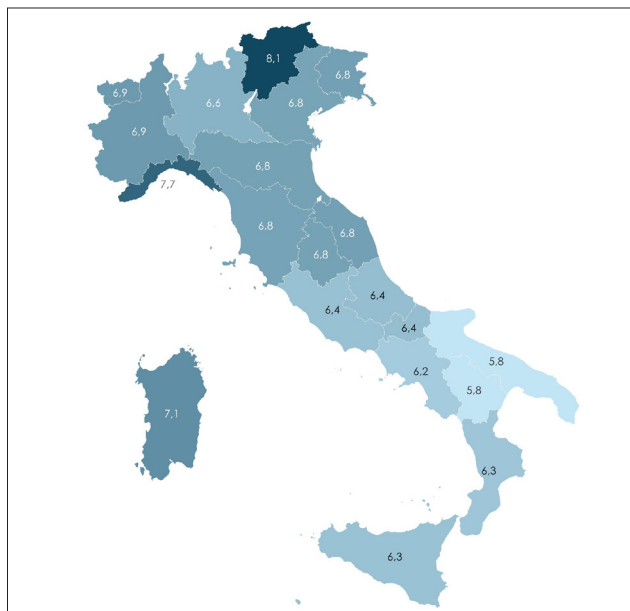
In particolare, nella prima parte della *survey* sono state indagate le opinioni degli intervistati sulle loro esperienze riguardanti nove aree di servizio del SSN (scala di soddisfazione da 0 a 10).

L'esperienza dei pazienti con i servizi del SSN è stata sintetizzata mediante la media dei punteggi ottenuti a livello regionale sulle nove aree di servizio sopra riportate.

Si tratta, in pratica, di un indice di soddisfazione medio che a livello regionale varia da un valore massimo, pari a 8,1 (ricordiamo la scala 0-10), ottenuto dal Trentino Alto Adige, ad uno minimo, pari a 5,8, di Puglia e Basilicata, con un valore mediano di 6,8.

A livello di ripartizione geografica il valore più elevato si registra nel Nord-Est (6,9), seguito dal Nord-Ovest (6,8), dal Centro (6,6) e, infine, dal Mezzogiorno (6,3) (Figura 54).

Figura 54
Indice di soddisfazione dei cittadini per il SSR

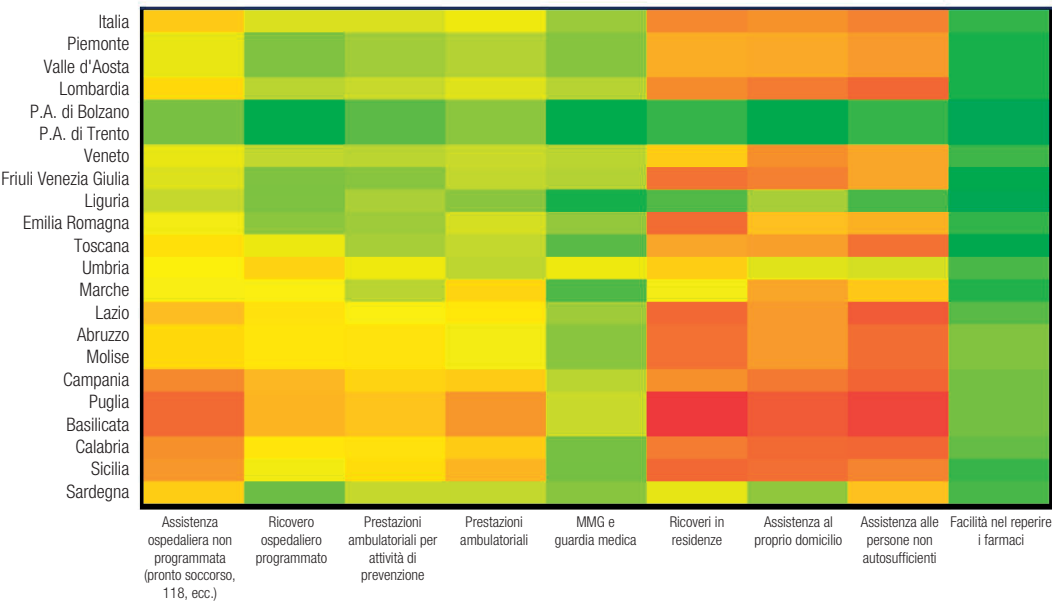


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Considerando le singole aree prese in analisi (Figura 54), per l'area "Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118, ecc.)" si passa da un valore massimo, pari a 7,5, del Trentino Alto Adige, ad uno minimo, pari a 5,3, di Puglia e Basilicata, a fronte di un valore mediano di 6,4. Per l'area "Ricovero ospedaliero programmato", si registra il valore massimo, pari a 8,4, in Trentino Alto Adige e quello minimo, pari a 6,1, in Puglia e Basilicata, con un valore mediano pari a 6,7. Il punteggio medio per l'area "Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione (vaccinazione, *screening*, ecc.)" oscilla tra un

valore massimo, pari a 7,8, del Trentino Alto Adige, e uno minimo, pari a 6,3, di Puglia e Basilicata, a fronte di un valore mediano di 7,0. Per quanto concerne l'area "Prestazioni ambulatoriali (visite, analisi di laboratorio, diagnostica ecc.)", il punteggio medio varia da un massimo, pari a 7,4, in Trentino Alto Adige ad uno minimo, pari a 5,9 in Puglia e Basilicata, con un valore mediano pari a 6,8. Per l'area "Medico di famiglia, guardia medica, ecc." si passa da un valore massimo, pari a 8,4, del Trentino Alto Adige, e uno minimo, pari a 6,7, dell'Umbria, a fronte di un valore mediano di 7,4. Il punteggio medio per l'area "Ricoveri in residenze" oscilla tra un valore massimo, pari a 8,0, del Trentino Alto Adige, e uno minimo, pari a 4,5, di Puglia e Basilicata, a fronte di un valore mediano di 5,8. Considerando l'area "Assistenza al proprio domicilio", si registra il valore massimo, pari a 8,6, in Trentino Alto Adige e quello minimo, pari a 5,1, in Puglia e Basilicata, con un valore mediano pari a 5,9. Il punteggio medio per l'area "Assistenza alle persone non autosufficienti" varia da un valore massimo, pari a 8,0, in Trentino Alto Adige ad uno minimo, pari a 4,8, in Puglia e Basilicata, con un valore mediano pari a 5,8. Infine, per l'area "Facilità nel reperire i farmaci" si passa da un valore massimo, pari a 8,9, del Trentino Alto Adige, ad uno minimo, pari a 7,5, di Abruzzo e Molise, a fronte di un valore mediano di 8,0 (Figura 55).

Figura 55
Indice medio, per Regione ed Area



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

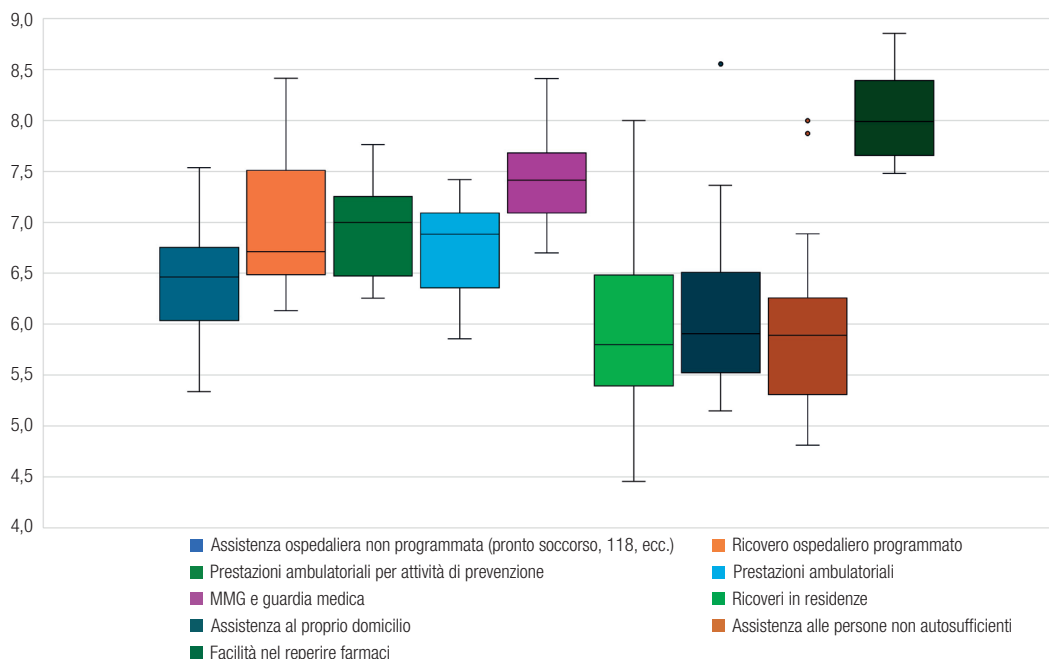
Analizzando la variabilità infraregionale (Figura 56), misurata tramite la differenza interquartile, si osserva che le aree con maggiore disomogeneità sono l'area "Ricovero ospedaliero programmato", con una differenza pari a 1,0, e quelle relative all'assistenza:

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

“Ricoveri in residenze”, “Assistenza al proprio domicilio” e “Assistenza alle persone non autosufficienti”, con valori rispettivi di 0,9, 0,7 e 0,9. Inoltre, in queste stesse aree assistenziali, la mediana dei punteggi è inferiore alla sufficienza, attestandosi su valori di 5,8, 5,9 e 5,8.

Al contrario, la variabilità è più contenuta nelle aree “Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118, ecc.)”, “MMG e guardia medica” e “Facilità nel reperire i farmaci”, con valori rispettivamente pari a 0,6, 0,5 e 0,5. In queste tre aree, così come in “Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione”, tutte le Regioni registrano punteggi superiori alla sufficienza.

Figura 56
Indice di soddisfazione, per area

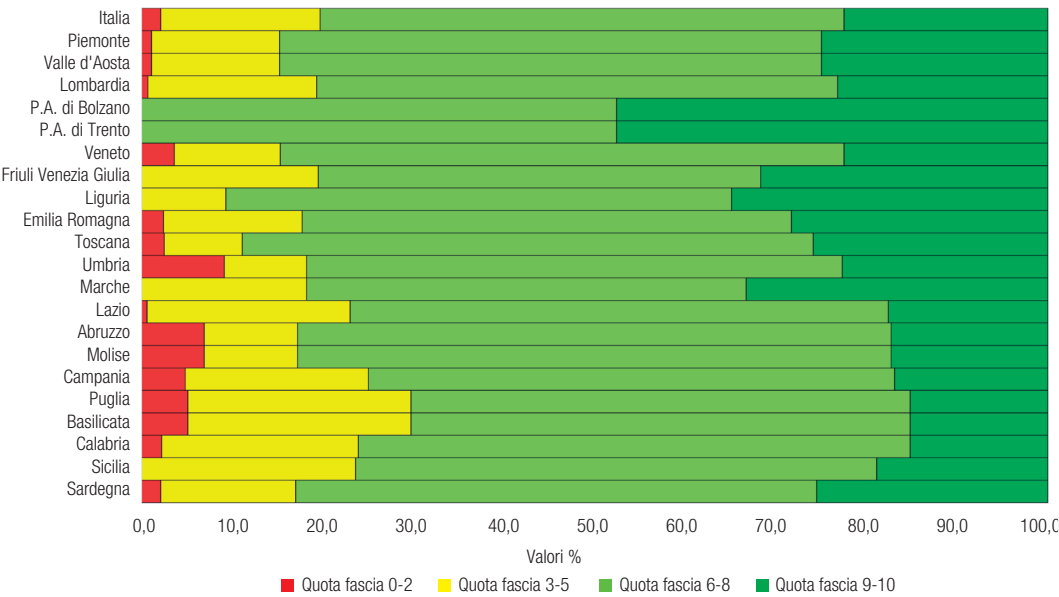


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Raggruppando i punteggi ottenuti in quattro fasce (0-2: estremamente insoddisfatti; 3-5: insoddisfatti; 6-8: soddisfatti; 9-10: estremamente soddisfatti) si osserva come il Trentino Alto Adige risulta l'unica Regione dove tutti i cittadini rispondenti sono soddisfatti o estremamente soddisfatti in tutte le aree considerate. L'Umbria registra la quota più alta (9,1%) di intervistati estremamente insoddisfatti (punteggio 0-2), mentre Puglia e Basilicata sono le Regioni con più intervistati insoddisfatti o estremamente insoddisfatti (punteggio inferiore a 5): rispettivamente, 5,1% e 24,6%. A livello di ripartizione geografica, è evidente la minore soddisfazione degli intervistati del Mezzogiorno rispetto al resto d'Italia: il

75,6% degli intervistati risulta soddisfatto o estremamente soddisfatto contro l'84,2% del Nord-Est, l'82,7% del Nord-Ovest e l'81,1% del Centro (Figura 57).

Figura 57
Quota % di cittadini, per livello di soddisfazione



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

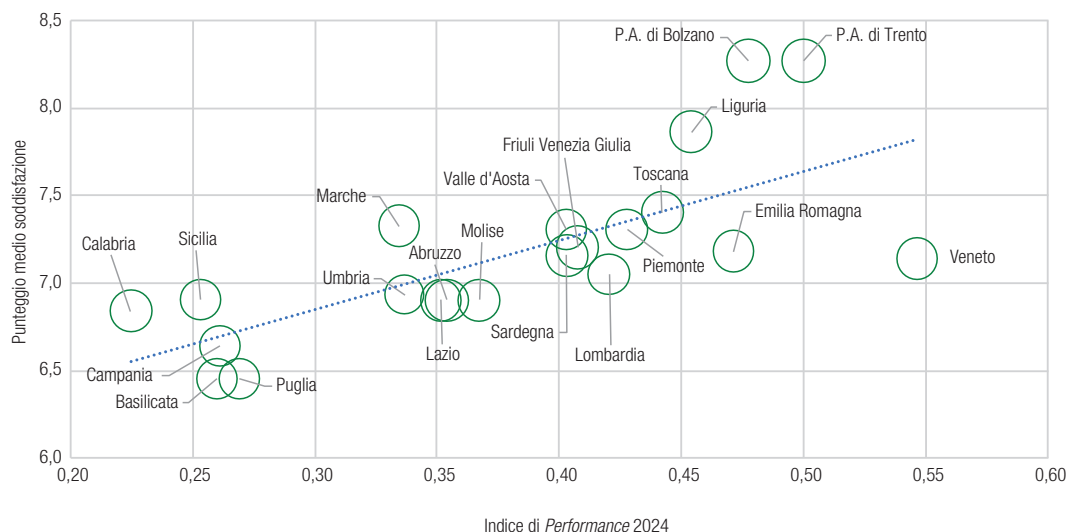
Mettendo in relazione l'indice di *Performance* ed il livello di soddisfazione dei cittadini/pazienti si osserva una significativa correlazione positiva (0,73), a dimostrazione che la migliore *Performance* “produce” *customer satisfaction*.

Aggiungiamo che anche in Regioni con bassi indici di *Performance* si osserva un discreto livello di soddisfazione dei cittadini: il fenomeno può avere varie spiegazioni. Una è legata alla percezione degli esiti: in alcune di queste Regioni (come si vedrà a seguire) si registra una qualità della vita correlata alla salute anche maggiore che in Regioni con livelli di *Performance* superiori, significativa del fatto che viene percepito un buon livello di esiti anche in presenza di *Performance* insoddisfacenti.

In altri termini, si determinerebbe una compensazione fra esiti di salute percepiti e soddisfazione (Figura 58), nel senso che anche in presenza di *Performance* scadenti non “crolla” la soddisfazione.

Altra possibile spiegazione proponibile riteniamo sia quella legata alle diverse aspettative dei cittadini: nelle Regioni che registrano minori *Performance* potrebbe determinarsi una minore attesa sui servizi e quindi una maggiore benevolenza nel giudizio sull'esperienza vissuta usufruendone.

Figura 58
Indice di *Performance*, Indice di soddisfazione dei cittadini e HRQoL



Nota: L'area delle bolle è proporzionale all'HRQoL

Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Analizzando il fenomeno per aree specifiche, si conferma una elevata correlazione fra l'indice di *Performance* e l'indice soddisfazione: in particolare per le “Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione” (0,84), i “Ricoveri ospedalieri programmati” (0,77) e l’“Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118, ecc.)”, con un valore di 0,72. La correlazione è invece bassa, pari a 0,38, con i servizi di “Assistenza alle persone non autosufficienti”.

Nel complesso, la correlazione è forte tra l'indice di *Performance* e il livello di soddisfazione per le aree assistenziali ospedaliere (0,79) ed ambulatoriali (0,80) e bassa per le aree del sociale e della non autosufficienza (0,55), ed intermedia per l'assistenza primaria e l'accesso al farmaco (0,64).

Si noti che dove la correlazione è minore la ragione risiede nel fatto che sostanzialmente tutte le Regioni performano omogeneamente male; anche nei casi intermedi il livello di *Performance* è omogeneo fra le Regioni.

In altri termini, la correlazione fra i due indici dipende dalle diverse *Performance* nell'attività ospedaliera, perché solo in questo segmento assistenziale le Regioni presentano risultati significativamente diversi fra loro.

Nella seconda parte del questionario, è stato somministrato lo strumento EQ-5D-5L, che misura la percezione individuale dello stato di salute in cinque dimensioni, mobilità, cura di sé, attività abituali, dolore o fastidio, ansia o depressione; per ciascuna dimensione sono previsti cinque livelli di risposta che indicano l'assenza o la presenza di difficoltà o disagi di diversa intensità. Nel presente studio, è stato utilizzato l'adattamento italiano

realizzato dal Gruppo EuroQoL (*Rabin & De Charro, 2001*). L'algoritmo di *Finch et al.* (2022), sviluppato per la popolazione italiana, è stato poi utilizzato per esprimere la HR-QoL in termini di QALY (*Quality Adjusted Life Years*).

Per quanto concerne la HRQoL, si passa dal valore migliore, pari a 0,938 QALY, ancora nel Trentino Alto Adige, al peggiore (pari a 0,840 QALY) dell'Umbria, a fronte di un valore mediano di 0,890 QALY. A livello di ripartizione geografica si riscontra relativa omogeneità: il valore più elevato si registra nel Nord-Ovest e nel Nord-Est (per entrambi pari a 0,891 QALY), seguiti dal Centro (0,889 QALY) e, infine, dal Mezzogiorno (0,882 QALY) (Figura 59).

Considerando che l'età media degli intervistati è di 59 anni (variando a livello regionale fra 55 e 68 anni), si può apprezzare come la HRQoL elicitata sia sostanzialmente allineata (inferiore di 0,017 QALY) a quella elicitata da *Scalone et al.* (2015) per la popolazione italiana nella fascia di età 56-65 anni.

Figura 59
Qualità della vita (utilità HRQoL)



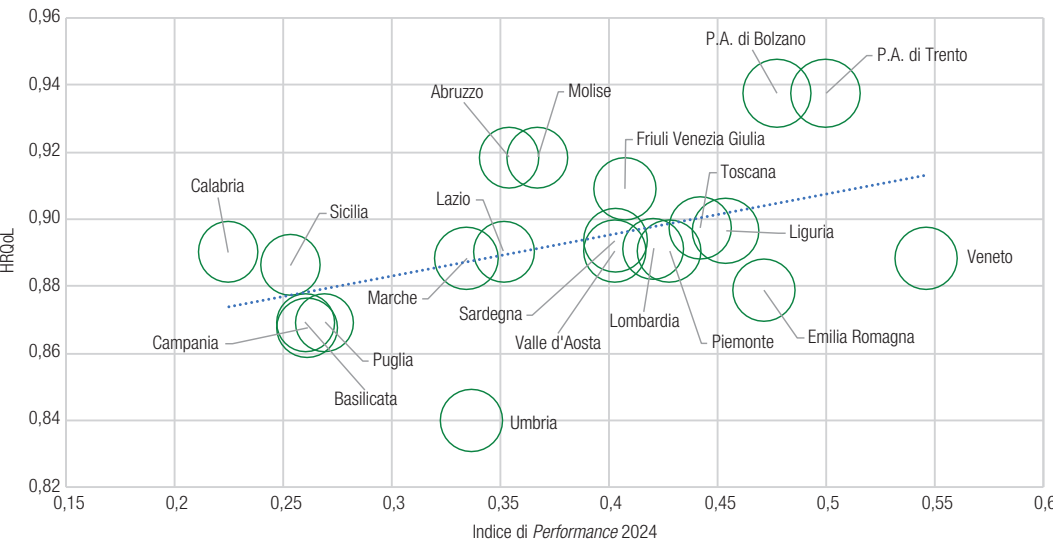
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Da ultimo, notiamo come la correlazione tra indice di *Performance* e qualità della vita correlata alla salute (0,48), pur positiva, è inferiore a quella registrata per i PREMs; questo risultato sembra indicare che la misura della *Performance* elaborata è più legata a indicatori oggettivi (di esito e accesso) che non alla percezione soggettiva dei cittadini del proprio stato di salute: peraltro questa valutazione è supportata dal fatto che la salute

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

dipende da una congerie di fattori, fra cui le caratteristiche sociali, culturali, economiche dei cittadini (Figura 60).

Figura 60
Indice di *Performance*, HRQoL e soddisfazione dei cittadini



Nota: L'area delle bolle è proporzionale alla soddisfazione dei cittadini
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

6. Riflessioni conclusive

La XIII edizione dello studio sulle *Performance* Regionali condotto dal C.R.E.A. Sanità, in collaborazione con un *Panel* composto da 107 *stakeholder* del SSN afferenti a diverse aree di interesse (Istituzioni, Utenti/Cittadini, *Management* aziendale, Professioni Sanitarie, Industria *Life Sciences*), confermando il focus sulla valutazione delle opportunità di tutela della Salute offerte nelle Regione italiane, si è arricchita di valutazioni sulla dinamica della *Performance* e della sua correlazione con l'esperienza di accesso ai servizi dei cittadini (*Customer Satisfaction*) e la loro qualità di vita legata alla salute.

L'indice complessivo di *Performance* che si determina oscilla da un massimo del 55% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) del Veneto ad un minimo del 23% della Regione Calabria.

Si conferma, al netto delle differenze fra Regioni, la distanza delle *Performance* da quelle potenzialmente ottimali, fenomeno già emerso nelle precedenti edizioni dello studio; quest'anno la distanza è ancora aumentata per effetto del fatto che sembrano cresciute le aspettative dei componenti del *Panel*: per confronto, se alle determinazioni migliori degli indicatori il *Panel* avesse assegnato piena soddisfazione la *Performance* del Veneto salirebbe ad un livello pari al 69% di quella massima teoricamente raggiungibile.

In termini relativi, il divario nella valutazione attribuita alle Regioni che si posizionano agli estremi del *range*, rimane decisamente rilevante, con un terzo delle Regioni che non supera un livello pari al 40% del massimo ottenibile.

Qualitativamente, nel *ranking* si identificano quattro gruppi di Regioni: due Regioni (Veneto e P.A. di Trento), raggiungono livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre, con un indice di *Performance* che supera il 50% di quella massima (rispettivamente 55% e 50%).

Nel secondo gruppo, troviamo sei Regioni con livelli dell'indice di *Performance* abbastanza omogenei, compresi tra il 48% ed il 42%: P.A. di Bolzano, Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Piemonte e Lombardia.

Nel terzo gruppo si attestano Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Valle d'Aosta, Molise, Abruzzo, Lazio, Umbria e Marche, con livelli di *Performance* compresi nel *range* 33-41%.

Infine, cinque Regioni, Puglia, Campania, Basilicata, Sicilia e Calabria, si attestano su livelli di *Performance* inferiori al 28% del massimo raggiungibile.

Concentrando l'attenzione sulle valutazioni delle *Performance* per categoria di *stakeholder*, osserviamo che per le Istituzioni il Veneto, la P.A. di Trento e Liguria sono le realtà dove si ritiene che i cittadini abbiano le maggiori opportunità di tutela socio-sanitaria; per le Professioni sanitarie il Veneto, la P.A. di Bolzano, il Piemonte e la Liguria. Per i rappresentanti del *Management* aziendale il Veneto, la P.A. di Trento, l'Emilia Romagna ed il Piemonte; per gli Utenti le PP.AA. di Trento e Bolzano ed il Veneto; infine, per l'Industria sono Veneto, PP.AA. di Bolzano e Trento e Toscana sono le prime quattro realtà con le maggiori opportunità di tutela della Salute.

In termini di determinanti della *Performance*, si osserva come le tre Dimensioni dell'Appropriatezza, Esiti ed Equità contribuiscano per oltre il 60% alla *Performance*: rispettivamente per il 24,3%, 24,3% e 15,2%; segue la Dimensione Sociale (12,8%); le Dimensioni Innovazione ed Economico-finanziaria, contribuiscono rispettivamente per il 12,2% ed il 11,2%.

