

“Le *Performance* Regionali”



**XI edizione
2023**

D. d'Angela
B. Polistena
F. Spandonaro



DIPARTIMENTO DI
ECONOMIA E FINANZA



Università
San Raffaele
Roma



“Le Performance Regionali” ***XI edizione (2023)***

***Le opportunità di tutela della salute
a livello regionale***



Sommario

| | |
|---|------------|
| Indice delle figure | 5 |
| <i>Credits</i> | 9 |
| <i>Expert Panel</i> | 11 |
| <i>Executive summary</i> | 19 |
| 1. Introduzione | 24 |
| 2. Metodologia | 27 |
| 3. Risultati | 30 |
| 3.1. La valutazione della <i>Performance</i> : il contributo dell' <i>Expert Panel</i> | 30 |
| 3.2. La consensus sulle aree rilevanti per la misura della tutela socio-sanitaria della popolazione | 31 |
| 3.3. La selezione degli indicatori di <i>Performance</i> | 53 |
| 3.4. Le funzioni di valore degli indicatori | 72 |
| 3.5. La composizione degli indicatori | 98 |
| 3.6. Il contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> | 100 |
| 4. La <i>Performance</i> socio-sanitaria | 103 |
| 5. Il monitoraggio degli effetti dell'Autonomia differenziata in Sanità | 109 |
| 6. Riflessioni finali | 115 |
| Schede indicatori | 141 |



Indice delle figure

| | | |
|------------------|--|----|
| Figura 1 | Assistenza ospedaliera Giudizio sulla rilevanza - Quota punteggio da 7 a 10 | 33 |
| Figura 2 | Assistenza specialistica ambulatoriale Giudizio sulla rilevanza - Quota punteggio da 7 a 10 | 34 |
| Figura 3 | Assistenza di medicina generale e pediatria di libera scelta Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10 | 35 |
| Figura 4 | Assistenza extra-ospedaliera (salute mentale, dipendenze, case di comunità, etc.) Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10 | 36 |
| Figura 5 | Assistenza residenziale Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10 | 37 |
| Figura 6 | Assistenza domiciliare Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10 | 38 |
| Figura 7 | Sistema di emergenza-urgenza Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10 | 39 |
| Figura 8 | Sistema di prevenzione (stili di vita, <i>screening</i> , vaccinazione, etc.) Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10 | 40 |
| Figura 9 | Deprivazione Giudizio sulla rilevanza Punteggio da 7 a 10 | 41 |
| Figura 10 | Istruzione della popolazione Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10 | 42 |
| Figura 11 | Qualità dell'ambiente (aria, acqua, etc.) Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10 | 43 |
| Figura 12 | Adeguamento delle infrastrutture urbane Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10 | 44 |
| Figura 13 | Comunicazione sanitaria (tra professionisti e professionisti-pazienti) Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10 | 45 |
| Figura 14 | Livello di integrazione socio-sanitaria Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10 | 46 |
| Figura 15 | Equità di accesso alle cure Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10 | 47 |
| Figura 16 | Accesso alle tecnologie innovative Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10 | 48 |
| Figura 17 | Umanizzazione delle cure Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10 | 49 |

“Le Performance Regionali”