Rispetto alla precedente edizione si registra una riduzione del "peso" associato alle Dimensioni Sociale e Appropriatezza, a fronte di un aumento del contributo dell'Equità, quest'ultima in modo importante per gli Utenti; è cresciuto anche il peso della dimen-

“Livelli di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

sione economica per tutte le Categorie ad esclusione del *Management*, evidentemente rassegnato a dover governare nel “nuovo” scenario di carenza di risorse. La riduzione del contributo del sociale alla *Performance* per tutte le Categorie di *stakeholder* potrebbe essere in parte attribuibile all'assenza di un disegno di reale integrazione del sociale nel PNRR, che ha previsto due missioni distinte (5 e 6), ed in parte alla consapevolezza dell'esistenza di un livello di risorse per la funzione insufficienti a consentire di estendere il sistema verso il sociale.

Per il *Management* aziendale è continuato ad aumentare il peso degli Esiti a fronte di una riduzione di quello della Dimensione economica, fenomeno attribuibile alle difficoltà gestionale con risorse (in senso lato) limitate. Si conferma anche quest'anno una complessiva maggior soddisfazione da parte del *Management* e delle Professioni sanitarie per i livelli di risultato raggiunti nelle Regioni “migliori”: aspetto interpretabile come una consapevolezza di aver fatto il massimo possibile con le risorse disponibili; gli Utenti continuano ad essere più critici soprattutto verso le realtà “peggiori”.

Analizzando nello specifico le informazioni desumibili a livello di singoli indicatori, va notato che la presa in carico extra-ospedaliera dei cronici ha ricevuto una particolare attenzione da parte del *Panel*, secondo il quale però non si raggiungono ancora valori di *Performance* “soddisfacenti”, neppure nelle Regioni con i “migliori” risultati.

Malgrado i livelli della *Performance* rimangano complessivamente distanti dai valori ottimali, si può osservare come nel periodo 2019-2024 si sia registrato un miglioramento dell'indice complessivo di *Performance*, la cui media fra le Regioni passa dal 35% al 38%: il miglioramento ha interessato tutte le ripartizioni geografiche, ma in particolare le realtà del Mezzogiorno (+0,38 p.p. in media), a seguire quelle del Centro (+0,09 p.p.), del Nord-Ovest (+0,08 p.p.) e del Nord-Est (+0,01 p.p.).

In altri termini, il miglioramento nel periodo è stato inversamente proporzionale ai livelli di *Performance* di partenza, essendo migliorati gli indici soprattutto nelle Regioni che partivano con più bassi livelli di *Performance*.

Da una parte si assiste ad una progressiva riduzione delle disparità nelle opportunità di tutela della salute fra le Regioni (per lo più in termini di riduzione del gradiente Meridione/Settentrione); dall'altra, il fatto che, anche a fronte di *Performance* che il *Panel* ritiene ancora lontane dai valori ottimali, le Regioni con *Performance* migliori riescano a migliorare ulteriormente solo in modo marginale sembra indicare l'esistenza di limiti strutturali nell'attuale assetto del sistema sanitario e, probabilmente delle risorse disponibili.

A tal proposito, una analisi specificatamente condotta per valutare la “resilienza” delle Regioni in termini di sostenibilità nel medio periodo, restituisce solo nove Regioni, Piemonte, Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Abruzzo che hanno superato i criteri predefiniti (oltre il 70% di indicatori con un valore pari o superiore all'80% del valore corrispondente al terzo quartile).

Tra queste Regioni, Emilia Romagna, Toscana e Abruzzo, hanno anche registrato un miglioramento nel medio periodo nel 70% degli indicatori selezionati.

Come anticipato, quest'anno è stata effettuata una *survey* su un campione rappresentativo della popolazione italiana, al fine di misurare l'esperienza maturata dai cittadini (*Patient Reported Experience Measurements* - PREMs) in termini di accesso ai Servizi Sanitari Regionali, e anche la loro qualità di vita correlata alla salute (HRQoL).

La soddisfazione dei cittadini per i servizi sanitari oscilla da un punteggio massimo di 8,3 (scala 0-10), ottenuto dal Trentino Alto Adige, ad uno minimo, pari a 6,5, di Puglia e Basilicata, con un valore mediano di 7,1, e risulta essere positivamente correlata con il livello di tutela della salute determinato (indice di *Performance*), a dimostrazione che la

migliore *Performance* “produce” *Customer Satisfaction*.

Anche in Regioni con bassi indici di *Performance* si osserva un discreto livello di soddisfazione dei cittadini: il fenomeno può avere varie spiegazioni. Una è legata alla percezione degli esiti: in alcune di queste Regioni si registra una qualità della vita correlata alla salute anche maggiore che in Regioni con livelli di *Performance* superiori, significativa del fatto che viene percepito un buon livello di esiti anche in presenza di *Performance* insoddisfacenti.

In altri termini, si determinerebbe una compensazione fra esiti di salute percepiti e soddisfazione, nel senso che anche in presenza di *Performance* scadenti non “crolla” la soddisfazione.

Altra possibile spiegazione proponibile riteniamo sia quella legata alle diverse aspettative dei cittadini: nelle Regioni che registrano minori *Performance* potrebbe determinarsi una minore attesa sui servizi e quindi una maggiore benevolenza nel giudizio sull'esperienza vissuta usufruendone.

Nel complesso, la correlazione è forte tra l'indice di *Performance* e il livello di soddisfazione per le aree assistenziali ospedaliere (0,79) ed ambulatoriali (0,80) e bassa per le aree del sociale e della non autosufficienza (0,55), ed intermedia per l'assistenza primaria e l'accesso al farmaco (0,64).

Dove la correlazione è minore la ragione risiede nel fatto che sostanzialmente tutte le Regioni performano omogeneamente male; anche nei casi intermedi il livello di *Performance* è omogeneo fra le Regioni.

In altri termini, la correlazione fra i due indici dipende dalle diverse *Performance* nell'attività ospedaliera, perché solo in questo segmento assistenziale le Regioni presentano risultati significativamente diversi fra loro.

Per quanto concerne la qualità di vita correlata alla salute, si passa dal valore migliore pari a 0,938 QALY ancora nel Trentino Alto Adige, al peggiore (pari a 0,840 QALY) dell'Umbria, a fronte di un valore mediano di 0,890 QALY.

La correlazione tra indice di *Performance* e qualità della vita correlata alla salute (0,48), pur positiva, è inferiore a quella registrata per i PREMs; questo risultato sembra indicare che la misura della *Performance* elaborata è più legata a indicatori oggettivi (di esito e accesso) che non alla percezione soggettiva dei cittadini del proprio stato di salute: peraltro questa valutazione è supportata dal fatto che la salute dipende da una congerie di fattori, fra cui le caratteristiche sociali, culturali, economiche dei cittadini.

In conclusione, si confermano livelli di *Performance* ancora distanti dai valori ottimali, anche se in miglioramento; si conferma anche la distanza (e le posizioni relative) fra le Regioni, sebbene si assista ad un *trend* di riduzione dei *gap*.

Le risorse sembrano essere un vincolo che impatta significativamente sulla possibilità di migliorare le *Performance*, e meno della metà delle Regioni supera il *check* effettuato per misurare la loro resilienza in termini di sostenibilità di medio-periodo.

L'indagine condotta su un campione rappresentativo della popolazione italiana ci conforta sulla importanza di misurare la *Performance* per supportare le politiche sanitarie: di dimostra, infatti, che la *Performance* genera *Customer Satisfaction*; è interessante notare che invece la correlazione è minore con la salute percepita a dimostrazione che questa dipende da una congerie di fattori, fra cui le caratteristiche sociali, culturali, economiche dei cittadini e non solo dal livello dei servizi e del contesto.

Se mai ce ne fosse stato bisogno, gli esiti dell'edizione 2025 dello studio, confermano la complessità della materia e la multidimensionalità dei fenomeni che incidono sulla reale capacità di tutela della salute.



SCHEDE REGIONI





Guida alla lettura

Nelle pagine che seguono presentiamo delle schede regionali (una per Regione) contenenti l'indice di *Performance*, complessivo e per singola categoria di *stakeholder*, nonché una rappresentazione grafica sintetica dei "livelli" degli indicatori, standardizzata per il "peso" medio attribuito da tutti gli *stakeholder*.

Nello specifico, quest'ultima è costituita da sei barre, una per ognuna delle Dimensioni di valutazione della *Performance*: Appropriatezza, Equità, Sociale, Esiti, Economico-finanziario ed Innovazione; la lunghezza della barra fornisce una misura del contributo della Dimensione alla *Performance*.

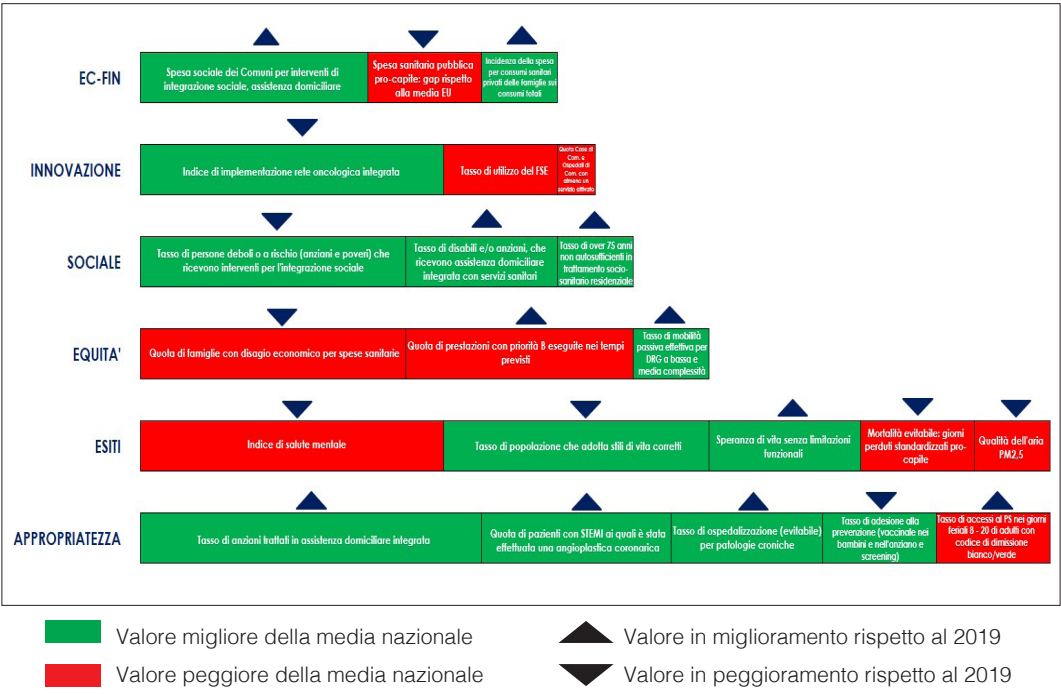
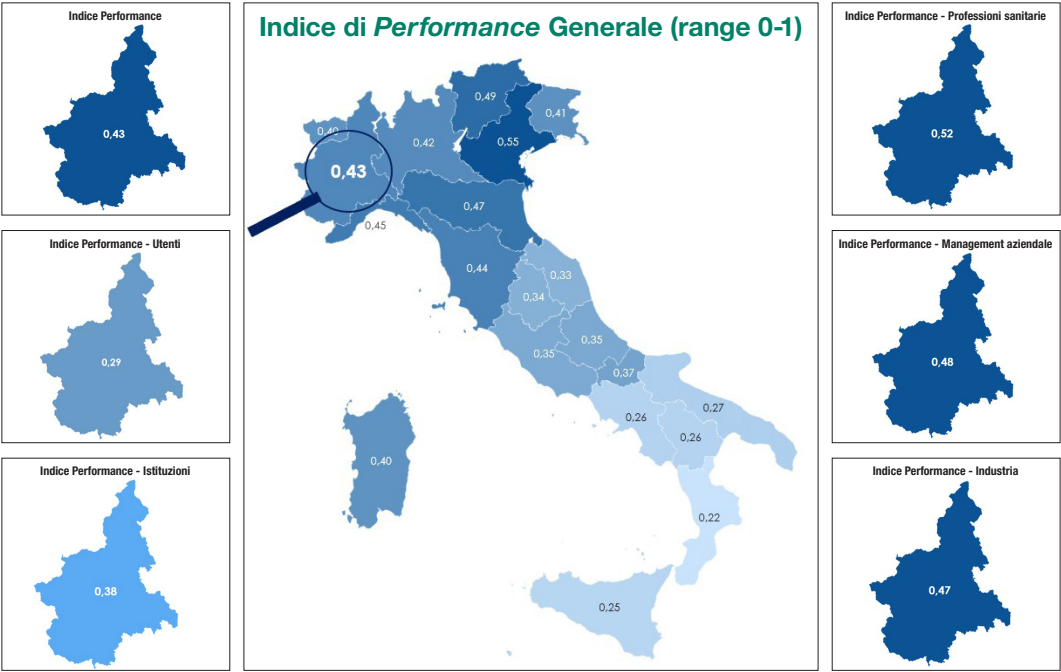
Ogni barra è suddivisa in tre, quattro o cinque parti, una per ogni indicatore rappresentativo della Dimensione, anch'esse di lunghezza proporzionale al peso dell'indicatore nella specifica Dimensione e quindi nella *Performance* complessiva.

I valori degli indicatori sono stati associati a due colori differenti: verde se il valore è migliore della media nazionale e rosso se è peggiore.

Per tutti gli indicatori è stata altresì indicata la dinamica; in particolare, il triangolo rivolto verso l'alto è indicativo di un miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno 2019, quello verso il basso di un peggioramento. L'assenza del triangolo è indicativa di una sostanziale invarianza (variazioni entro il 5%) del valore.

Per ogni Regione, è stato riportato il punteggio medio di soddisfazione dei cittadini, in un *range* 0 -10, anche distintamente per nove aree selezionate.

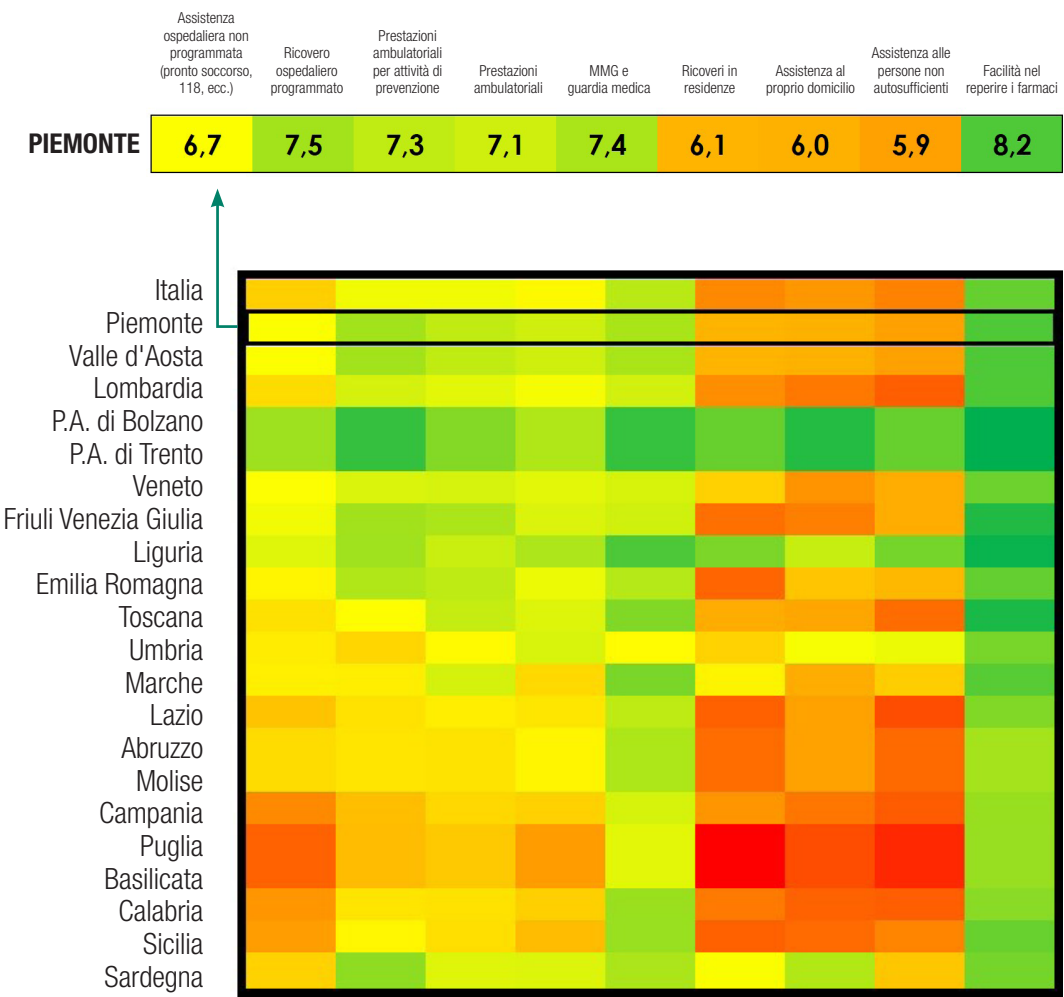
LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



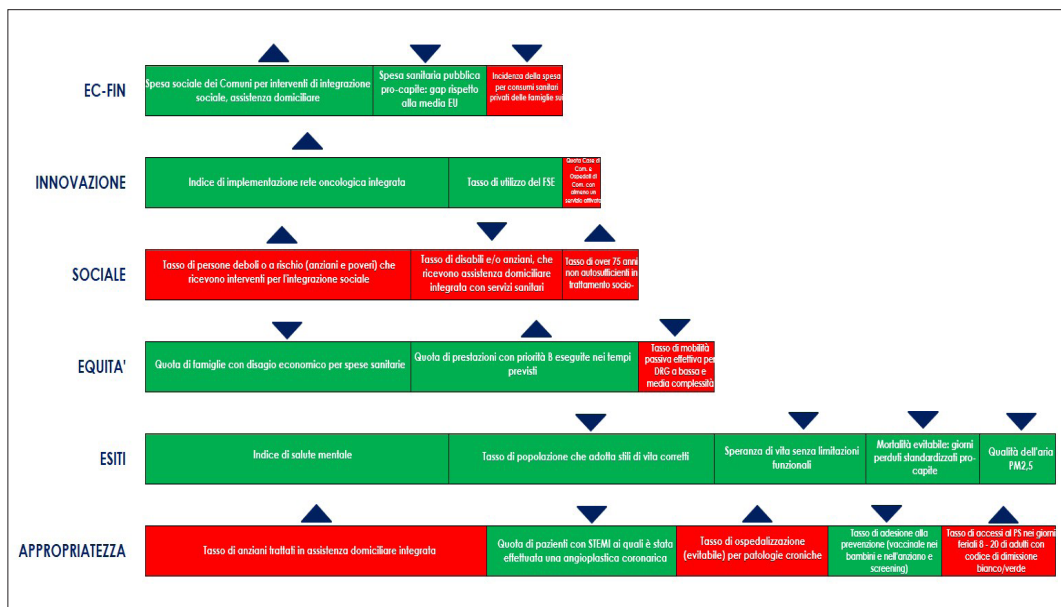
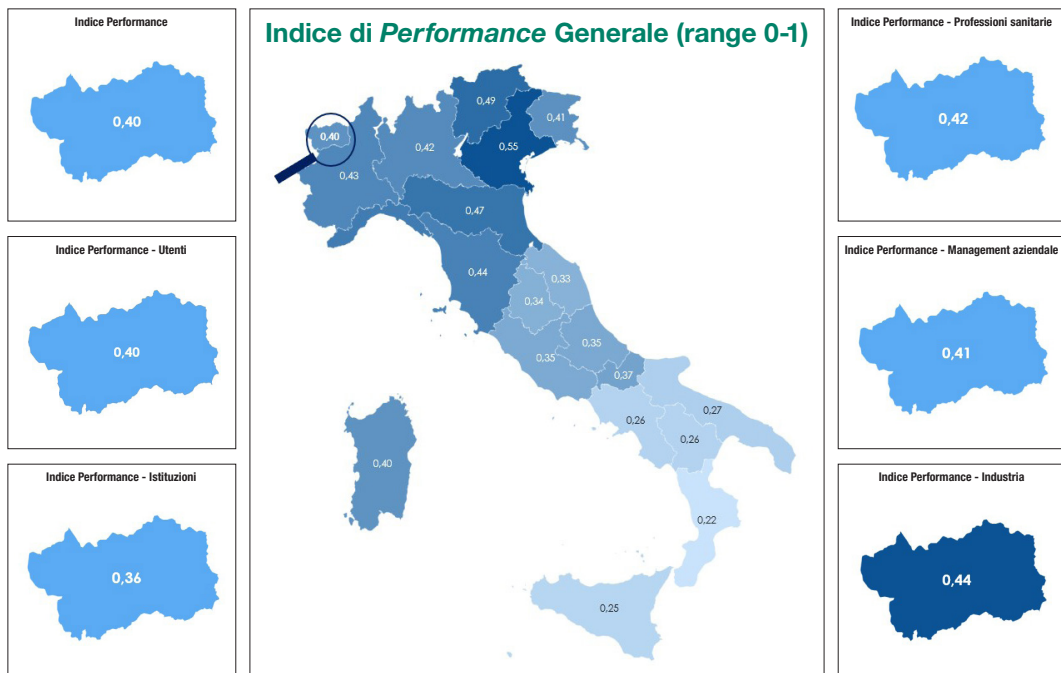
LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

Punteggio medio



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



Valore migliore della media nazionale

Valore peggiore della media nazionale

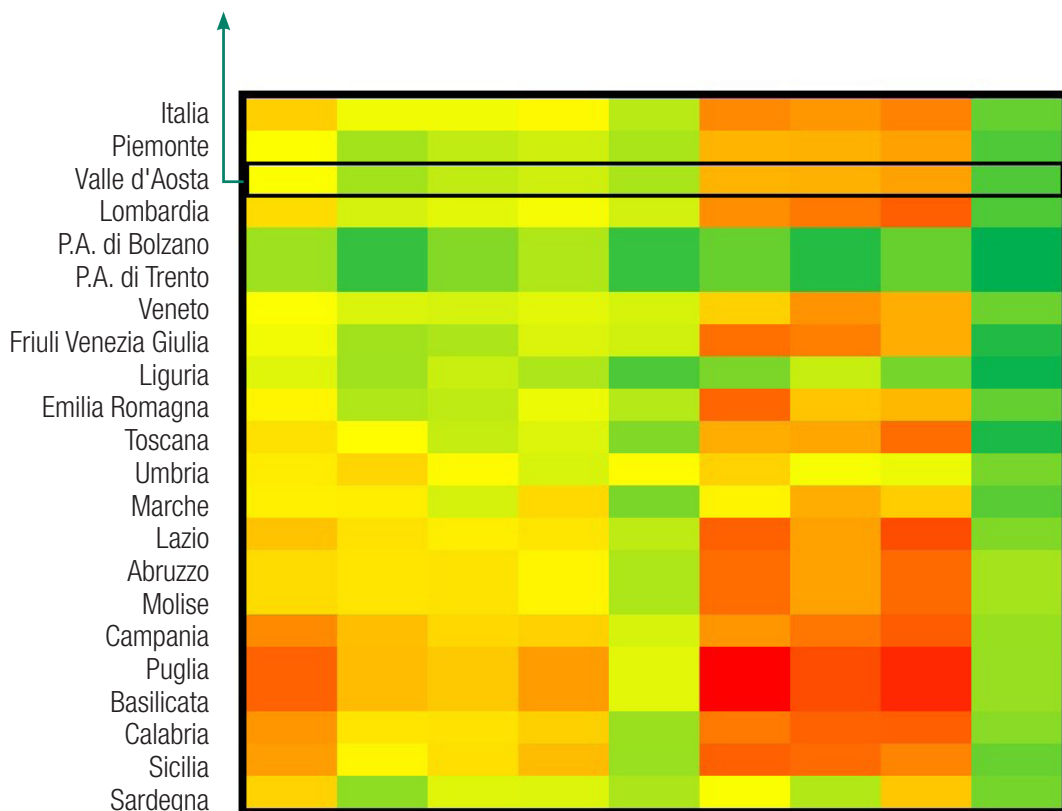
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

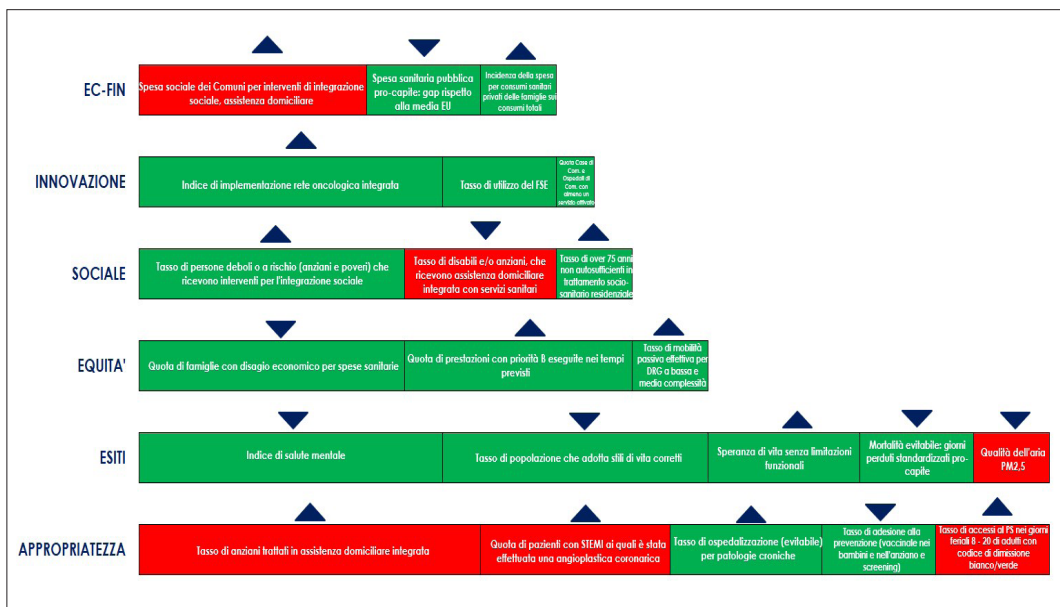
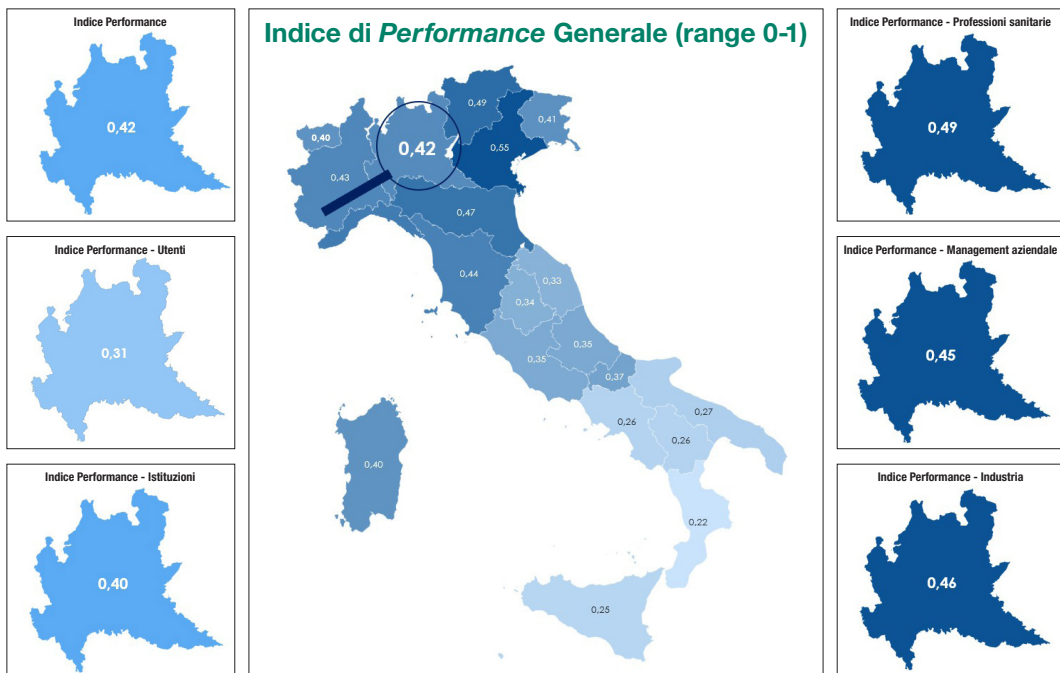
(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti)

Punteggio medio

6,9



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



Valore migliore della media nazionale

Valore peggiore della media nazionale

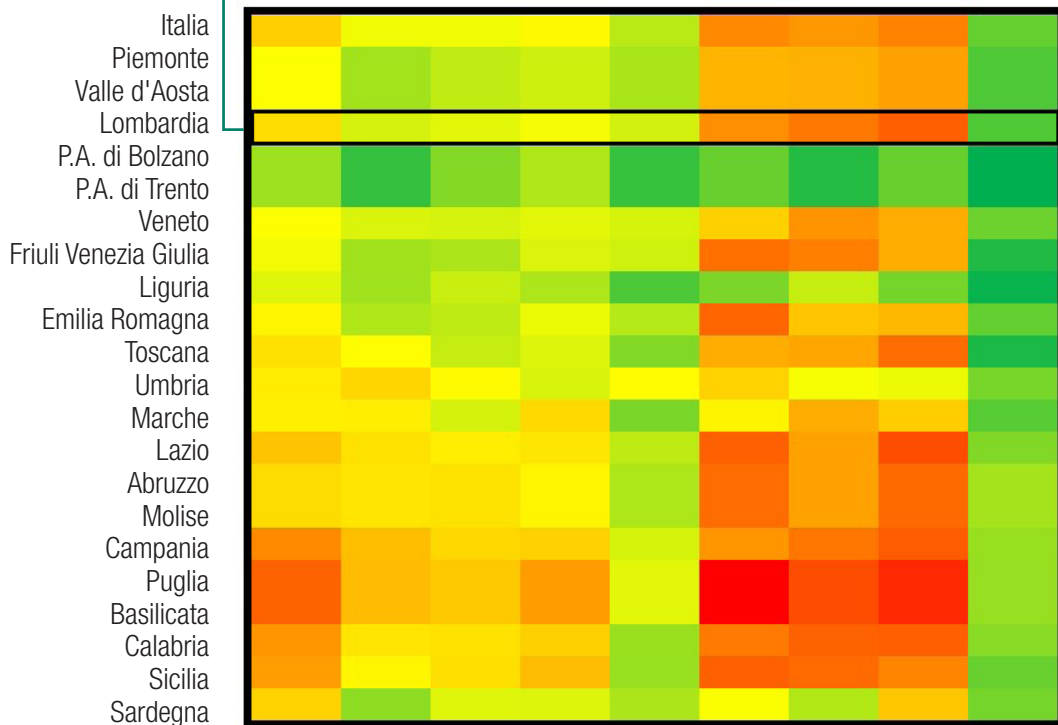
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

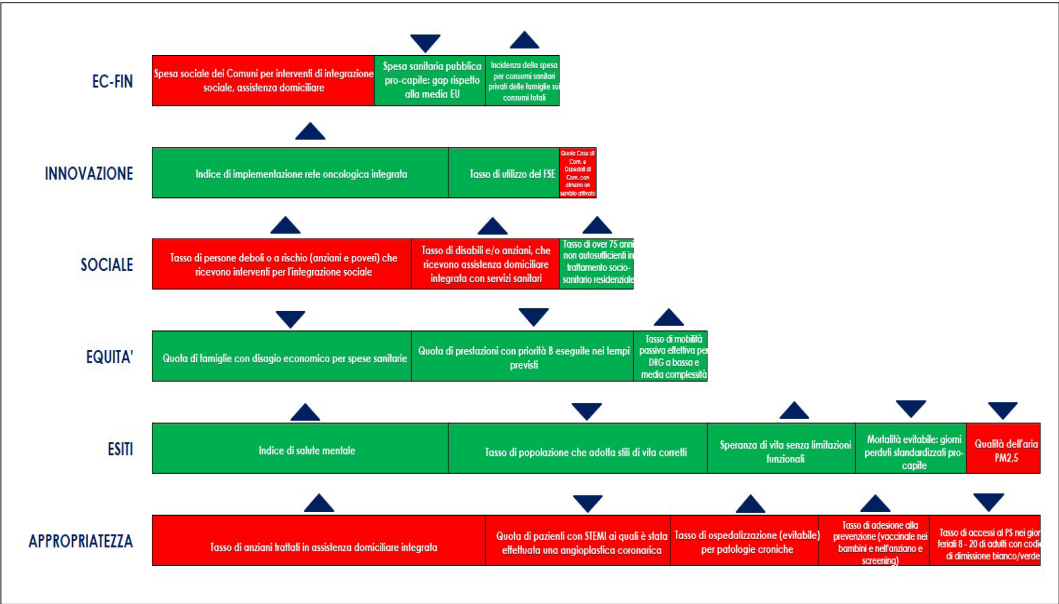
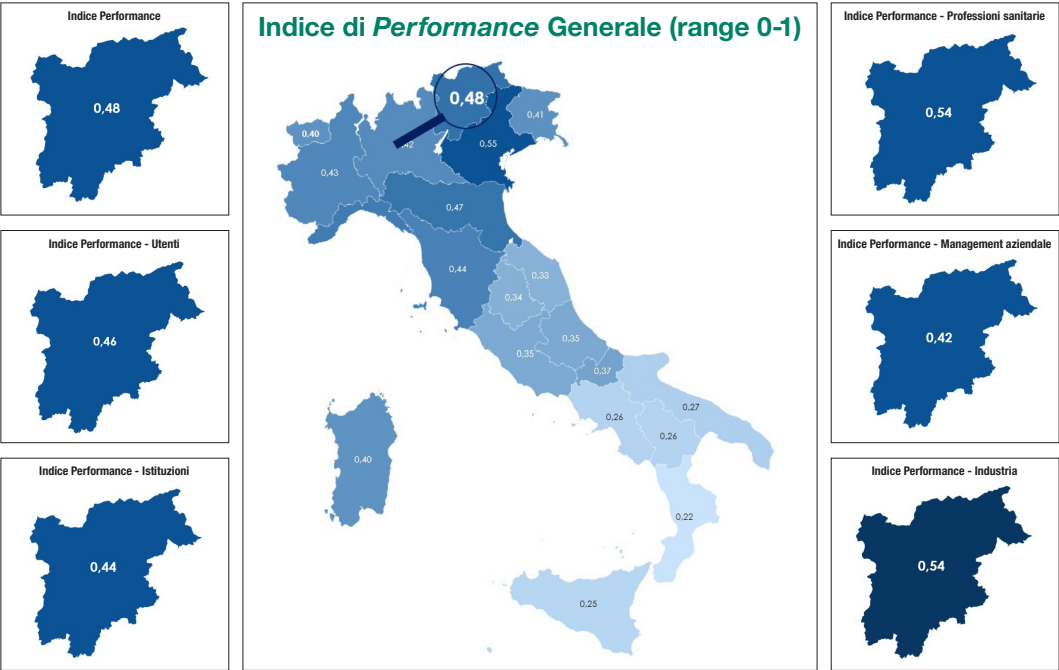
(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

Punteggio medio

6,6



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



Valore migliore della media nazionale

Valore peggiore della media nazionale

Valore in miglioramento rispetto al 2019

Valore in peggioramento rispetto al 2019

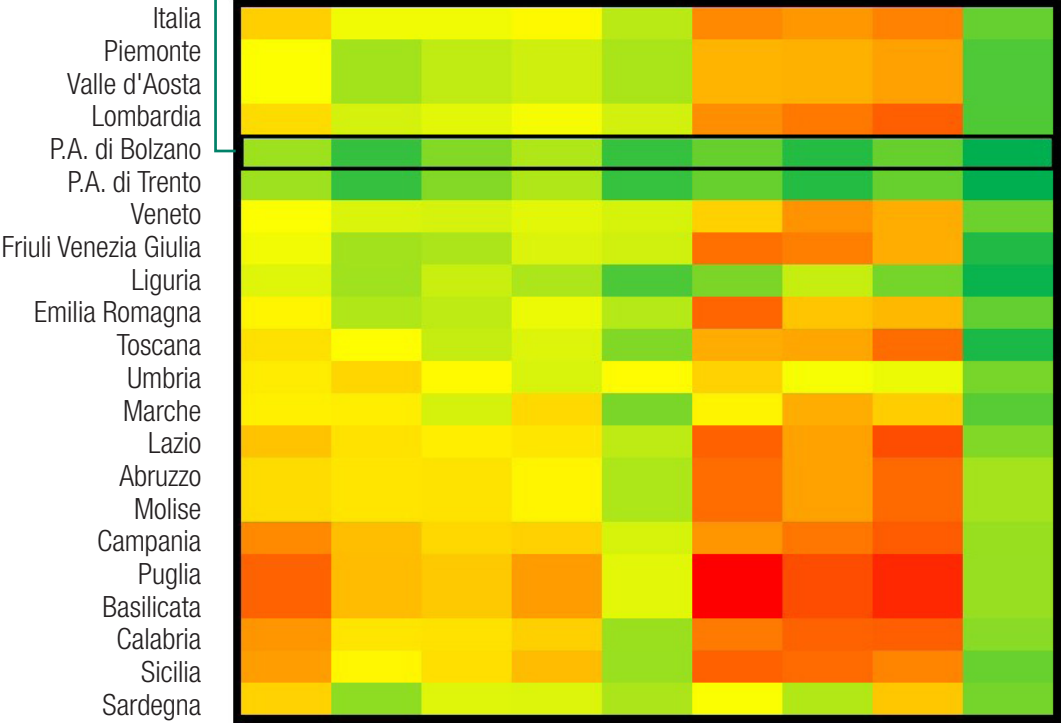
LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

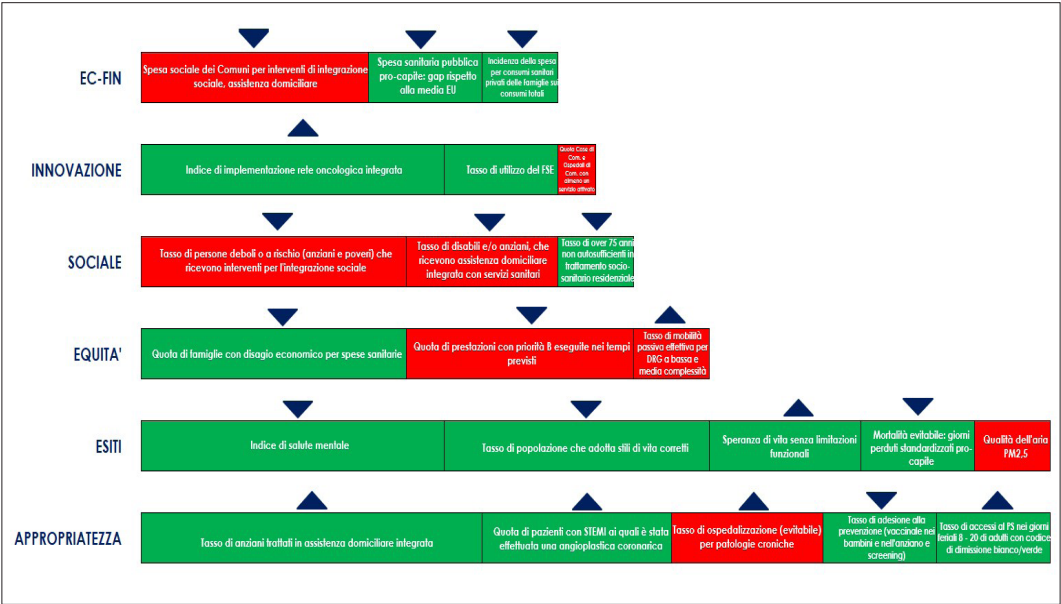
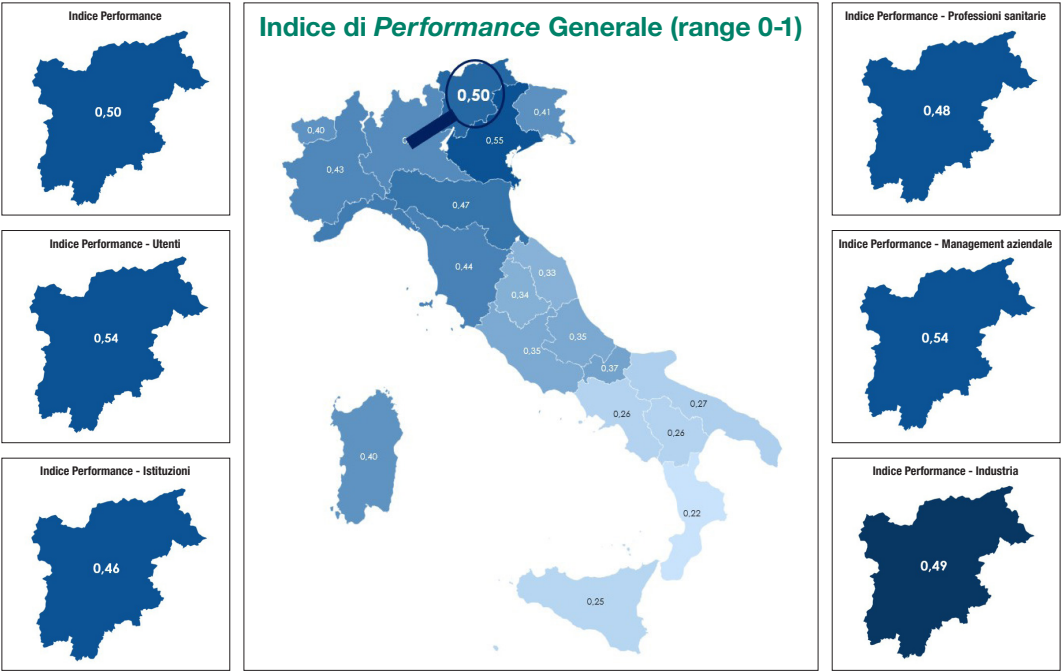
Punteggio medio



	Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118, ecc.)	Ricovero ospedaliero programmato	Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione	Prestazioni ambulatoriali	MMG e guardia medica	Ricoveri in residenze	Assistenza al proprio domicilio	Assistenza alle persone non autosufficienti	Facilità nel reperire i farmaci
P. A. DI BOLZANO	7,5	8,4	7,8	7,4	8,4	8,0	8,6	8,0	8,9



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



Valore migliore della media nazionale

Valore peggiore della media nazionale

Valore in miglioramento rispetto al 2019

Valore in peggioramento rispetto al 2019

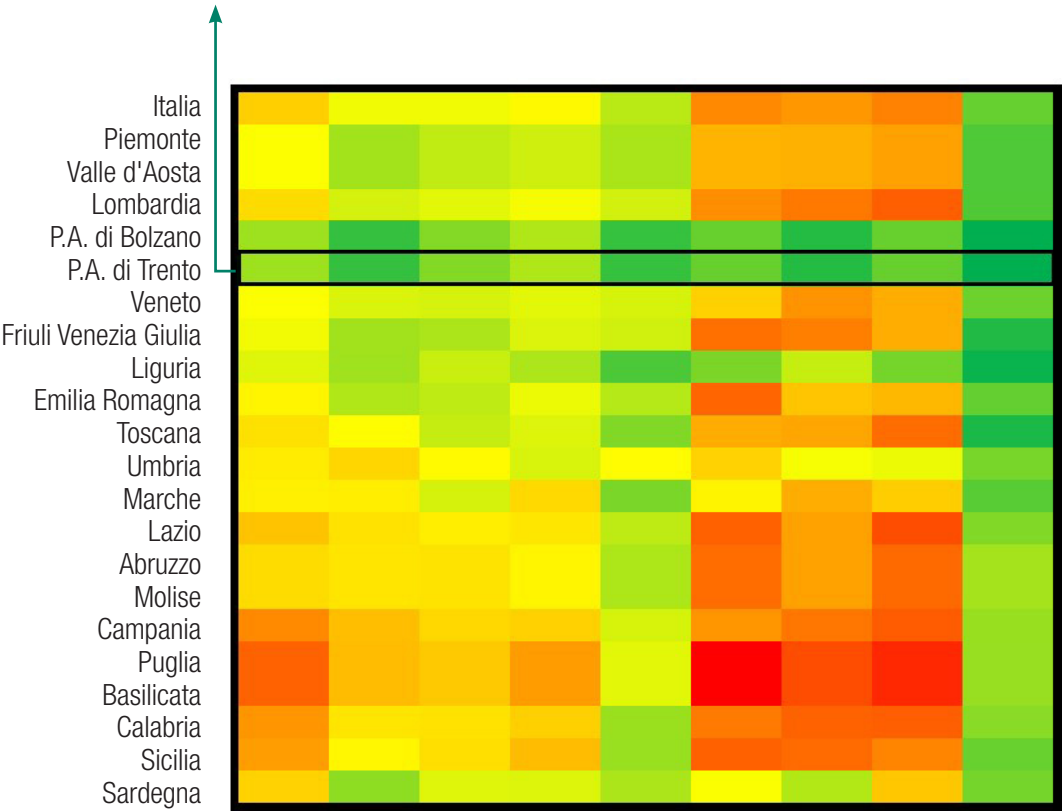
LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

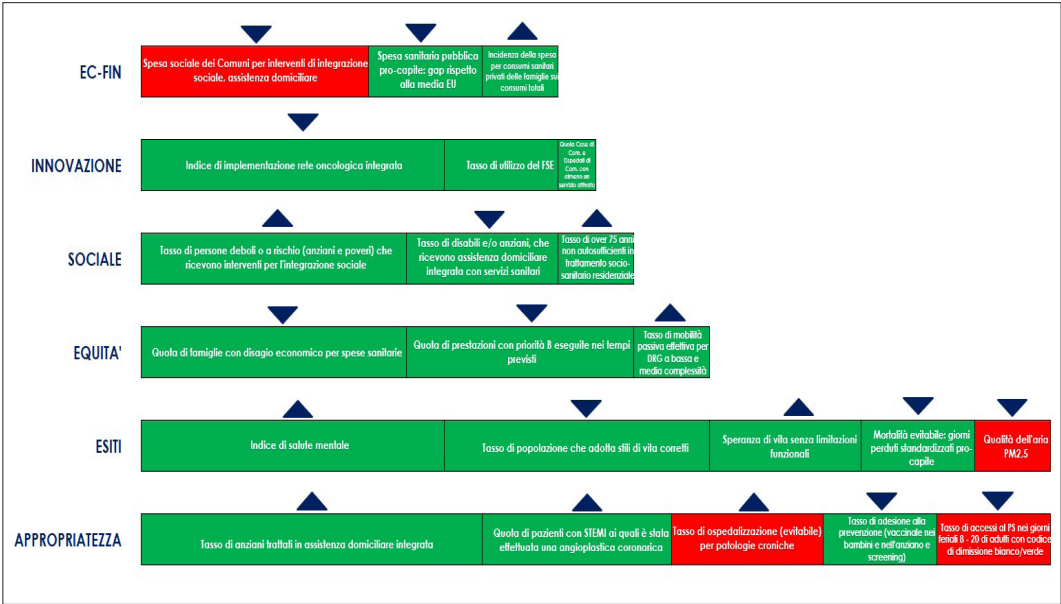
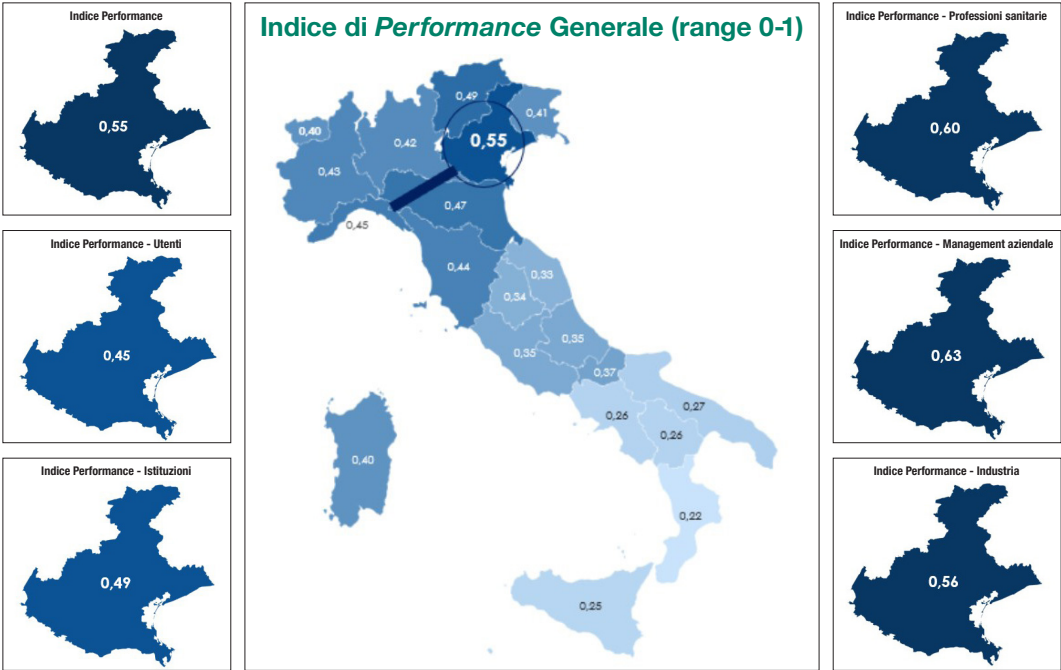
Punteggio medio



	Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118, ecc.)	Ricovero ospedaliero programmato	Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione	Prestazioni ambulatoriali	MMG e guardia medica	Ricoveri in residenze	Assistenza al proprio domicilio	Assistenza alle persone non autosufficienti	Facilità nel reperire i farmaci
P. A. DI TRENTO	7,5	8,4	7,8	7,4	8,4	8,0	8,6	8,0	8,9