| | | |
|------------------|--|----|
| Figura 18 | Digitalizzazione dei servizi assistenziali Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10 | 50 |
| Figura 19 | Efficientamento dei processi gestionali Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10 | 51 |
| Figura 20 | <i>Ranking</i> aree di valutazione della <i>Performance</i> | 52 |
| Figura 21 | Tasso di ospedalizzazione evitabile per patologie croniche % votanti | 56 |
| Figura 22 | Tasso di <i>screening</i> cervicale, mammografico e coloretale % votanti | 57 |
| Figura 23 | Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata % votanti | 58 |
| Figura 24 | Sforamento pro-capite tetto di spesa farmaceutica (acquisti diretti e convenzionata) % votanti | 60 |
| Figura 25 | Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali % votanti | 61 |
| Figura 26 | Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici % votanti | 63 |
| Figura 27 | Speranza di vita senza limitazioni funzionali (<i>over 65 anni</i>) % votanti | 65 |
| Figura 28 | Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti % votanti | 66 |
| Figura 29 | Indice di salute mentale % votanti | 67 |
| Figura 30 | Tasso di attuazione del FSE % votanti | 69 |
| Figura 31 | Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale % votanti | 71 |
| Figura 32 | Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata Funzione di “valore” per Categoria | 73 |
| Figura 33 | Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche Funzione di “valore” per Categoria | 74 |
| Figura 34 | Tasso di <i>screening</i> cervicale, mammografico e coloretale Funzione di “valore” per Categoria | 75 |
| Figura 35 | Dimensione Appropriatazza Funzione di “valore” per indicatore | 76 |
| Figura 36 | Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata Funzione “valore” per Categoria | 77 |
| Figura 37 | Sforamento pro-capite tetto di spesa farmaceutica (acquisti diretti e convenzionata) Funzione “valore” per Categoria | 78 |

| | | |
|------------------|--|----|
| Figura 38 | Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali Funzione di "valore" per Categoria | 79 |
| Figura 39 | Dimensione Economico-Finanziaria Funzione di "valore" per indicatore | 80 |
| Figura 40 | Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici Funzione di "valore" per Categoria | 81 |
| Figura 41 | Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.) Funzione di "valore" per Categoria | 82 |
| Figura 42 | Tasso di difficoltà di accesso ad alcuni servizi (farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, etc.) Funzione di "valore" per Categoria | 83 |
| Figura 43 | Dimensione Equità Funzione "valore" per indicatore | 84 |
| Figura 44 | Speranza di vita senza limitazioni funzionali (<i>over 65 anni</i>) Funzione "valore" per Categoria | 85 |
| Figura 45 | Indice di salute mentale Funzione "valore" per Categoria | 86 |
| Figura 46 | Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti Funzione di "valore" per Categoria | 87 |
| Figura 47 | Dimensione Esiti Funzione "valore" per indicatore | 88 |
| Figura 48 | Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico Funzione "valore" per Categoria | 89 |
| Figura 49 | Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive Funzione "valore" per Categoria | 90 |
| Figura 50 | Indice di implementazione rete oncologica Funzione di "valore" per Categoria | 91 |
| Figura 51 | Dimensione Innovazione Funzione di "valore" per indicatore | 92 |
| Figura 52 | Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale Funzione di "valore" per Categoria | 93 |
| Figura 53 | Quota di persone disabili e/o anziani che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari Funzione di "valore" per Categoria | 94 |

“Le Performance Regionali”

| | | |
|------------------|--|-----|
| Figura 54 | Tasso di <i>over 75</i> anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale Funzione di “valore” per Categoria | 95 |
| Figura 55 | Dimensione Sociale Funzione di “valore” per indicatore | 96 |
| Figura 56 | Contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> Per Categoria | 101 |
| Figura 57 | Variazioni del contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> XI vs X edizione | 102 |
| Figura 58 | Indice di <i>Performance</i> regionale | 103 |
| Figura 59 | Indice di <i>Performance</i> Categoria Utenti | 104 |
| Figura 60 | Indice di <i>Performance</i> Categoria Istituzioni | 105 |
| Figura 61 | Indice di <i>Performance</i> Categoria Professioni Sanitarie | 106 |
| Figura 62 | Indice di <i>Performance</i> Categoria <i>Management</i> aziendale | 107 |
| Figura 63 | Indice di <i>Performance</i> Categoria Industria Medica | 108 |

Credits

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

Hanno collaborato:

- BONO Martina
C.R.E.A. Sanità
- CARRIERI Ciro
C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- CIOPPA Marco
C.R.E.A. Sanità
- DOTTI Carla
Fondazione Istituto "Sacra Famiglia" Onlus, Milano
- d'ANGELA Claudia
C.R.E.A. Sanità
- D'ERRICO Margherita
C.R.E.A. Sanità
- FRATINI Adriana
C.R.E.A. Sanità
- PLONER Esmeralda
C.R.E.A. Sanità
- POLISTENA Barbara
C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"