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



Valore migliore della media nazionale

Valore peggiore della media nazionale

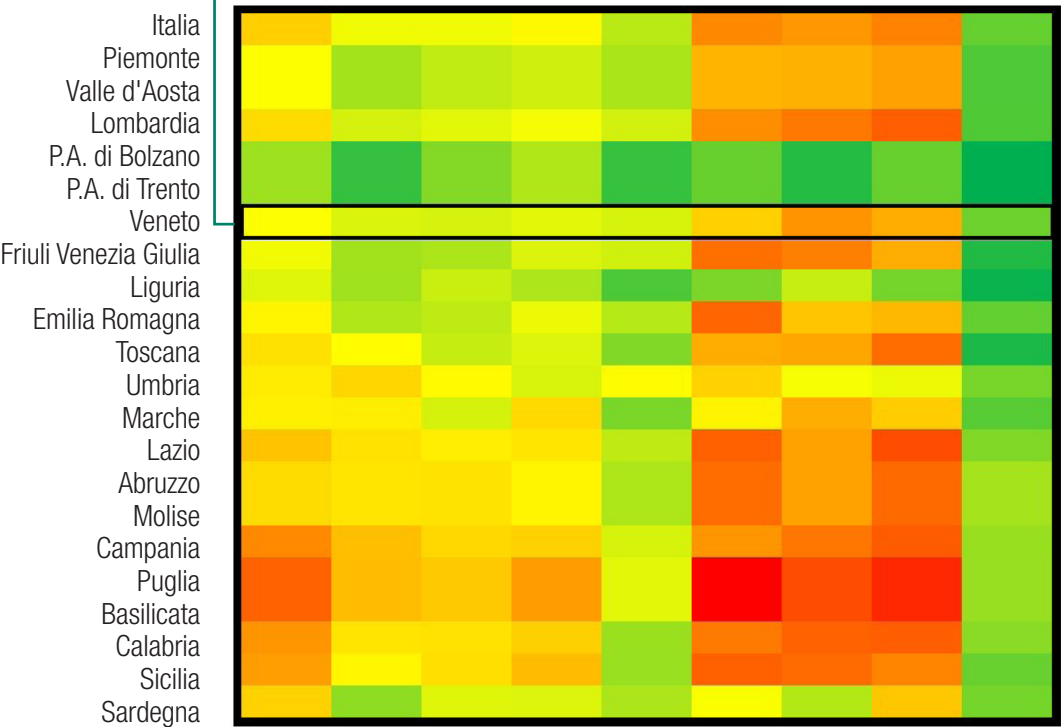
Valore in miglioramento rispetto al 2019

Valore in peggioramento rispetto al 2019

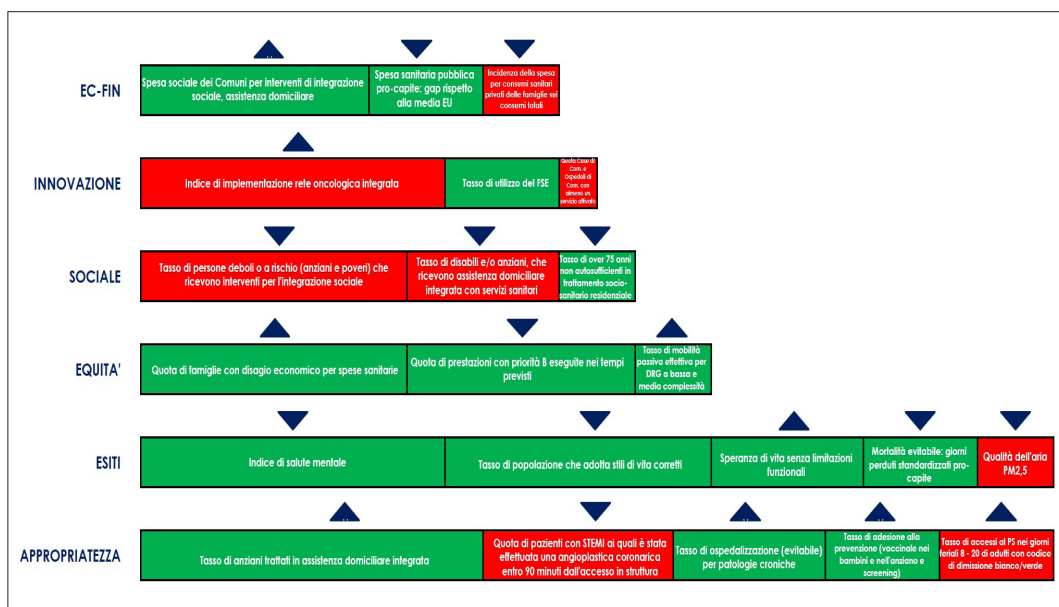
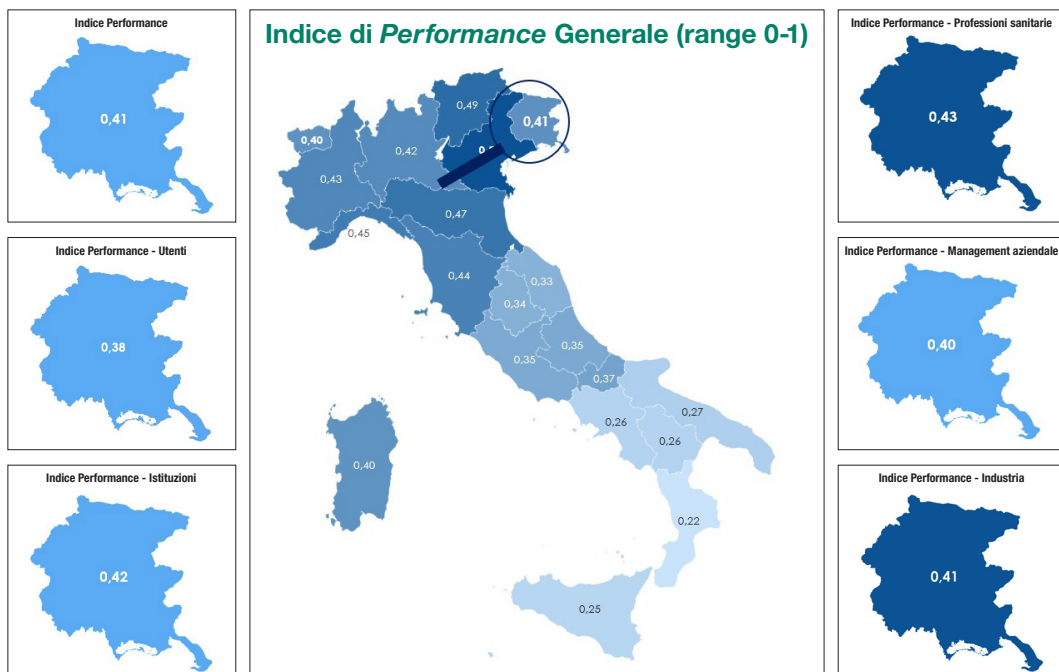
LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

Punteggio medio



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



Valore migliore della media nazionale

Valore peggiore della media nazionale

Valore in miglioramento rispetto al 2019

Valore in peggioramento rispetto al 2019

LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

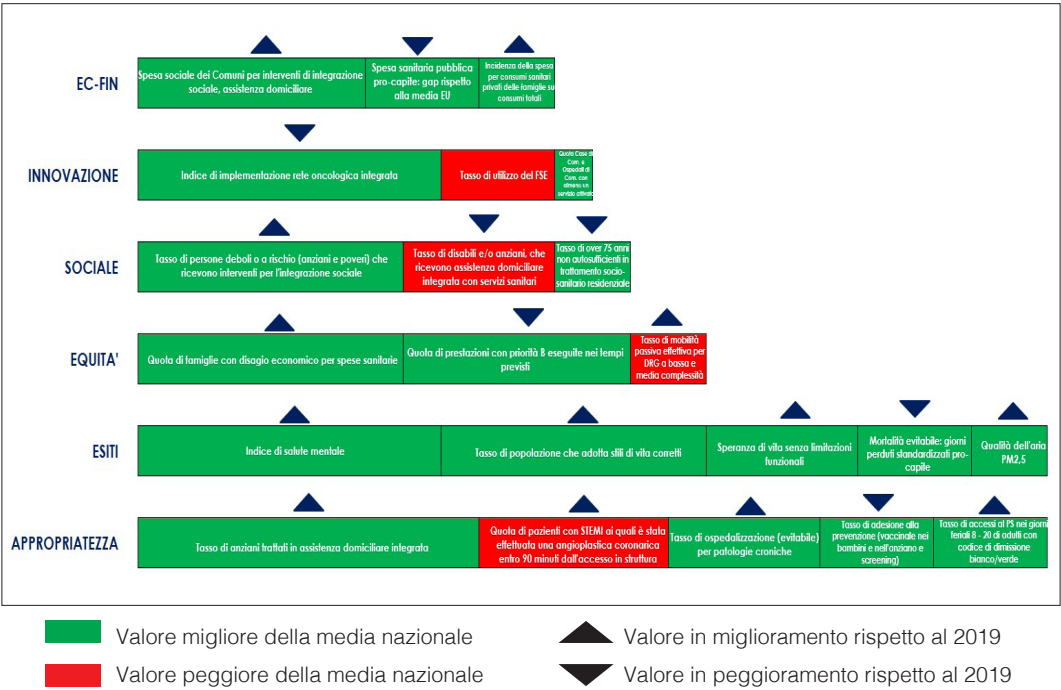
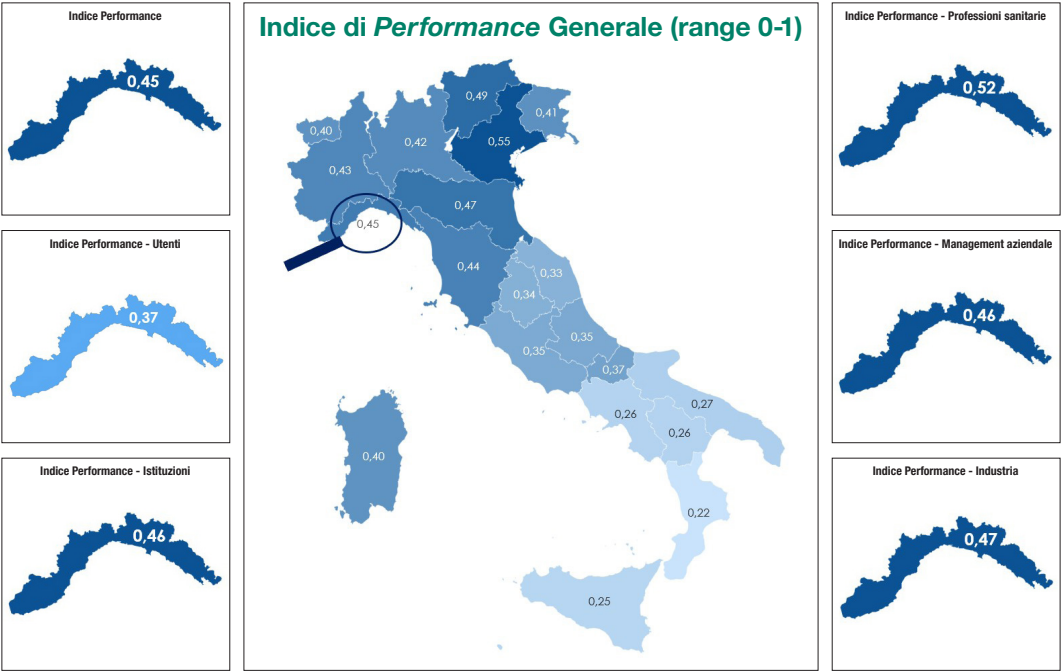
(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

Punteggio medio

6,8



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



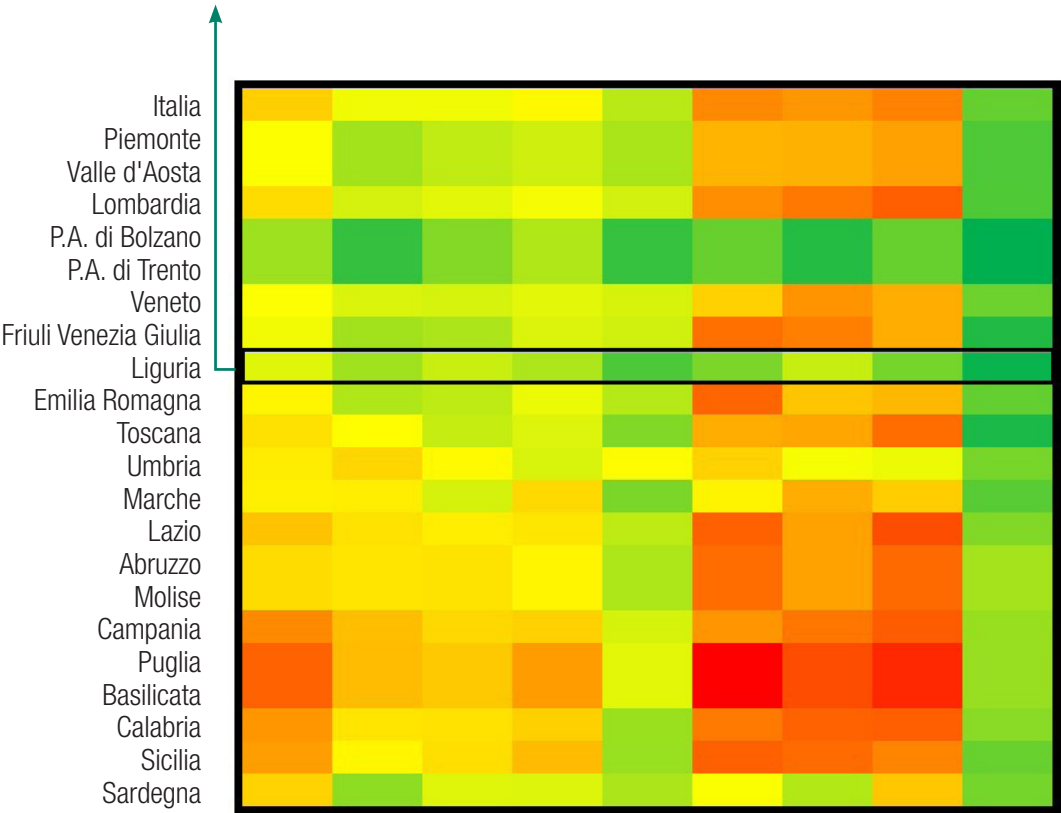
LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

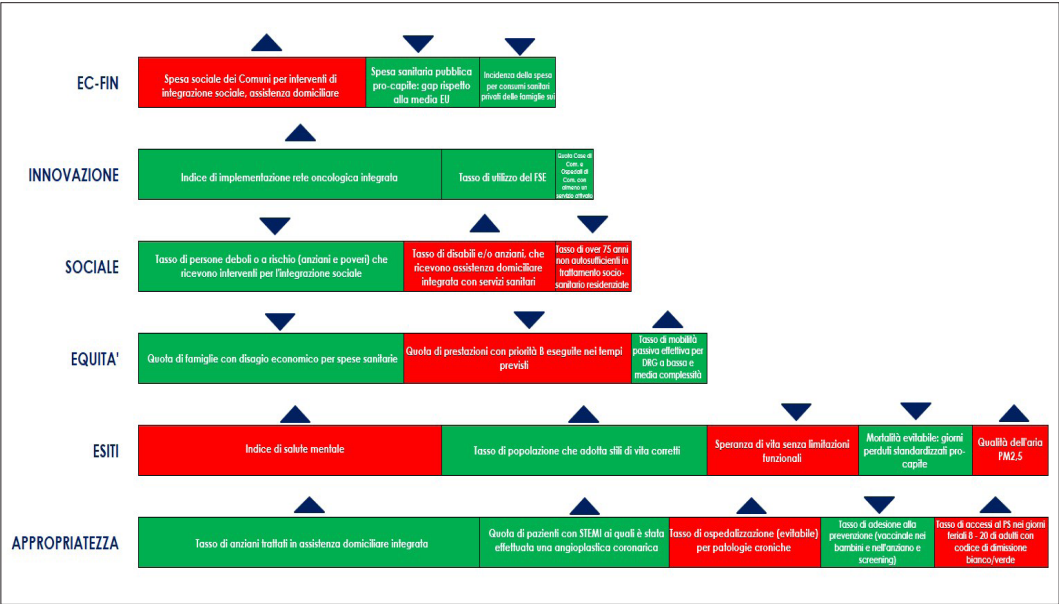
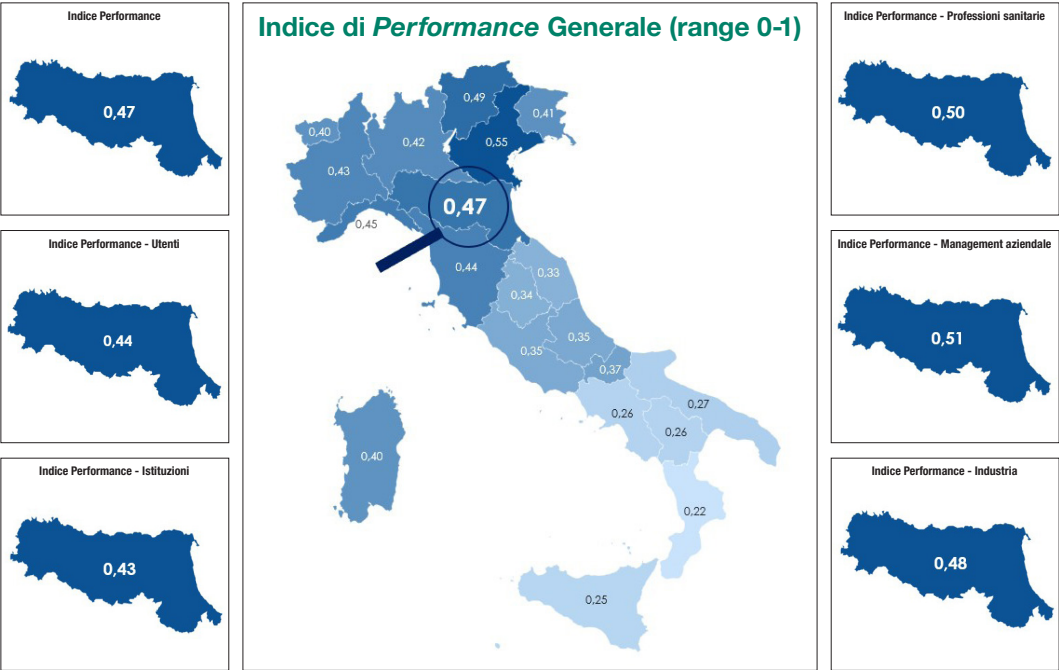
Punteggio medio



	Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118, ecc.)	Ricovero ospedaliero programmato	Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione	Prestazioni ambulatoriali	MMG e guardia medica	Ricoveri in residenze	Assistenza al proprio domicilio	Assistenza alle persone non autosufficienti	Facilità nel reperire i farmaci
LIGURIA	7,0	7,5	7,2	7,4	8,2	7,8	7,2	7,9	8,8



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



Valore migliore della media nazionale

Valore peggiore della media nazionale

Valore in miglioramento rispetto al 2019

Valore in peggioramento rispetto al 2019

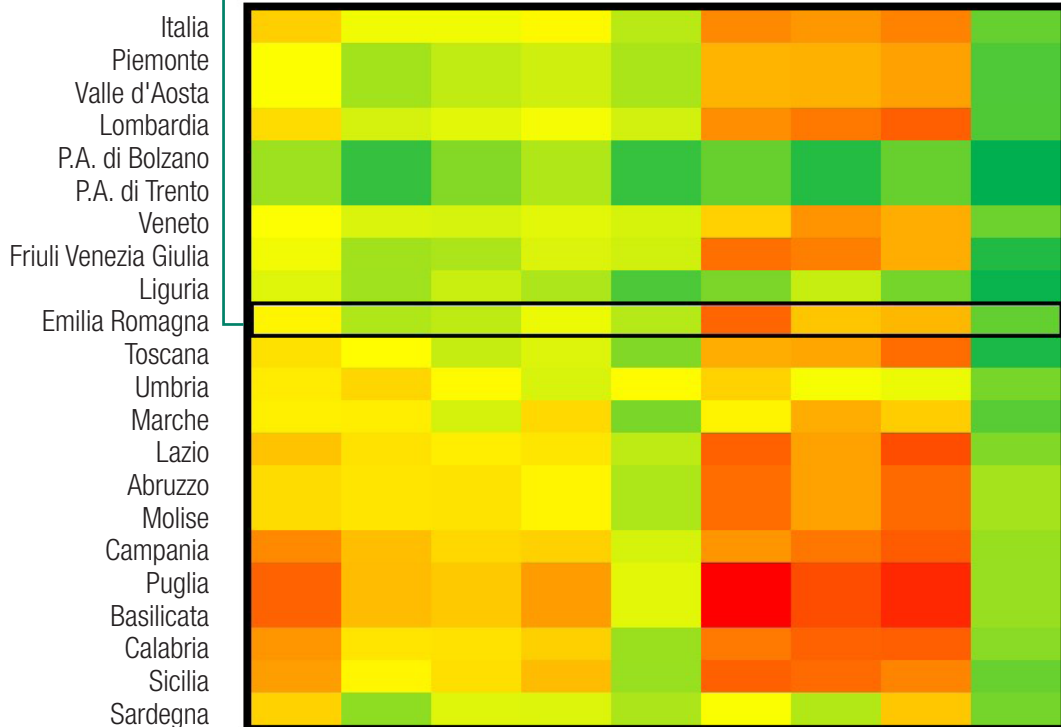
LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

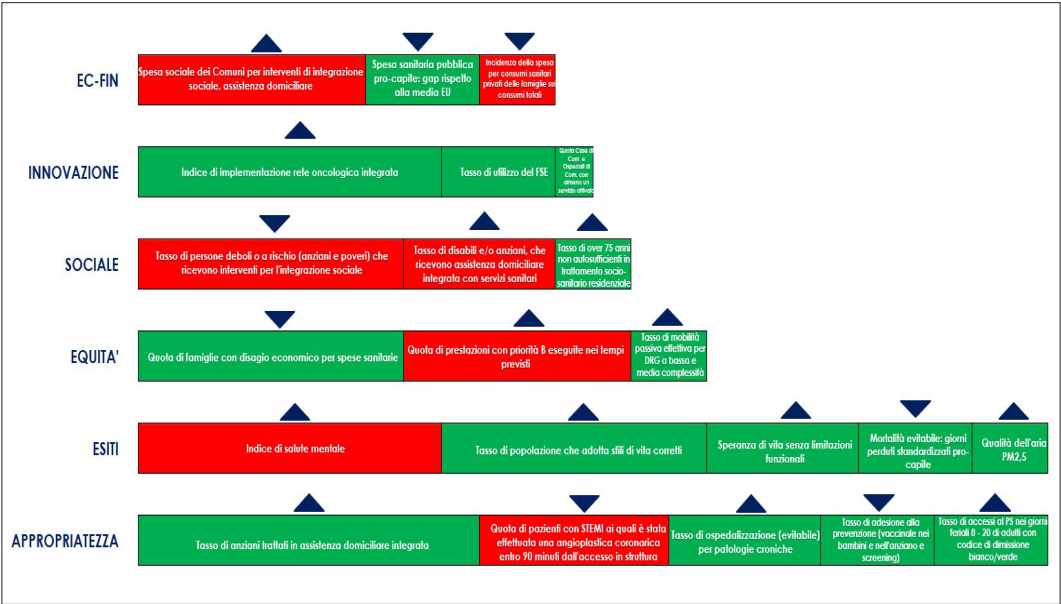
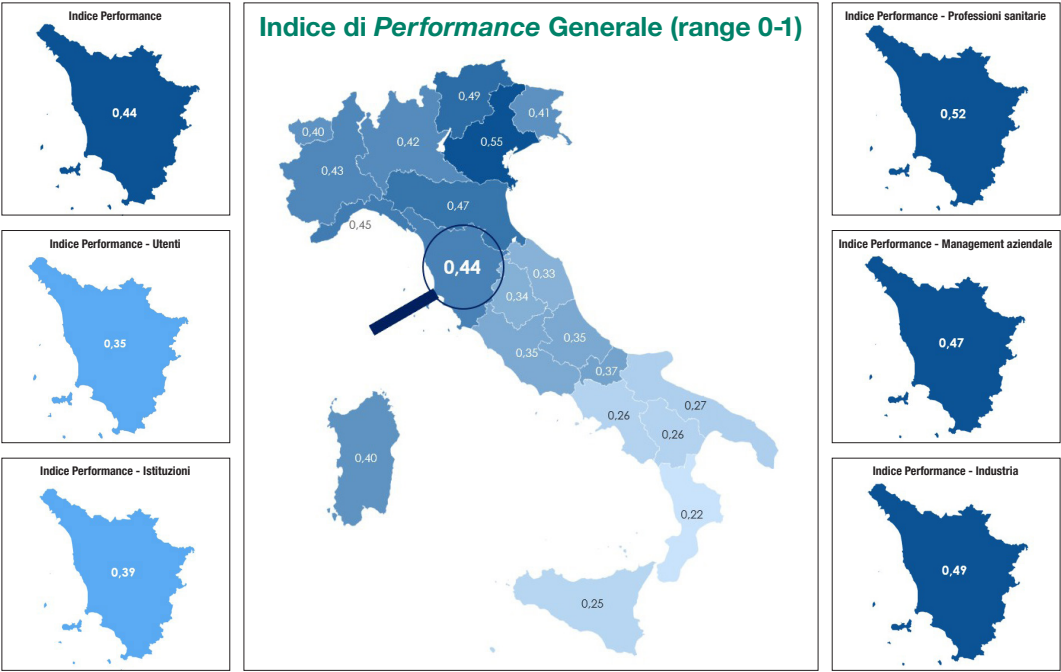
Punteggio medio

6,8

	Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118, ecc.)	Ricovero ospedaliero programmato	Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione	Prestazioni ambulatoriali	MMG e guardia medica	Ricoveri in residenze	Assistenza al proprio domicilio	Assistenza alle persone non autosufficienti	Facilità nel reperire i farmaci
EMILIA ROMAGNA	6,6	7,4	7,3	6,9	7,3	5,4	6,2	6,1	8,0



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



Valore migliore della media nazionale

Valore peggiore della media nazionale

Valore in miglioramento rispetto al 2019

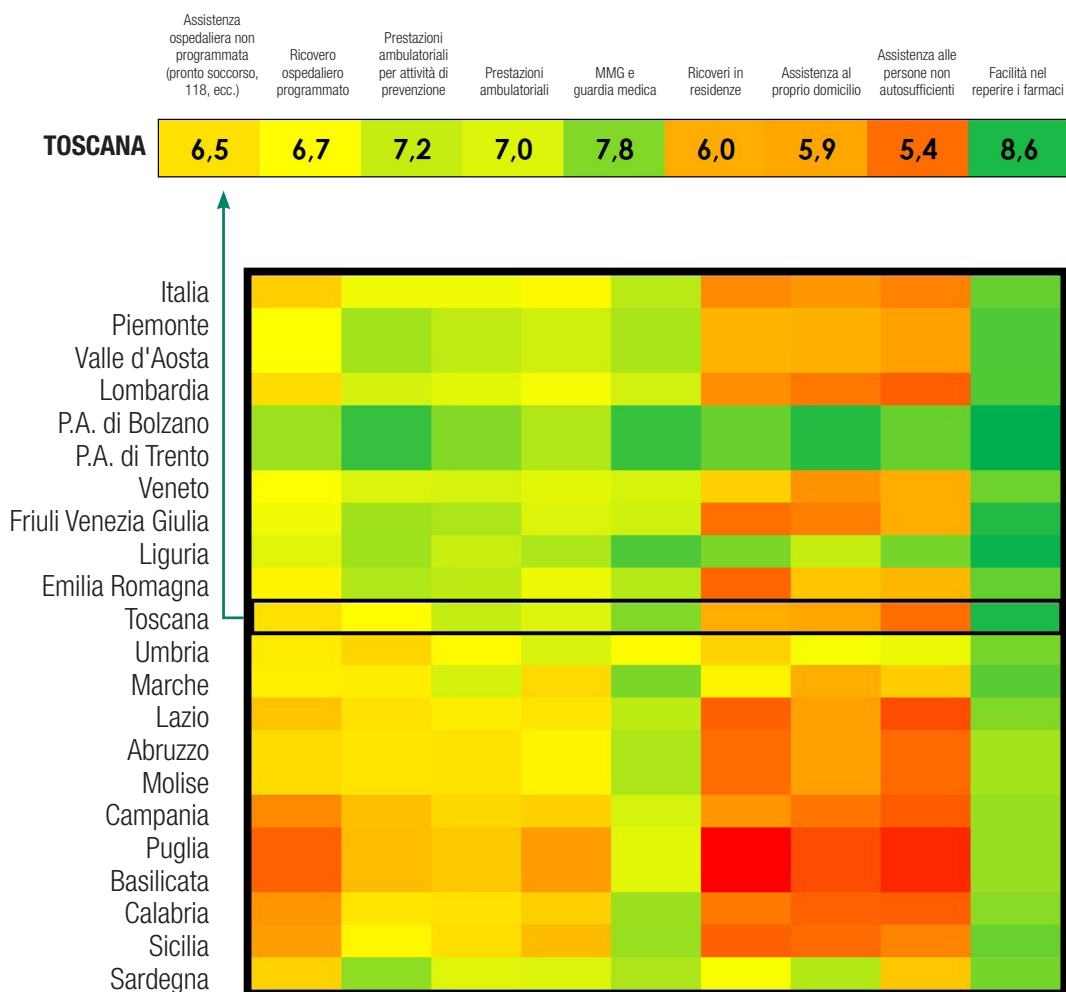
Valore in peggioramento rispetto al 2019

LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

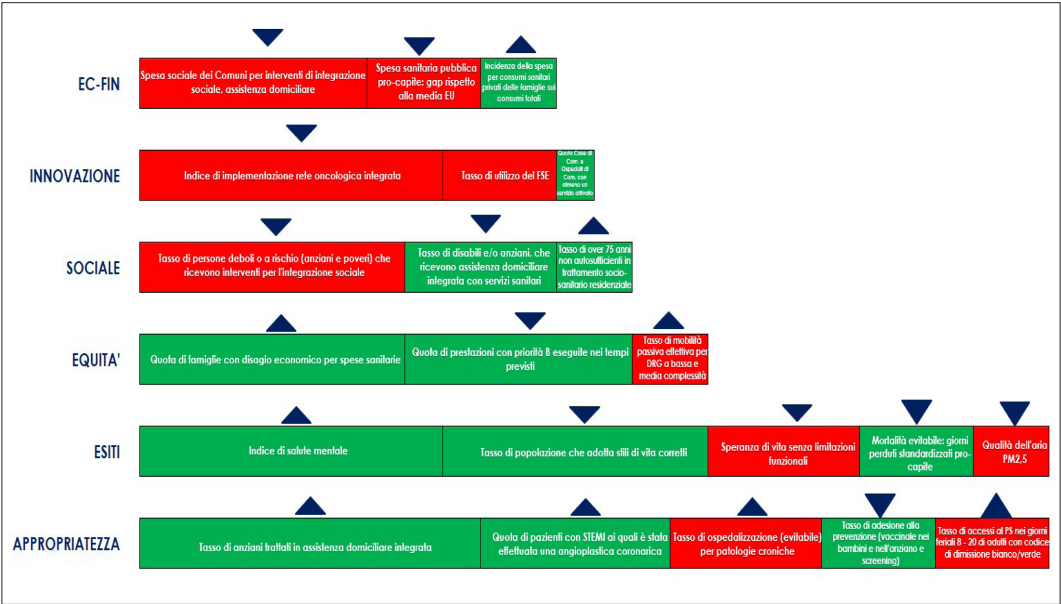
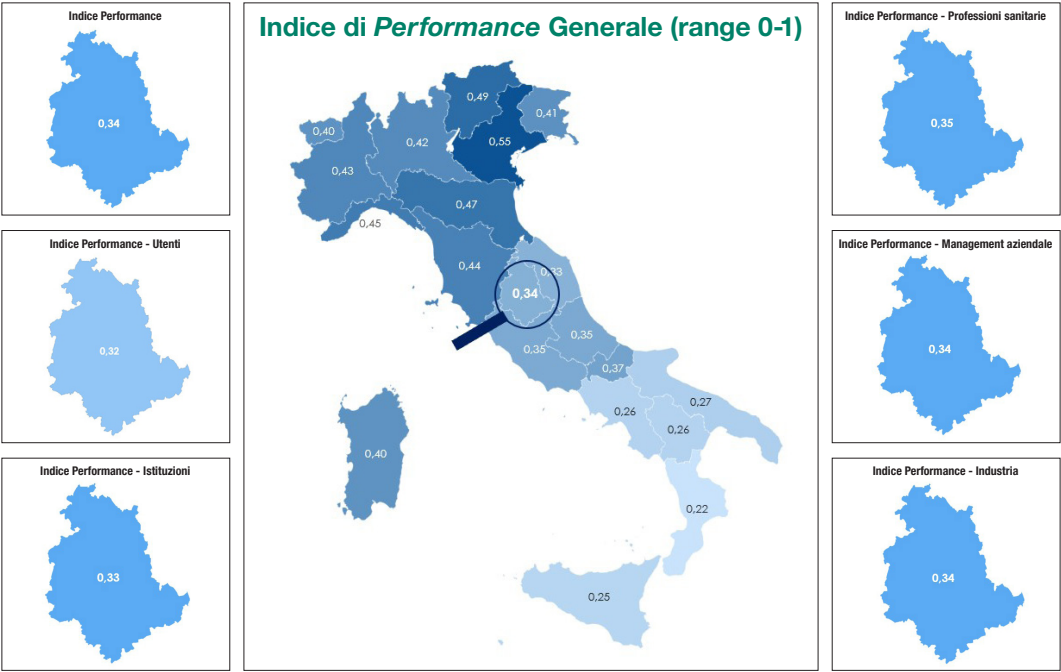
(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

Punteggio medio

6,8



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



Valore migliore della media nazionale

Valore peggiore della media nazionale

Valore in miglioramento rispetto al 2019

Valore in peggioramento rispetto al 2019

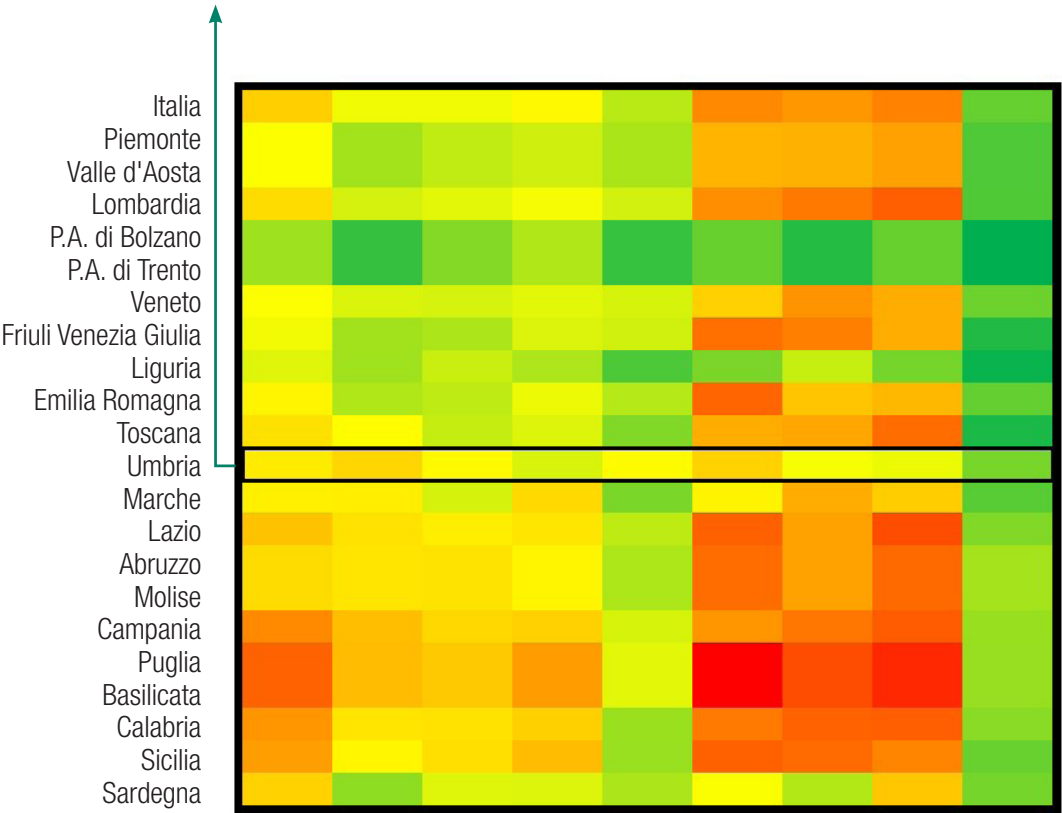
LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

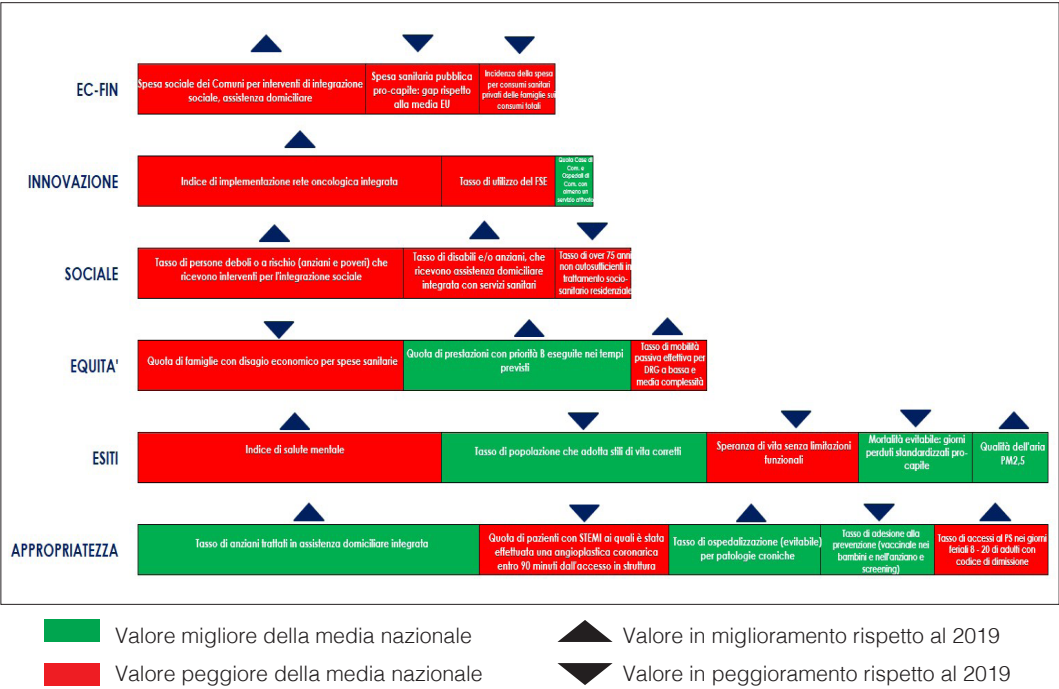
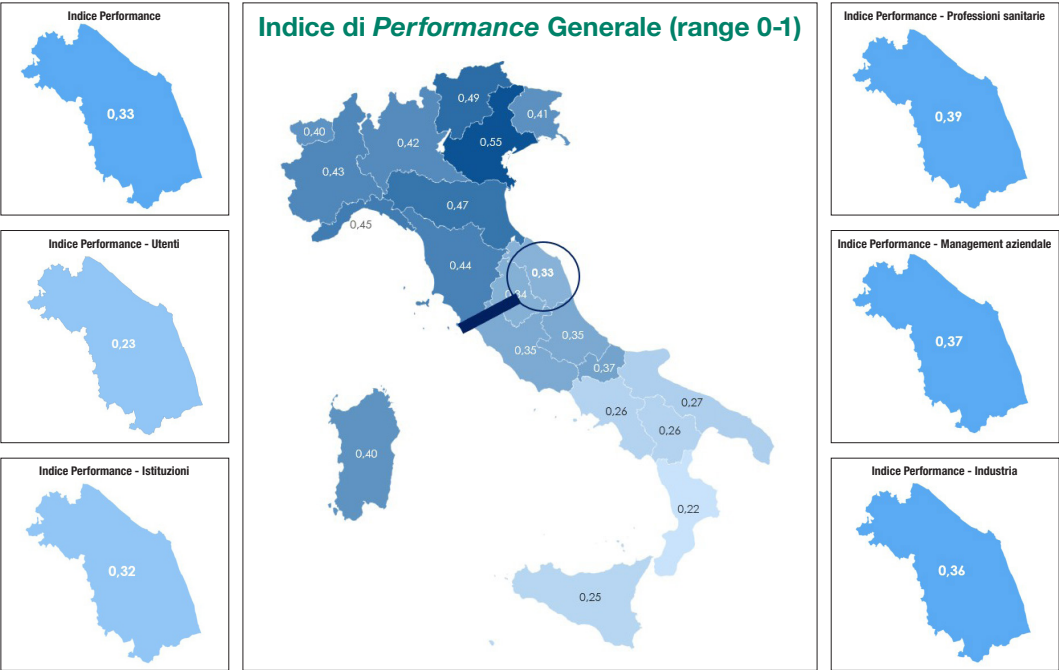
Punteggio medio



	Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118, ecc.)	Ricovero ospedaliero programmato	Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione	Prestazioni ambulatoriali	MMG e guardia medica	Ricoveri in residenze	Assistenza al proprio domicilio	Assistenza alle persone non autosufficienti	Facilità nel reperire i farmaci
UMBRIA	6,6	6,4	6,7	7,1	6,7	6,3	6,8	6,9	7,9



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



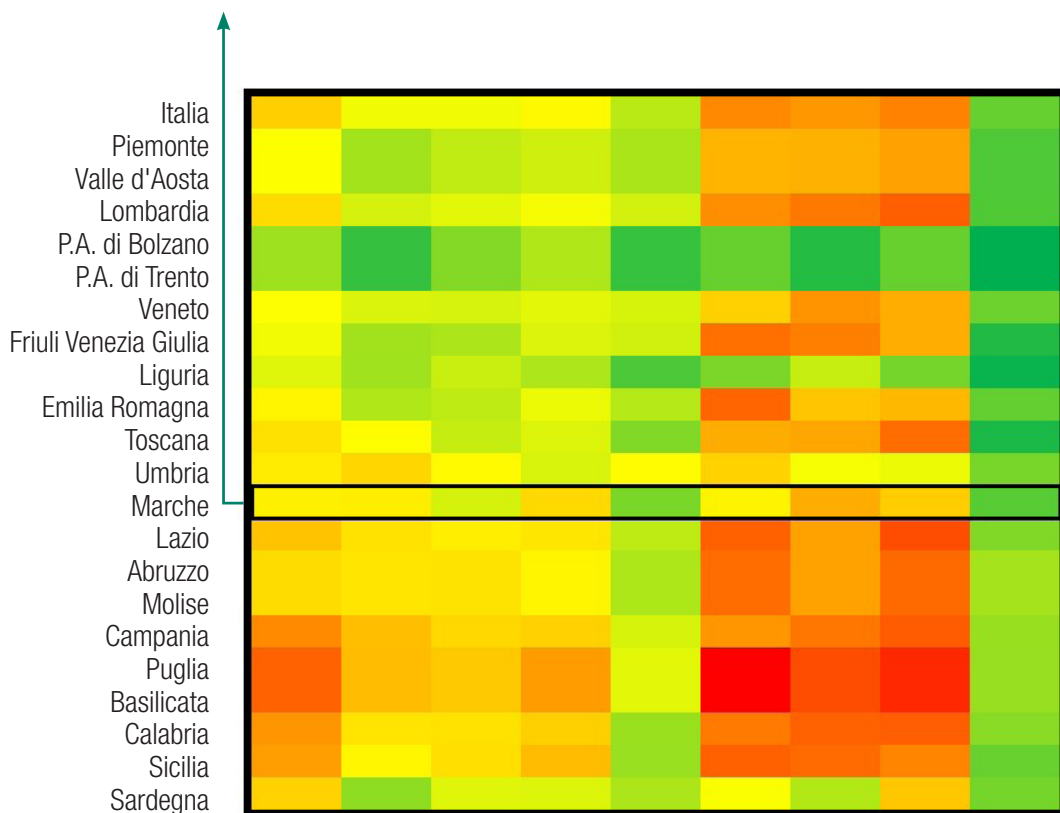
LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

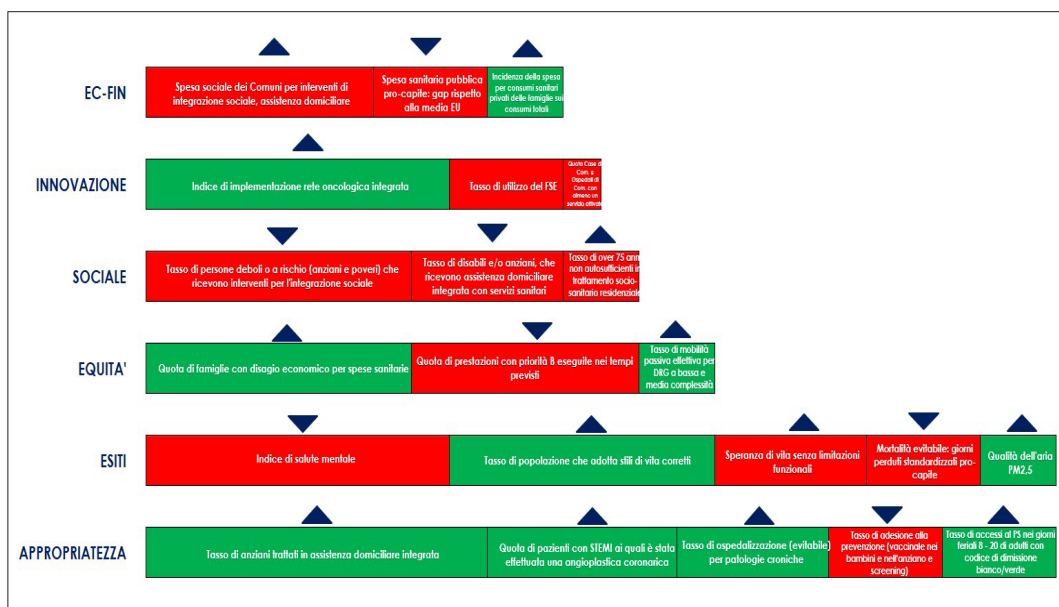
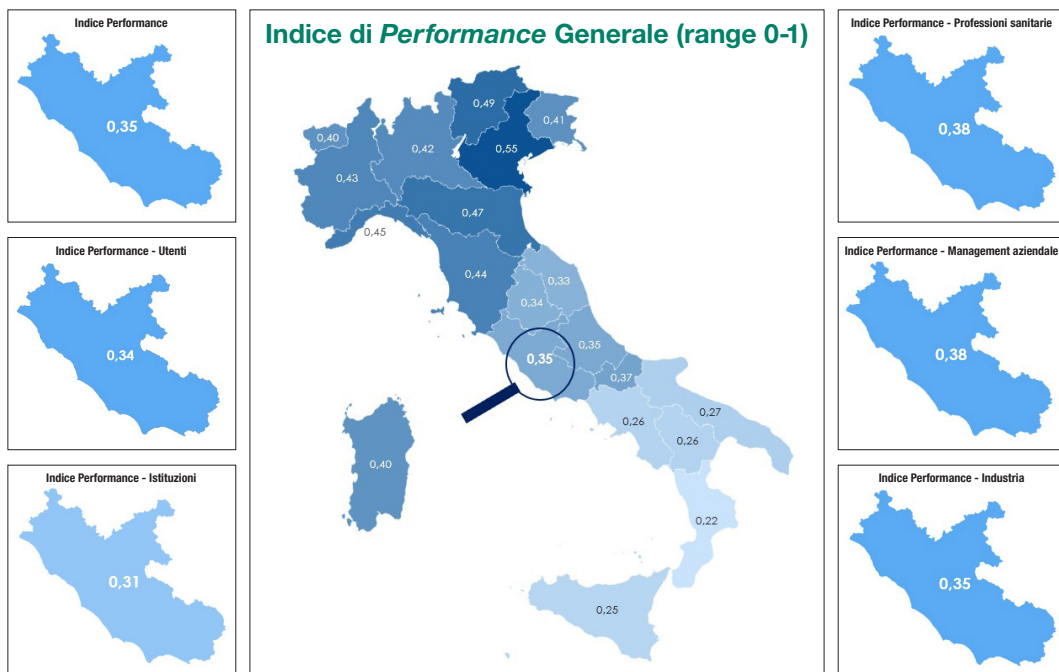
Punteggio medio

6,8

	Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118, ecc.)	Ricovero ospedaliero programmato	Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione	Prestazioni ambulatoriali	MMG e guardia medica	Ricoveri in residenze	Assistenza al proprio domicilio	Assistenza alle persone non autosufficienti	Facilità nel reperire i farmaci
MARCHE	6,6	6,6	7,1	6,4	7,8	6,6	6,0	6,3	8,1