Expert Panel

Istituzioni

- ANNICHIARICO Massimo
Direttore Generale dell'area sanità e sociale, Regione Veneto
- BOTTARO Luigi Carlo
Direttore Generale ASL 3, Regione Piemonte - Presidente di Federsanità Anci Liguria
- CAROLI Francesco
Staff gabinetto Sindaco Milano
- CINQUE Ettore
Assessore Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, Regione Campania
- COSCIONI Enrico
Presidente AGENAS
- D'ALESSANDRO Pierpaola
Vice Direttore Generale Vicario, Comune di Roma
- DEGRASSI Flori
Presidente ANDOS
- DE SANTI Anna Maria
Responsabile Unità di Neuroscienze Sociali, ISS
- FLEGO Gaddo
Direttore Sanitario Ospedale Evangelico Internazionale, già coordinatore rete ligure HTA
- IPPOLITO Giuseppe
Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in sanità
- LORUSSO Stefano
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
- MARCHETTI Marco
Dirigente HTA, AGENAS e Vicecoordinatore per i dispositivi medici dal Gruppo di coordinamento degli Stati membri UE sull'Health Technology Assessment (HTACG)
- MALETTI Francesca
Consigliera Regionale Emilia-Romagna, Vicepresidente Commissione Politiche per la Salute e Politiche Sociali
- MONTANARO Vito
Direttore Generale Assessorato, Regione Puglia
- NEGRI Simone
Consigliere regionale, Regione Lombardia
- RADICE Lorenzo
Sindaco di Legnano

“Le Performance Regionali”

- RUSCITTI Giancarlo
Direttore Dipartimento Salute Politiche Sociali della Provincia Autonoma di Trento
- SCROCCARO Giovanna
Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici, Regione Veneto

Management aziendale

- BENINI Patrizia
Direttore Generale Istituto Oncologico Veneto
- BORDON Paolo
Direttore Generale AUSL Bologna
- BOSIO Marco
Direttore Generale ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
- CALAMAI Monica
Direttore Generale Azienda USL di Ferrara
- CAPALBO Maria
Direttore Generale IRCCS INRCA, Regione Marche
- CARRADORI Tiziano
Direttore Generale AUSL Romagna
- CATTINA Grazia
Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero Unico ASL di Nuoro
- COLLETTI Roberto
Direttore Generale ARNAS Civico Palermo
- D'ALBA Fabrizio
Direttore Generale Policlinico Umberto I Roma
- DE FILIPPIS Giuseppe
Direttore Generale F.F. Azienda Ospedaliera di Perugia
- DEI Simona
Direttore Sanitario Azienda USL Toscana Sud Est
- DESIDERI Enrico
Presidente Fondazione Sicurezza in Sanità
- DONETTI Daniela
Direttore Generale Sant'Andrea Roma
- FRITTELLI Tiziana
Direttore Generale A.O. San Giovanni Addolorata, Roma Presidente Federsanità-ANCI
- GENTILI Gilberto
Commissario Straordinario AST Pesaro Urbino

- GIULIANO Giuseppe
Direttore Generale ASP Vibo Valentia
- GIUPPONI Massimo
Direttore Generale ATS Bergamo
- LA VALLE Giovanni
Direttore Generale AOU Città della Salute e della Scienza Torino
- LOMBARDO Massimo
Direttore Generale ASST Spedali Civili di Brescia
- MARTELLI Giorgio
Direttore Generale IRCCS Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori
- MIGLIORE Giovanni
Direttore Generale FIASO
- POLIMENI Joseph
Direttore Generale ARCS Friuli-Venezia Giulia
- PULVIRENTI Sabrina
Direttore Generale ASM Matera e CS CROB
- QUINTAVALLE Giuseppe
Commissario straordinario ASL Roma 1
- SCARCELLA Carmelo
Direttore Generale ATS Brianza
- SCHAEEL Thomas
Direttore Generale ASL Vasto-Chieti
- SCHIEPPATI Stefano
Direttore Sanitario Istituto «Besta» Milano
- SERPIERI Chiara
Direttore Generale ASL Verbano-Cusio-Ossola
- SILVESTRI Norberto
Già Direttore Sanitario Campus Biomedico - Roma Action for Health Institute, Milano
- SPERA Giuseppe
Direttore Generale San Carlo AO Regionale Basilicata
- TIDORE Marcello
Direttore Generale ASL Cagliari
- TUBERTINI Mario
Istituto di Montecatone Bologna
- VOLPE Gennaro
Direttore Generale ASL Benevento - Presidente CARD