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



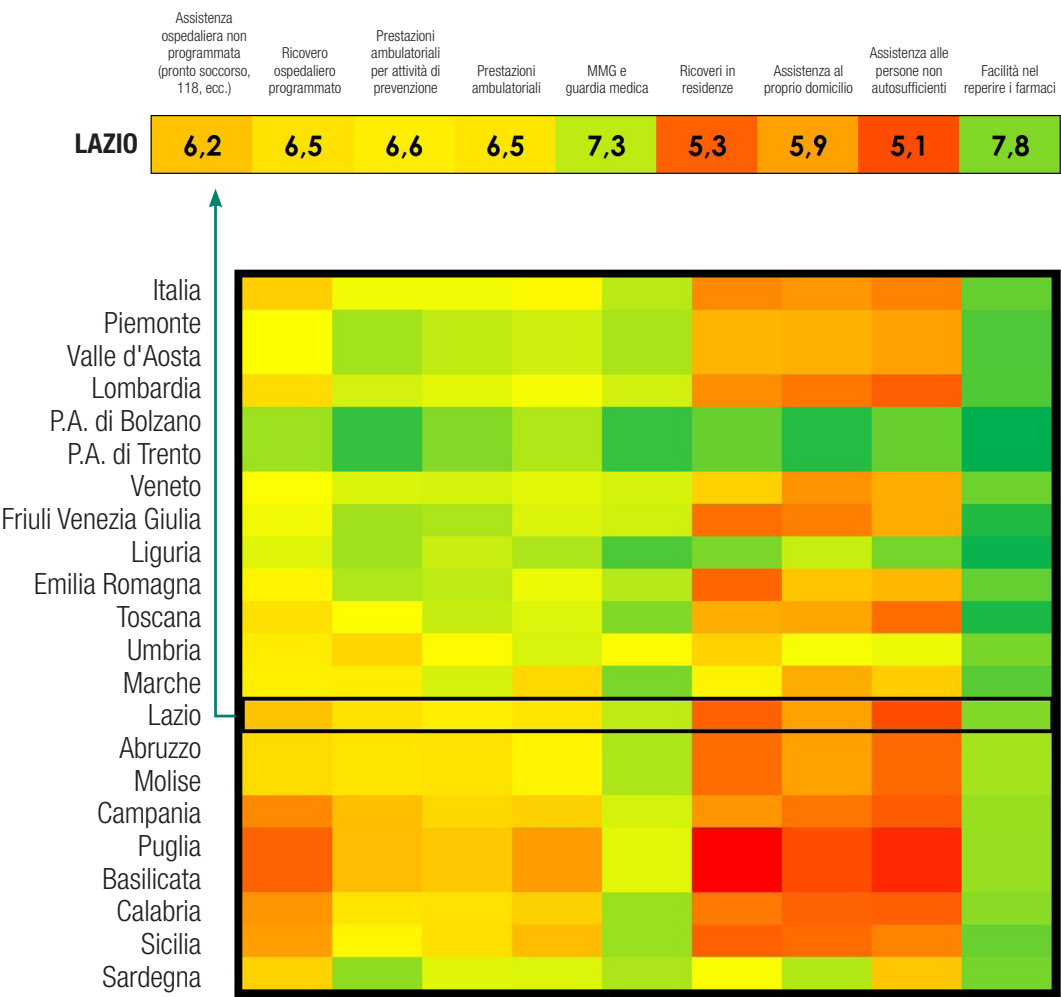
Valore migliore della media nazionale
Valore peggiore della media nazionale

Valore in miglioramento rispetto al 2019
Valore in peggioramento rispetto al 2019

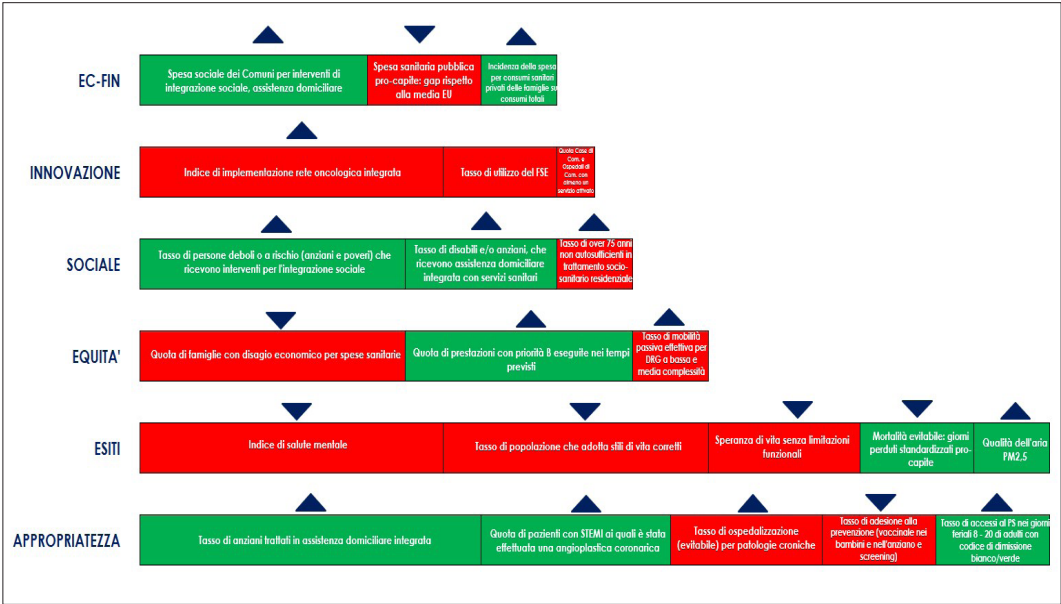
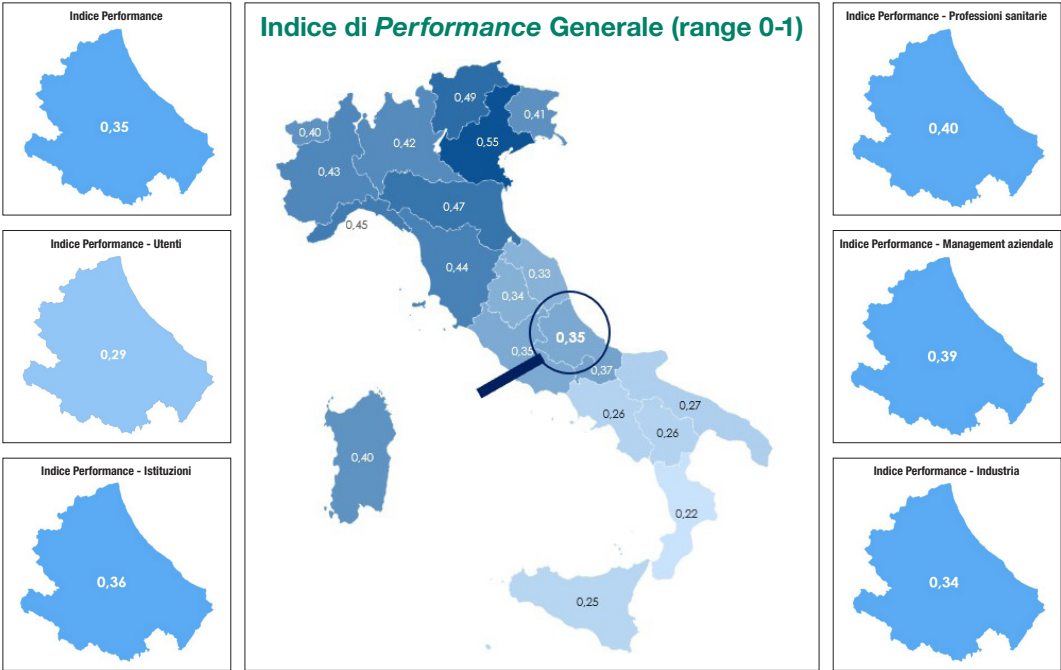
LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

Punteggio medio



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



Valore migliore della media nazionale

Valore peggiore della media nazionale

Valore in miglioramento rispetto al 2019

Valore in peggioramento rispetto al 2019

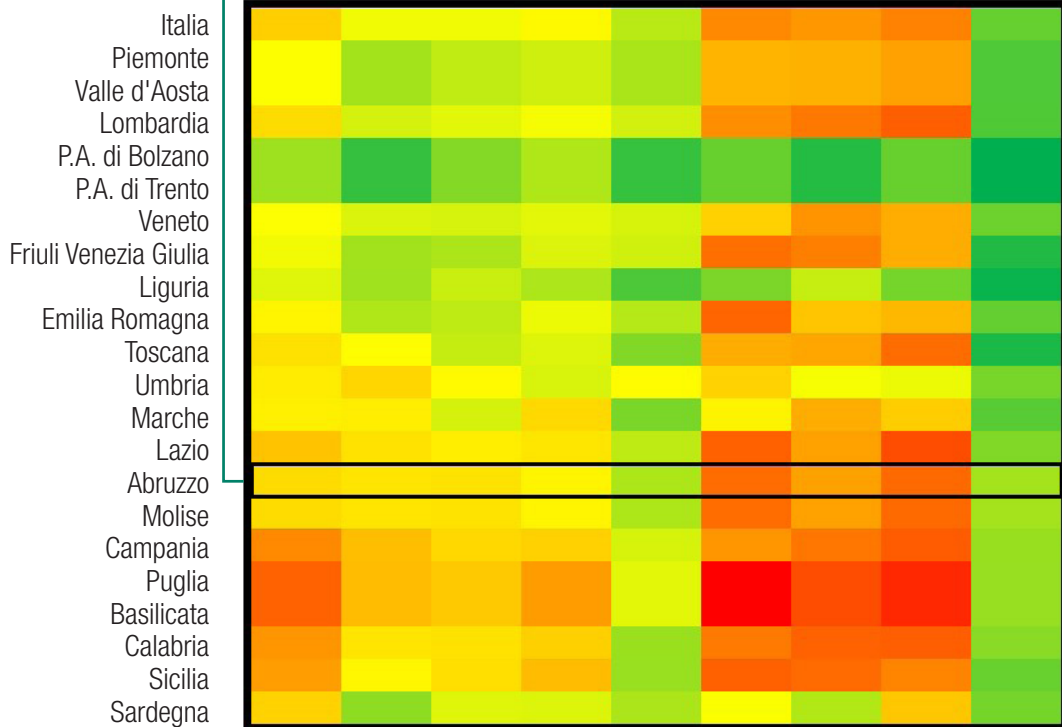
LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

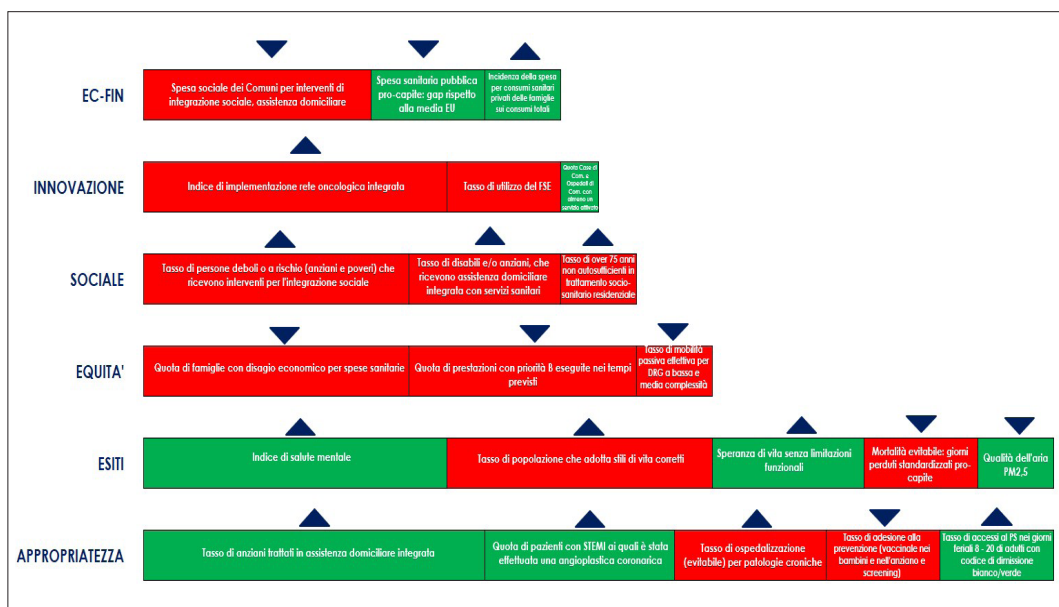
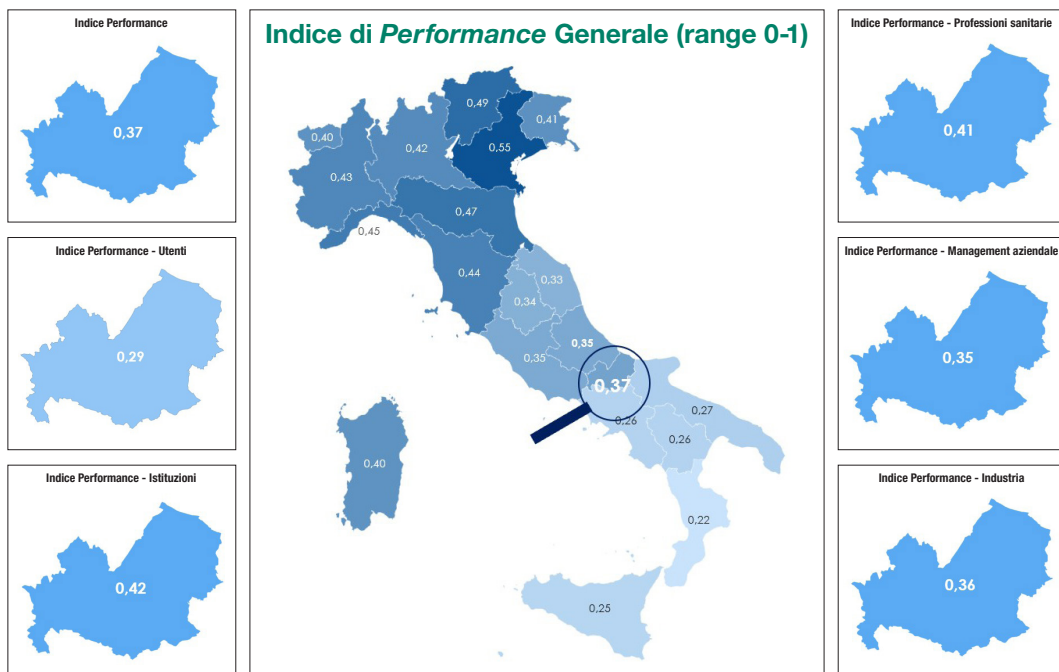
Punteggio medio

6,4

	Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118, ecc.)	Ricovero ospedaliero programmato	Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione	Prestazioni ambulatoriali	MMG e guardia medica	Ricoveri in residenze	Assistenza al proprio domicilio	Assistenza alle persone non autosufficienti	Facilità nel reperire i farmaci
ABRUZZO	6,4	6,5	6,5	6,6	7,4	5,4	5,9	5,4	7,5



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



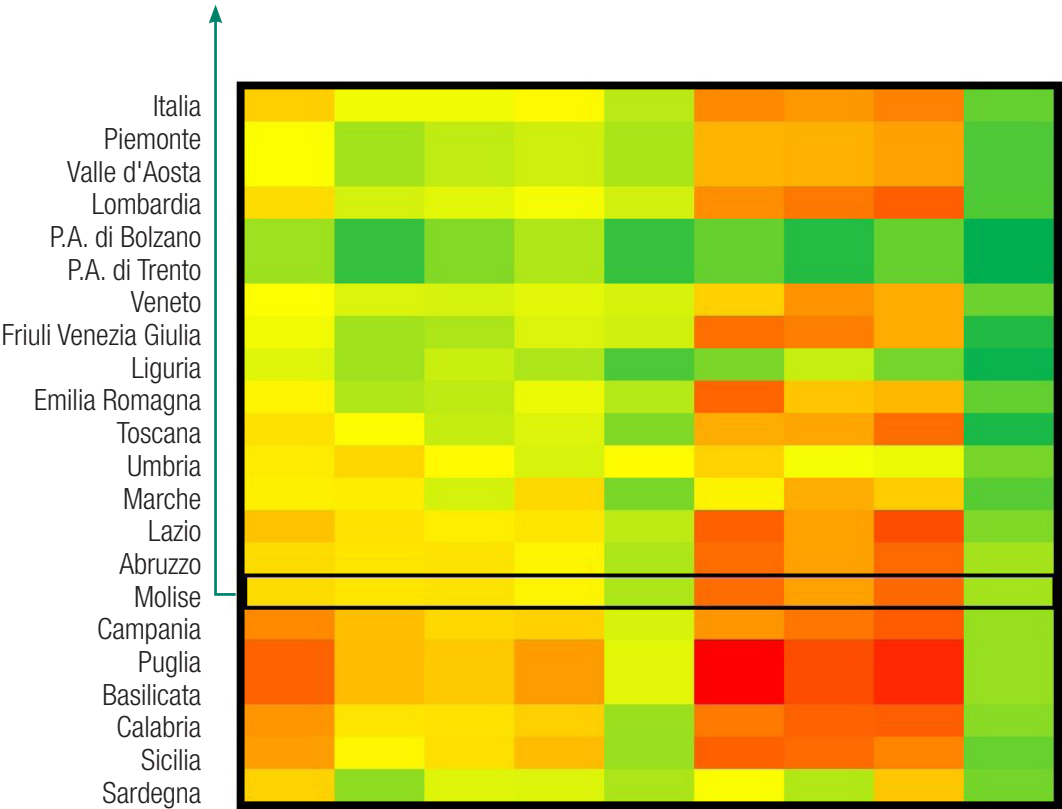
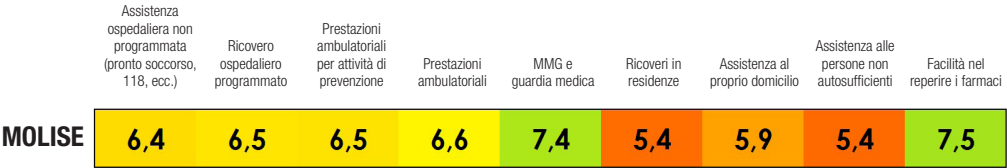
Valore migliore della media nazionale
Valore peggiore della media nazionale

Valore in miglioramento rispetto al 2019
Valore in peggioramento rispetto al 2019

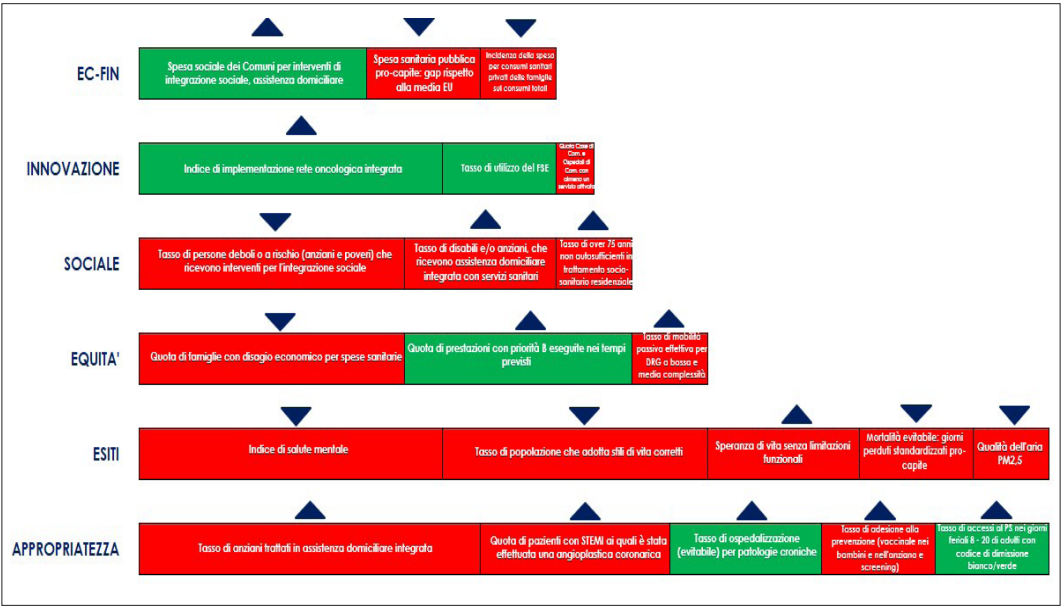
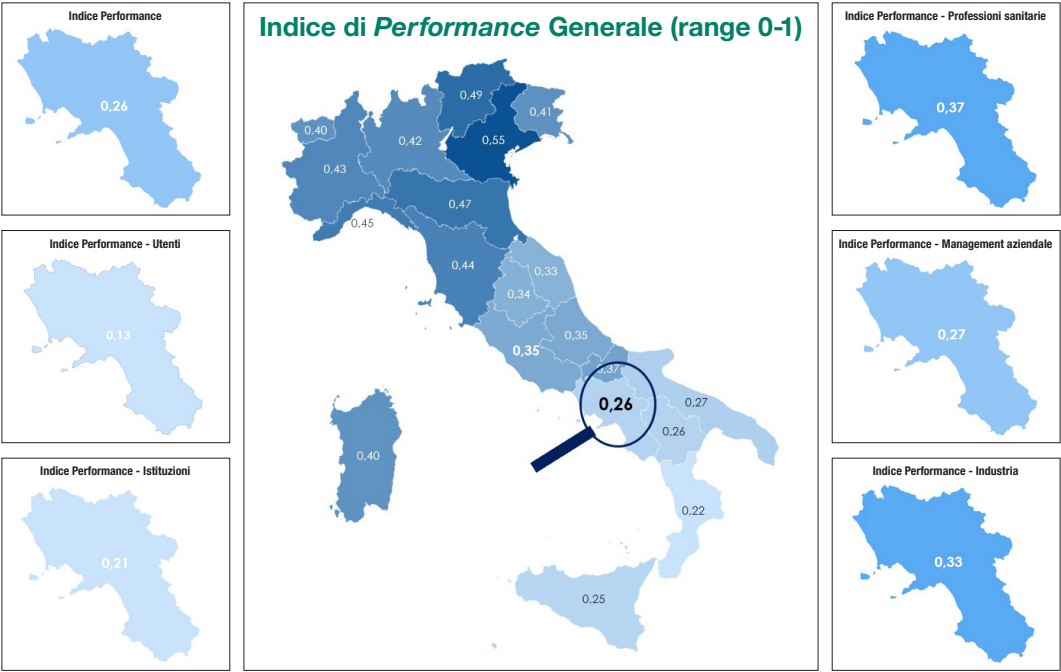
LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

Punteggio medio



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



Valore migliore della media nazionale

Valore peggiore della media nazionale

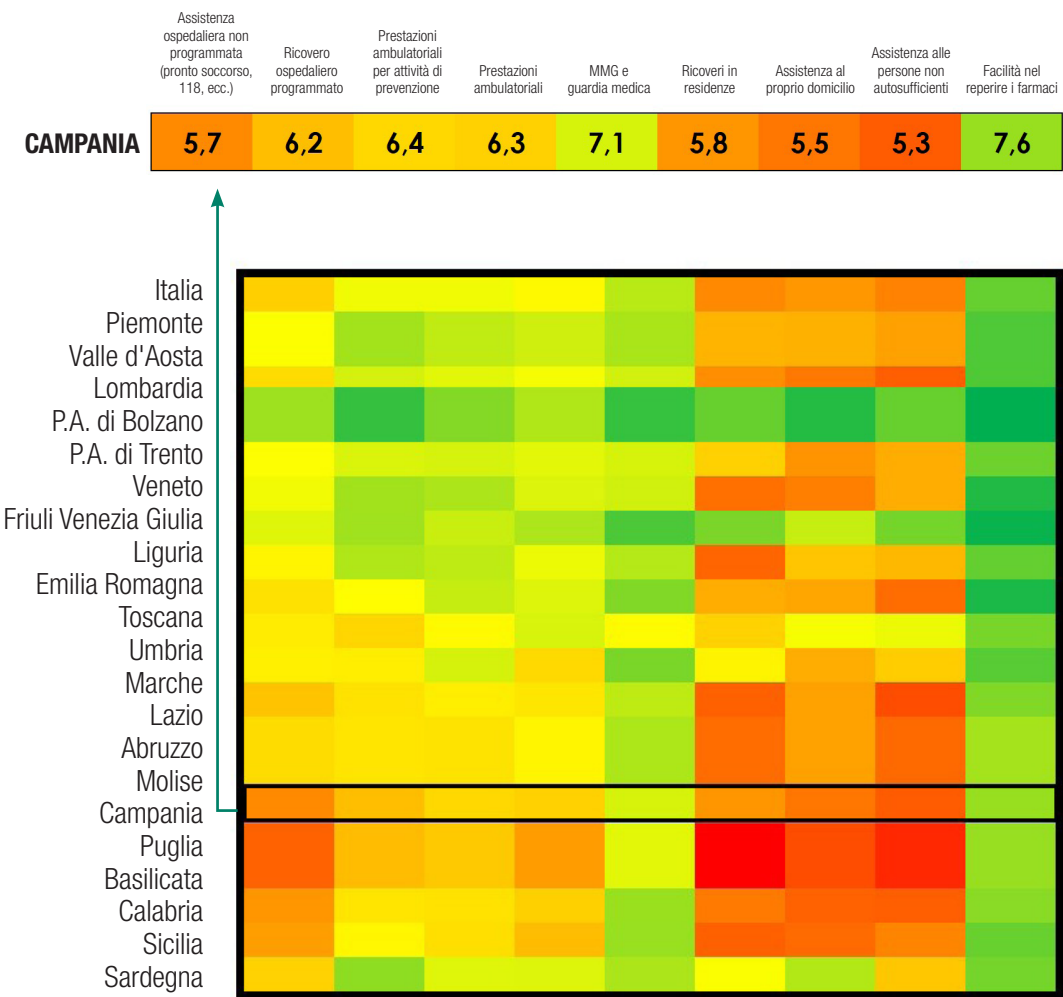
Valore in miglioramento rispetto al 2019

Valore in peggioramento rispetto al 2019

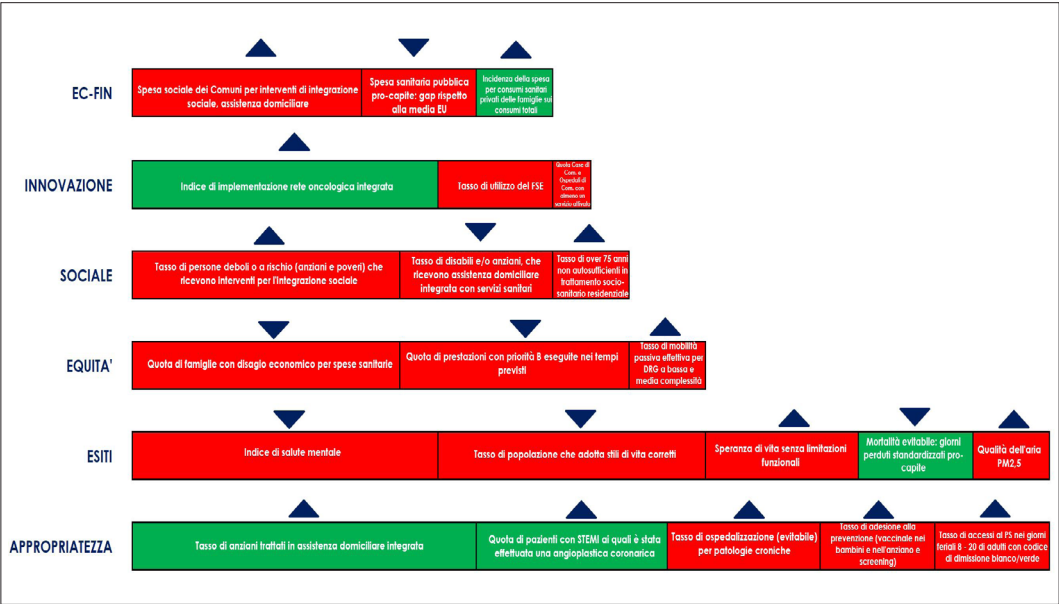
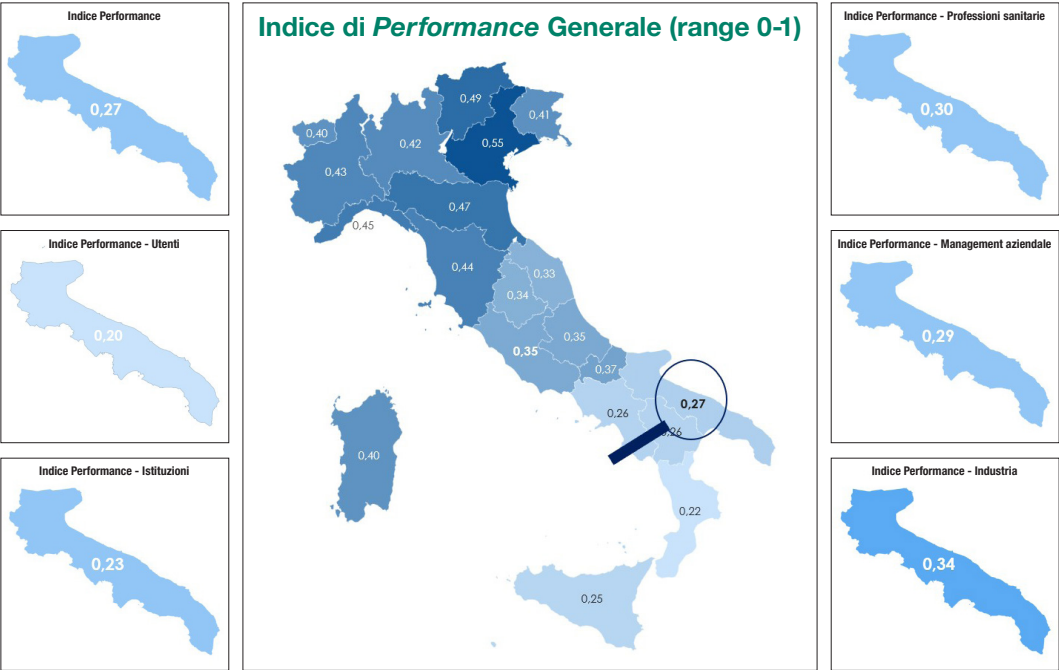
LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

Punteggio medio



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



Valore migliore della media nazionale

Valore peggiore della media nazionale

Valore in miglioramento rispetto al 2019

Valore in peggioramento rispetto al 2019

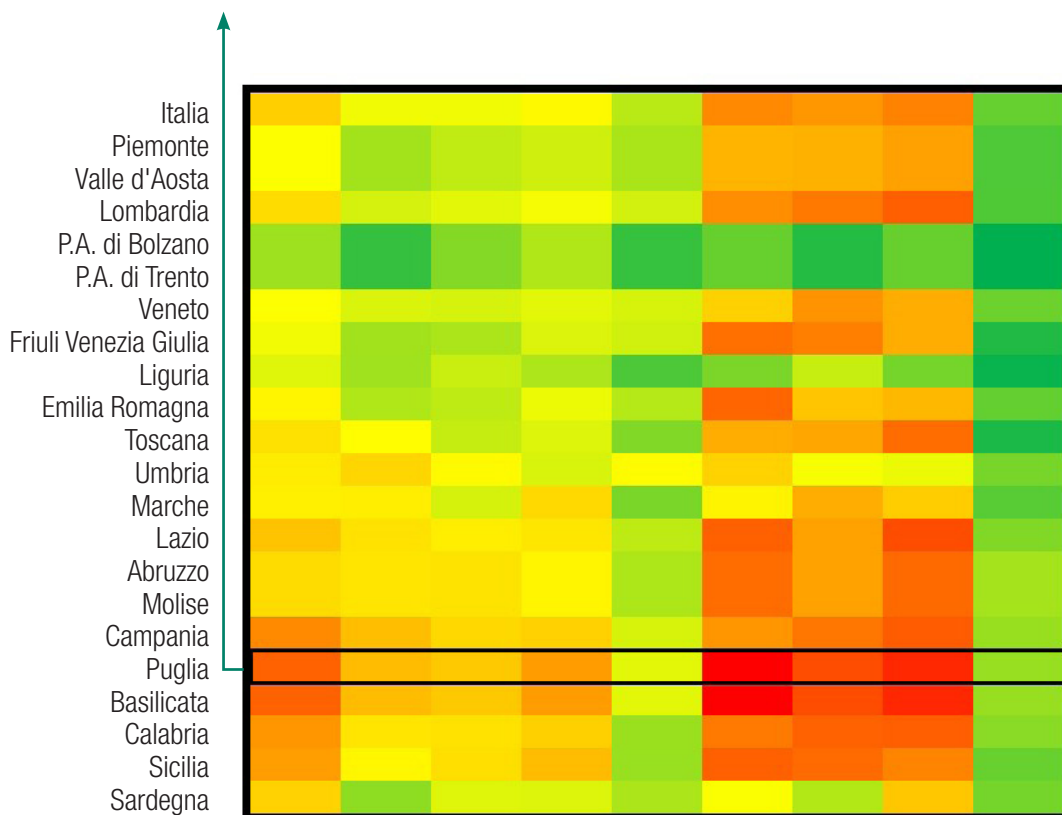
LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

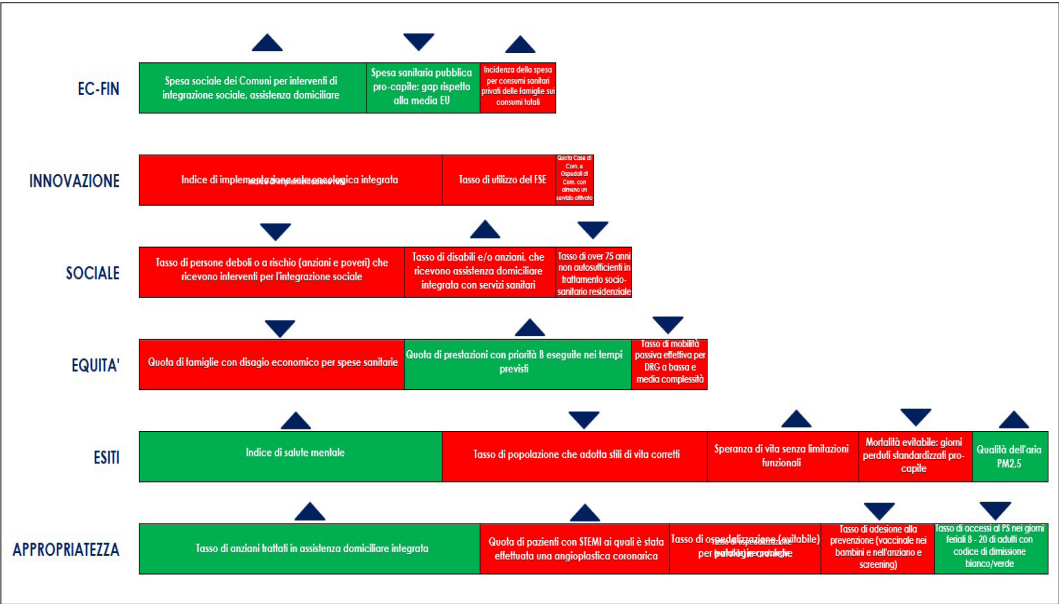
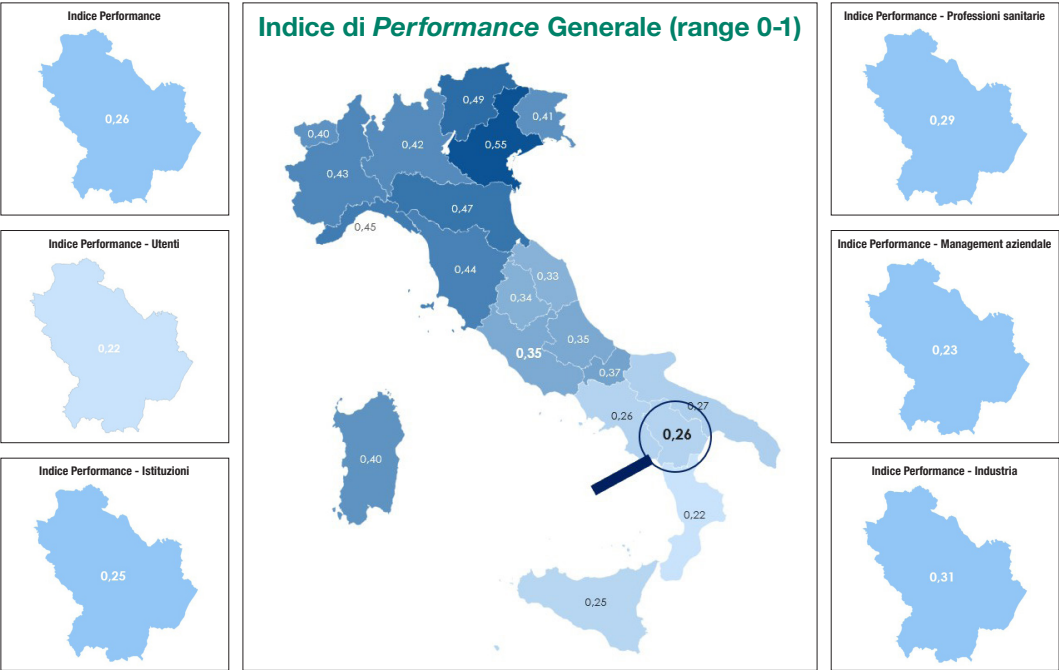
Punteggio medio

5,8

	Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118, ecc.)	Ricovero ospedaliero programmato	Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione	Prestazioni ambulatoriali	MMG e guardia medica	Ricoveri in residenze	Assistenza al proprio domicilio	Assistenza alle persone non autosufficienti	Facilità nel reperire i farmaci
PUGLIA	5,3	6,1	6,3	5,9	7,0	4,5	5,1	4,8	7,6



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



Valore migliore della media nazionale

Valore peggiore della media nazionale

Valore in miglioramento rispetto al 2019

Valore in peggioramento rispetto al 2019

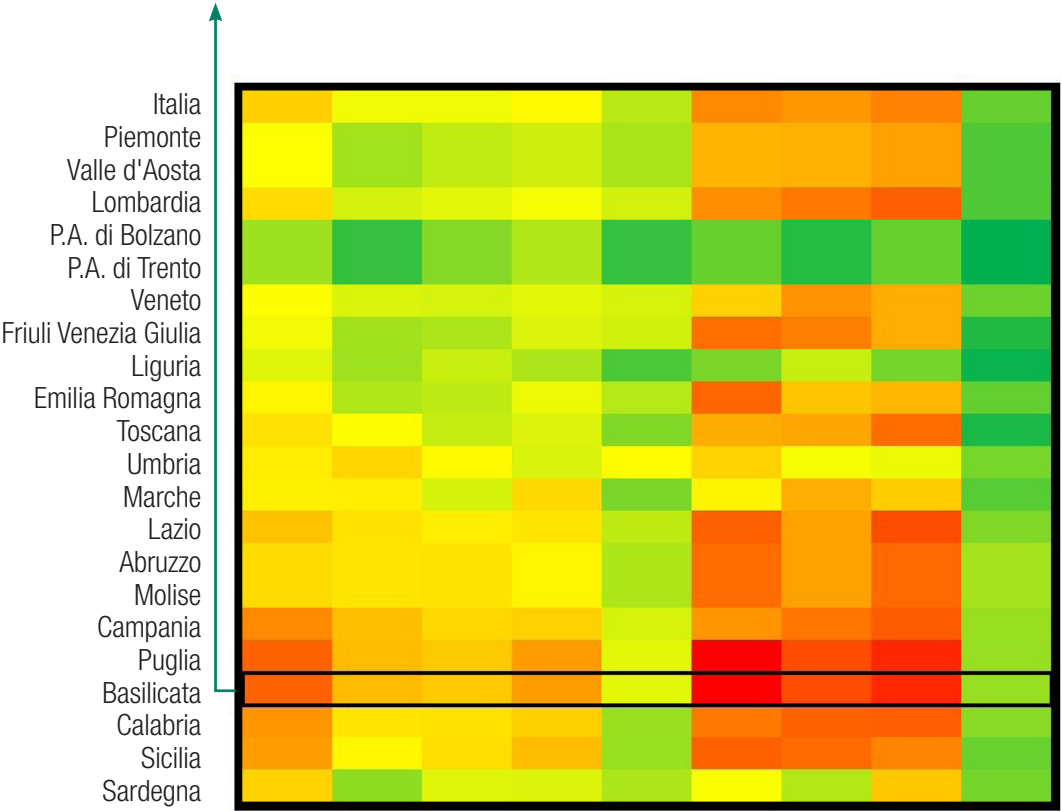
LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

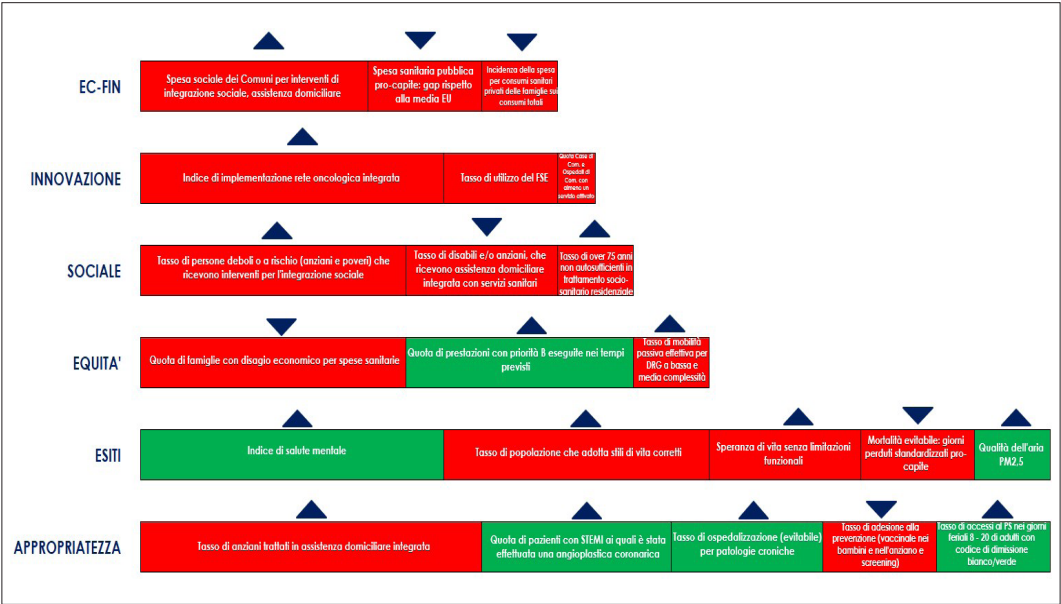
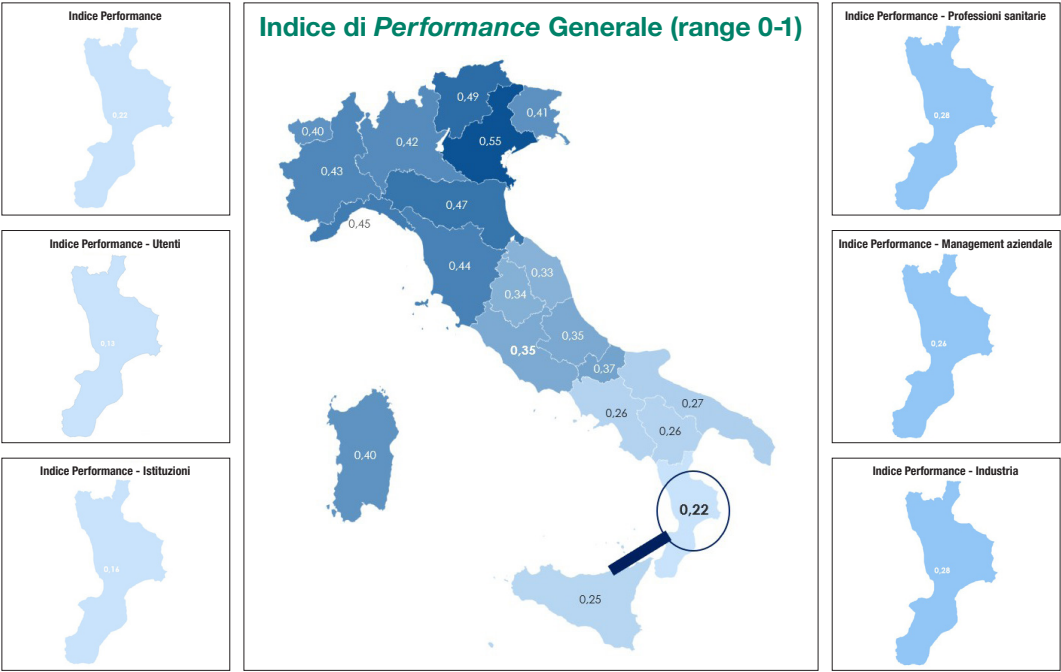
Punteggio medio



	Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118, ecc.)	Ricovero ospedaliero programmato	Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione	Prestazioni ambulatoriali	MMG e guardia medica	Ricoveri in residenze	Assistenza al proprio domicilio	Assistenza alle persone non autosufficienti	Facilità nel reperire i farmaci
BASILICATA	5,3	6,1	6,3	5,9	7,0	4,5	5,1	4,8	7,6



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



Valore migliore della media nazionale

Valore peggiore della media nazionale

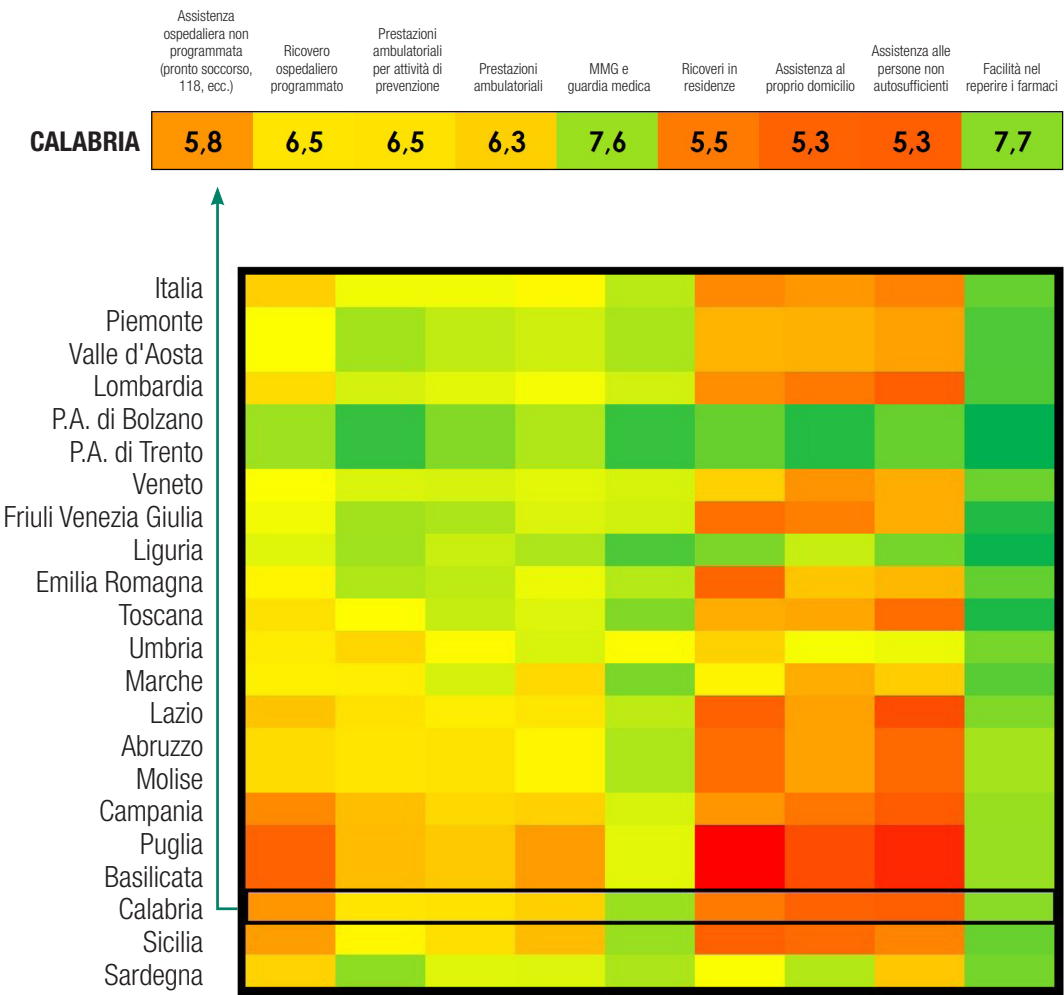
Valore in miglioramento rispetto al 2019