“Le Performance Regionali”

Professioni sanitarie

- ANELLI Filippo
Presidente FNOMCEO
- ANNICCHIARICO Giuseppina
Coordinatrice del Co.Re.Ma.R. (Coordinamento Regionale Malattie Rare - ARES Puglia)
- BALZANELLI Mario Giosuè
Presidente SIS118
- BIANCHI Stefano
Presidente SIN
- CALABRESE Nicola
Vice Segretario Nazionale FIMMG
- CHIODINI Iacopo
Presidente SIOMMMS
- CORRADI Maria Paola
Direttore ARES 118 Lazio
- COSSOLO Marco
Presidente Federfarma
- CUSANO Francesco
Presidente ADOl
- D'ARPINO Alessandro
Vicepresidente SIFO, Direttore Farmacia AOU di Perugia
- D'AVINO Antonio
Presidente FIMP
- DE GIORGI Serafino
Presidente Società Italiana di Psichiatria Sociale
- DI LORENZO Nicola
già Presidente SICOB
- DI TURI Roberta
Segretario Generale SINAFO
- ESPOSITO Giovanni
Presidente GISE
- FAILLACE Guido
Presidente FederSerd
- FAVARETTI Carlo
Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano
- FERRO Antonio
Direttore generale Azienda Provinciale Servizi Sanitari P.A. di Trento

- FOCARELLI Dario
Direttore generale ANIA
- GAUDIOSO Antonio
Senior Advisor Apoteca Natura
- GOVONI Marcello
Consigliere SIR
- LEONARDI Filippo
Direttore Generale AIOP
- MANGIACAVALLI Barbara
Presidente FNOPI
- MONTORSI Marco
Rettore Humanitas
- ORFEO Luigi
Presidente SIN
- PAOLINI Barbara
Presidente ADI
- PERRONE FILARDI Pasquale
Presidente SIC Cardiologia
- PIETRANTONIO Filomena
Consigliere FADOI - Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti
- ROVIELLO Franco
Presidente Società Italiana di Chirurgia Oncologica
- SEBASTIANI Gian Domenico
Presidente SIR
- SILIQUINI Roberta
Presidente SITI
- STARACE Fabrizio
Presidente Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica
- TOSSALI Maria Letizia
Presidente AITNE - Associazione Italiana Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- UNGAR Andrea
Presidente SIGG
- ZAMPOLINI Mauro
Presidente SIRN
- ZITO Giovanni Battista
Presidente A.R.C.A.

“Le Performance Regionali”

Utenti

- ACETI Tonino
Presidente Salutequità
- CELANO Antonella
Presidente APMAR
- CORAZZA Valeria
Presidente APIAFCO
- MANCUSO Anna Maria
Presidente Salute Donna
- MANDORINO Anna Lisa
Segretario Generale Cittadinanzattiva
- PANNUTI Raffaella
Presidente Fondazione ANT Italia Onlus
- PELAGALLI Maddalena
Vice Presidente SIMEN
- RIVELLA Alessandra
Presidente Associazione A.N.N.A.
- SCOPINARO Annalisa
Presidente UNIAMO
- VIORA Ugo Giuseppe
Segretario/Executive Manager ANAP ONLUS

Industria

- BARRELLA Annarita
Abbvie
- BERGAMINI Fabio
Sanofi
- BRAUCCI Edoardo
Boehringer Ingelheim
- BORLOTTI Barbara
Nestlé Health Science
- CASOLI Lucia
Amgen
- DI STASI Francesca
W.L. Gore
- GELLONA Fernanda
Confindustria dispositivi medici
- SINIBALDI Alessandra
Galapagos
- TEALDO Michela
Takeda



“Le Performance Regionali”

Ringraziamenti

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

abbvie

AMGEN®

 astellas

 Boehringer
Ingelheim

Galápagos
Pioneering for patients

 GORE

Medtronic

 Nestlé
HealthScience

sanofi

 Takeda

Executive summary

Il progetto “Le Performance Regionali”, promosso da C.R.E.A. Sanità, sin dal 2012 si è proposto 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.