Valore in peggioramento rispetto al 2019

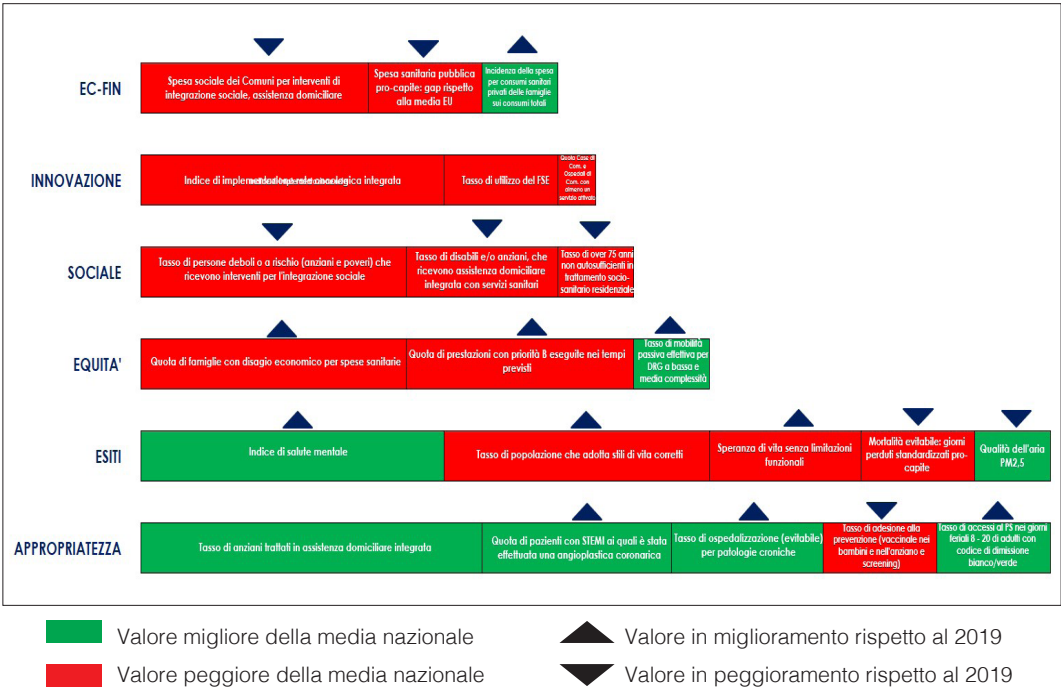
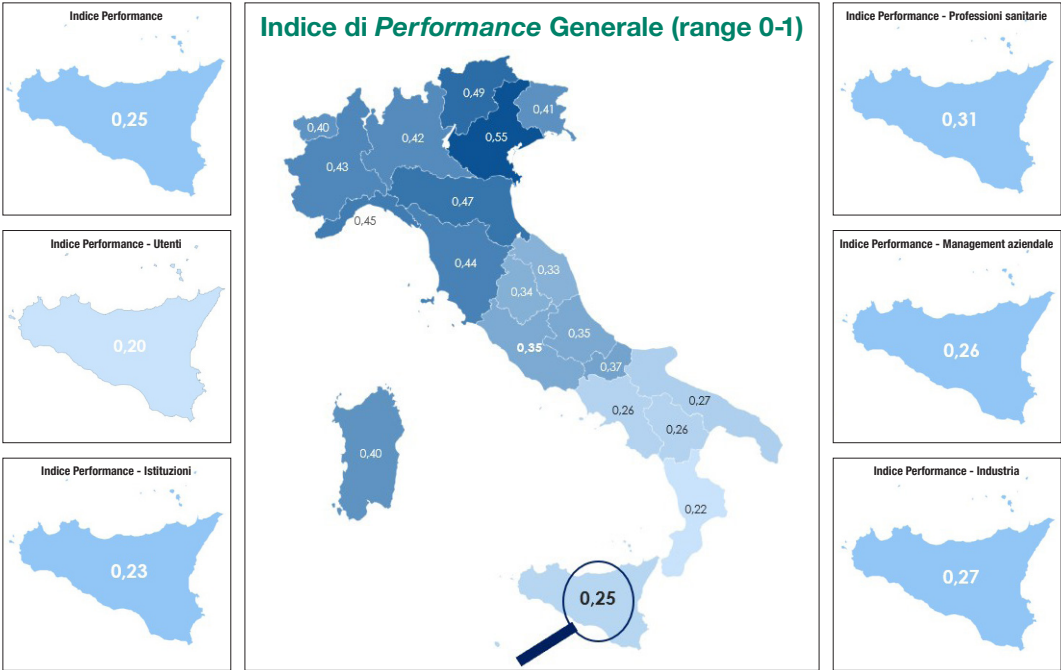
LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

Punteggio medio



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



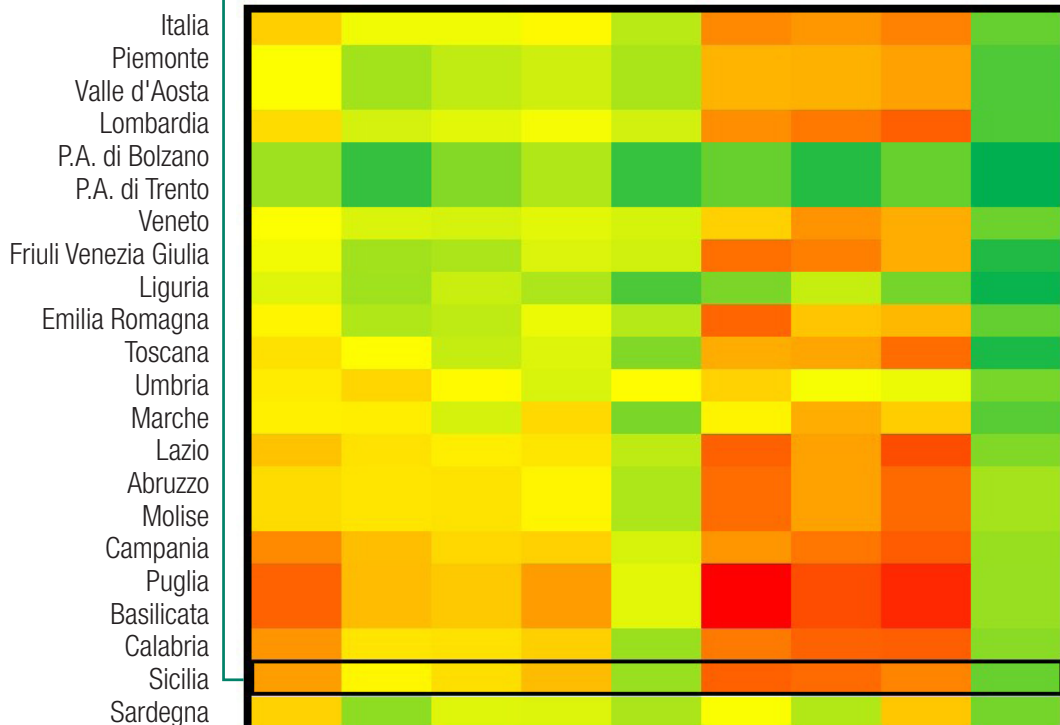
LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

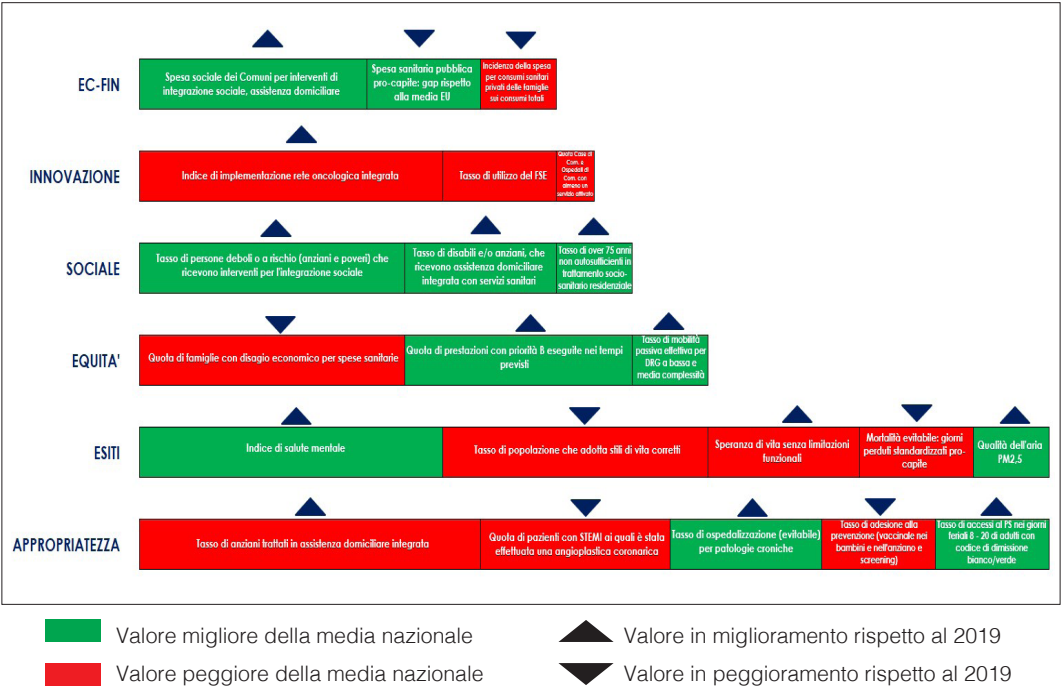
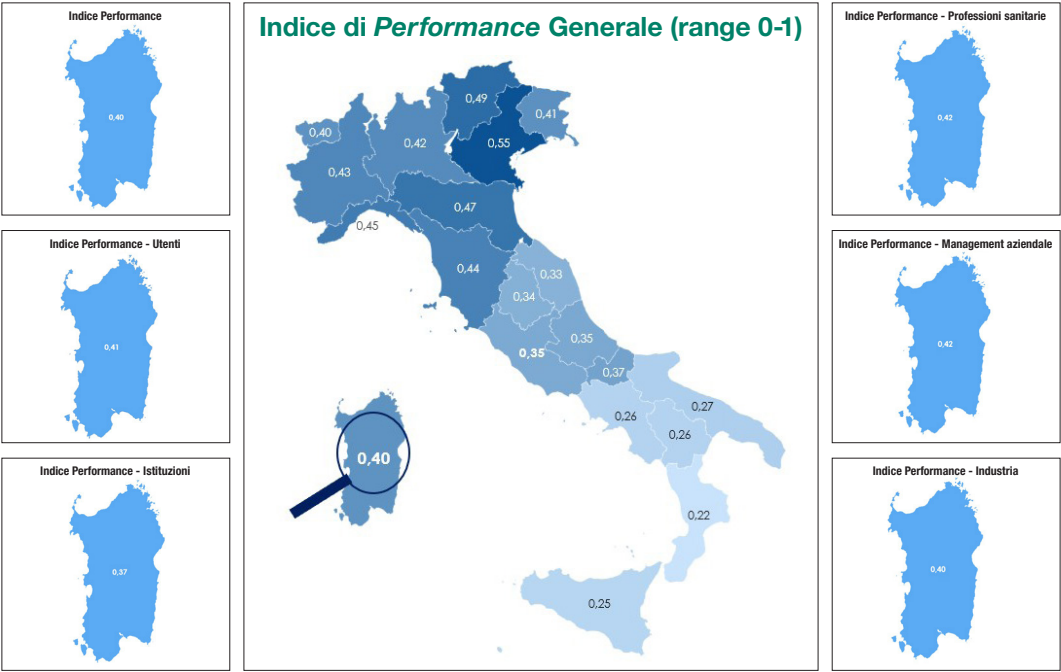
Punteggio medio

6,3

	Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118, ecc.)	Ricovero ospedaliero programmato	Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione	Prestazioni ambulatoriali	MMG e guardia medica	Ricoveri in residenze	Assistenza al proprio domicilio	Assistenza alle persone non autosufficienti	Facilità nel reperire i farmaci
SICILIA	5,9	6,7	6,5	6,1	7,6	5,3	5,4	5,6	8,0



LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



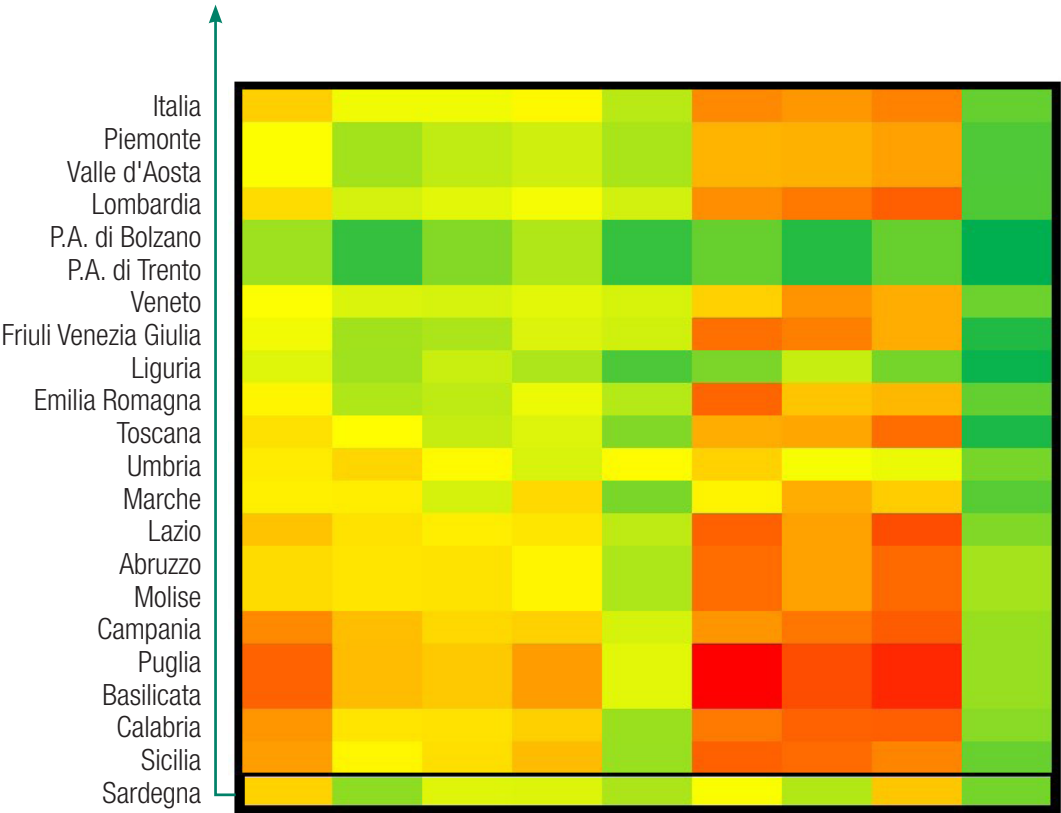
LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI

(0 = per niente soddisfatti, 10 = perfettamente soddisfatti))

Punteggio medio



	Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118, ecc.)	Ricovero ospedaliero programmato	Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione	Prestazioni ambulatoriali	MMG e guardia medica	Ricoveri in residenze	Assistenza al proprio domicilio	Assistenza alle persone non autosufficienti	Facilità nel reperire i farmaci
SARDEGNA	6,3	7,7	7,0	7,0	7,4	6,8	7,4	6,2	7,9





SCHEDE INDICATORI





DIMENSIONE	ID	INDICATORE
Equità	1	Tasso di mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità
	2	Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti
	3	Quota di famiglie con disagio economico (rinuncia per motivi economici o impoverimento) per spese sanitarie
Esiti	4	Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti
	5	Indice di salute mentale
	6	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite
	7	Speranza di vita senza limitazioni funzionali (<i>over</i> 65 anni)
	8	Qualità dell'aria (PM 2.5)
Appropriatezza	9	Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde
	10	Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata
	11	Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e <i>screening</i>)
	12	Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche
	13	Quota di pazienti con infarto miocardico acuto associato a sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) ai quali è stata effettuata una angioplastica coronarica transluminale percutanea entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service
Innovazione	14	Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico
	15	Quota Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio attivato
	16	Indice di implementazione rete oncologica
Economico-finanziaria	17	Spesa sociale dei Comuni per interventi di integrazione sociale, assistenza domiciliare, <i>voucher</i> , assegno di cura, buono socio-sanitario (disabili, anziani e poveri)
	18	Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali
	19	<i>Gap</i> spesa sanitaria pubblica pro-capite EU vs ITA
Sociale	20	Tasso di <i>over</i> 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale
	21	Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale
	22	Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari

DIMENSIONE EQUITÀ

INDICATORE N. 1 - Tasso di mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità

Descrizione	L'indicatore esprime il numero di persone in rapporto alla popolazione che hanno effettuato ricoveri per prestazioni di bassa o media complessità, in Regioni diverse da quelle di residenza (escluse quelle di confine).
Numeratore	Ricoveri in mobilità passiva effettiva per DRG a bassa o media complessità
Denominatore	Popolazione totale
Unità di misura	Per 1.000 abitanti
Fonte	AGENAS

INDICATORE N. 2 - Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti

Descrizione	L'indicatore esprime la quota percentuale di prestazioni specialistiche ambulatoriali con codice di priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti.
Numeratore	Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali con codice B eseguite entro 10 giorni
Denominatore	Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali con codice B
Unità di misura	Valore in %
Fonte	NSG, Ministero della Salute

INDICATORE N. 3 - Quota di famiglie con disagio economico (rinuncia per motivi economici o impoverimento) per spese sanitarie

Descrizione	L'indicatore esprime la quota percentuale di famiglie che si sono impoverite a causa della spesa per consumi sanitari o che hanno rinunciato a sostenerla.
Numeratore	Numero di famiglie con disagio economico per spese sanitarie
Denominatore	Numero di famiglie totale
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT

DIMENSIONE ESITI

INDICATORE N. 4 - Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di soggetti che adotta corretti stili di vita, ovvero che non consuma alcol/non fuma/ha una alimentazione corretta/pratica attività fisica
Numeratore	Persone che adottano stili di vita corretti (adeguata alimentazione, alcol, obesità, fumo, sedentarietà)
Denominatore	Popolazione totale
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati "BES", ISTAT

INDICATORE N. 5 - Indice di salute mentale

Descrizione	L'indice di salute mentale è una misura di disagio psicologico (<i>psychological distress</i>) ottenuta dalla sintesi dei punteggi totalizzati da individui di 14 anni e più nei 5 quesiti del questionario SF36 (36-Item Short Form Survey), che fanno riferimento ad ansia, depressione, perdita di controllo comportamentale o emozionale e benessere psicologico. L'indice varia tra 0 e 100, con migliori condizioni di benessere psicologico al crescere del valore dell'indice.
Numeratore	Livello di benessere psicologico della popolazione over 14 anni
Denominatore	-
Unità di misura	Valore assoluto
Fonte	Indagine "BES", ISTAT

INDICATORE N. 6 - 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	Numero di decessi di persone di 0-74 anni la cui causa di morte è identificata come trattabile o prevenibile
Denominatore	Numero di decessi totale
Unità di misura	Valore standardizzato per 10.000 residenti
Fonte	Indagine "BES", ISTAT

INDICATORE N. 7 - Speranza di vita senza limitazioni funzionali (over 65 anni)

Descrizione	L'indicatore esprime il numero medio di anni che una persona over 65 può sperare di vivere senza limitazioni funzionali
--------------------	---

Numeratore	Numero medio di anni che un individuo <i>over 65</i> spera di vivere senza limitazioni funzionali
Denominatore	-
Unità di misura	Anni
Fonte	Indagine "BES", ISTAT

INDICATORE N. 8 - Qualità dell'aria (PM 2.5)

Descrizione	L'indicatore esprime la percentuale di misurazioni valide superiori al valore di riferimento per la salute, definito dall'Oms (10 µg/m³), sul totale delle misurazioni valide delle concentrazioni medie annuali di PM2,5 per tutte le tipologie di stazione (traffico urbano e suburbano, industriale urbano e suburbano, fondo urbano e suburbano, rurale).
Numeratore	Misurazioni valide superiori al valore di riferimento per la salute
Denominatore	Totale delle misurazioni valide delle concentrazioni medie annuali di PM 2,5
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Indagine "BES", ISTAT

DIMENSIONE APPROPRIATEZZA

INDICATORE N. 9 - Tasso di accessi 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 la quota di popolazione che accede al Pronto Soccorso nei giorni feriali, nella fascia oraria 8-20, e viene dimessa con codice bianco o verde.
Numeratore	Numero di accessi al pronto soccorso dalle ore 8:00 alle ore 20:00 con codice di dimissione bianco o verde
Denominatore	Popolazione residente
Unità di misura	Per 1.000 abitanti residenti adulti
Fonte	NSG, Ministero della Salute

INDICATORE N. 10 - Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata

Descrizione	L'indicatore esprime la quota percentuale di persone <i>over 65</i> alla quale è stata attivata una Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).
Numeratore	Persone <i>over 65</i> trattati in assistenza domiciliare integrata
Denominatore	Popolazione <i>over 65</i>

Unità di misura	Valori in %
Fonte	Indagine "BES", ISTAT

INDICATORE N. 11 - Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e *screening*)

Descrizione	L'indicatore esprime in forma aggregata la quota di popolazione target che si è sottoposta a <i>screening</i> cervicale, mammografico, colonrettale, e/o vaccinazioni (MPRV in età pediatrica e antinfluenzale nell'anziano).
Numeratore	Popolazione con copertura vaccinale nei bambini e nell'anziano e <i>screening</i> mammografico, cervicale e colonrettale
Denominatore	Popolazione totale eleggibile (popolazione <i>target</i> per singola indagine)
Unità di misura	Valore in % popolazione <i>target</i>
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati NSG

INDICATORE N. 12 - Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di popolazione che è stata ricoverata a causa di patologie croniche quali scompenso, diabete, ipertensione, asma o BPCO
Numeratore	Ricoveri ordinari per patologie croniche (scompenso, diabete, ipertensione, asma, BPCO)
Denominatore	Popolazione totale
Unità di misura	Per 1.000 abitanti
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati PNE, AGENAS

INDICATORE N. 13 - Quota di pazienti con infarto miocardico acuto associato a sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) ai quali è stata effettuata una angioplastica coronarica transluminale percutanea entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di persone che hanno ricevuto una procedura di angioplastica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service.
Numeratore	Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro novanta minuti
Denominatore	Numero di episodi di STEMI
Unità di misura	Valore in %
Fonte	PNE, AGENAS

DIMENSIONE INNOVAZIONE

INDICATORE N. 14 - Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico

Descrizione	L'indicatore rappresenta la percentuale dei cittadini assistiti che hanno effettuato almeno un accesso al proprio Fascicolo Sanitario Elettronico rispetto al totale degli assistiti per i quali è stato messo a disposizione almeno un documento nei 90 giorni precedenti alla data di rilevazione.
Numeratore	Numero di cittadini per cui è stato pubblicato un documento, che hanno effettuato un accesso al FSE nei 90 giorni precedenti
Denominatore	Numero di cittadini per cui è stato pubblicato un documento
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Ministero della Salute e Dipartimento per la Trasformazione Digitale

INDICATORE N. 15 - Quota Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio attivato

Descrizione	L'indicatore esprime la percentuale di Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio dichiarato attivo sul totale delle Case della Comunità programmate e Ospedali di Comunità previsti dal D.M. 77/2022.
Numeratore	Numero Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio attivo
Denominatore	Numero Case della Comunità programmate e Ospedali di Comunità previsti
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati AGENAS

INDICATORE N. 16 - Indice di implementazione rete oncologica

Descrizione	L'indicatore esprime il livello di implementazione delle reti oncologiche
Numeratore	Indice ISCO per implementazione rete oncologica
Denominatore	-
Unità di misura	Valore assoluto
Fonte	AGENAS

DIMENSIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

INDICATORE N. 17 - Spesa sociale dei Comuni per interventi di integrazione sociale, assistenza domiciliare, *voucher*, assegno di cura, buono socio-sanitario (disabili, anziani e poveri)

Descrizione	L'indicatore esprime la spesa sociale sostenuta dai comuni in favore di soggetti con disabilità, anziani e poveri su interventi di integrazione sociale, ADI ed erogazione di <i>voucher</i> , assegni di cura e buoni socio-sanitari in rapporto alla popolazione residente (anziani, poveri, disabili).
Numeratore	Spesa sociale dei comuni per persone con disabilità, anziani e poveri
Denominatore	Popolazione residente (anziani, poveri, disabili)
Unità di misura	Valore in €
Fonte	PNE, AGENAS

INDICATORE N. 18 - Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali

Descrizione	L'indicatore esprime la percentuale di consumi delle famiglie destinata all'acquisto di beni e servizi per la Salute.
Numeratore	Spesa per consumi sanitari privati delle famiglie
Denominatore	Spesa per consumi privati delle famiglie
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT

INDICATORE N. 19 - *Gap* spesa sanitaria pubblica pro-capite EU vs ITA

Descrizione	L'indicatore esprime, in numero indice (Europa=100), la differenza di spesa sanitaria totale pubblica pro-capite rispetto alla media europea.
Numeratore	Spesa sanitaria pubblica regionale
Denominatore	Spesa sanitaria pubblica EU-27
Unità di misura	Numero indice (Europa=100)
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Istat, Ragioneria dello Stato e OECD

DIMENSIONE SOCIALE

INDICATORE N. 20 - Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di persone <i>over 75</i> non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale.
Numeratore	Persone <i>over 75</i> anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3
Denominatore	Popolazione <i>over 75</i> anni
Unità di misura	Valore per 1.000 ab. <i>over 75</i> anni
Fonte	NSG, Ministero della Salute

INDICATORE N. 21 - Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale

Descrizione	L'indicatore esprime il tasso di persone deboli o a rischio (anziane o povere) che ricevono interventi per l'integrazione sociale da parte degli enti locali.
Numeratore	Persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale
Denominatore	Persone deboli o a rischio (anziani e poveri)
Unità di misura	Per 1.000 abitanti (popolazione <i>target</i>)
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT

INDICATORE N. 22 - Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari

Descrizione	L'indicatore esprime il tasso di persone disabili e/o anziani che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari da parte degli enti locali.
Numeratore	Persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
Denominatore	Persone disabili e/o anziani
Unità di misura	Valore per 1.000 abitanti (popolazione <i>target</i>)
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT

Finito di stampare
nel mese di giugno 2025 presso
Locopress industria grafica
Mesagne (Brindisi) - Italia
per conto di
Locorotondo editore
ISBN 978-88-99078-89-8

Locorotondo editore
ISBN 978-889907889-8



9 788899 078898