A tal fine è stata predisposta, e affinata negli anni, una metodologia fondata sul riconoscimento della natura multidimensionale della *Performance*, nonché sulle diverse prospettive di cui sono portatori i diversi *stakeholder* del sistema socio-sanitario.

L’affinamento della metodologia, come anche il sistema di valutazione è supportato da un *Expert Panel multistakeholder* (Istituzioni, *Management* Aziendale, Professioni sanitarie, Utenti e Industria medica) a cui, nel 2023, hanno aderito oltre 100 componenti.

L’indice unico di *Performance* viene determinato sulla base della metodologia sviluppata da C.R.E.A. Sanità, descritta per esteso nel report; la suddetta metodologia assegna un ruolo centrale al *Panel*, chiamato a:

- Individuare le aree “qualificanti” nella valutazione dei servizi socio-sanitari
- Individuare le Dimensioni di *Performance* (ad oggi Equità, Esiti, Appropriatezza, Innovazione, Esiti e Sociale)
- Individuare gli indicatori che le rappresentano
- Esprimere (mediante un processo di elicitazione) le proprie preferenze (ovvero i “pesi” attribuiti ai singoli indicatori e Dimensioni di valutazione, nonché le possibilità di “scambio” fra di essi).

Nella edizione 2023 (XI) il *Panel* si è anche interrogato sulla possibilità in futuro di estendere la metodologia ai fini di monitorare gli effetti dei processi di eventuale implementazione di forme di autonomia differenziata in Sanità.

In tale ottica, si sono individuate alcune integrazioni metodologiche da implementare nelle prossime edizioni della ricerca, e sono stati proposti tre indicatori utili a quantificare dimensione il “verso” degli effetti dell’autonomia differenziata, e di identificare eventuali aree che necessitano di interventi specifici nei diversi “livelli” di *governance*: nazionale, regionale e locale.

La valutazione 2023 delle *Performance* regionali, in tema di tutela socio-sanitaria offerta ai propri cittadini residenti, oscilla da un massimo del 59% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 30%: il risultato migliore lo ottiene il Veneto ed il peggiore la Calabria.

Dalle valutazioni, quindi, si evince come, a parere del *Panel*, le *Performance* regionali risultino ancora significativamente distanti da una *Performance* ottimale.

Il divario del ranking fra la prima e l’ultima Regione è rilevante: quasi un terzo delle Regioni non arriva ad un livello pari al 30% del massimo ottenibile.

Tre Regioni (verde nella mappa), tutte del Nord-Est, sembrano avere livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre: Veneto, P.A. di Trento e P.A. di Bolzano superano la soglia del 50% (rispettivamente 59%, 55% e 52%).

Nel secondo gruppo (verde chiaro), troviamo cinque Regioni, con livelli dell’indice di *Performance* compresi tra il 47% e il 49%: Toscana, Piemonte, Emilia Romagna, Lombardia e Marche.

Nel terzo gruppo (arancione) troviamo Liguria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Umbria,

“Le Performance Regionali”

Molise, Valle d'Aosta e Abruzzo, con livelli di *Performance* abbastanza omogenei, ma inferiori, compresi nel range 37-43%.

Infine, 6 Regioni (rosso), Sicilia, Puglia, Sardegna, Campania, Basilicata e Calabria, hanno livelli di *Performance* che risultano inferiori al 32%.

Osserviamo come 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 costante negli anni.

Si rimanda al *report* di presentazione dei risultati per l'analisi delle diversità di valutazione delle diverse categorie di *stakeholder*.

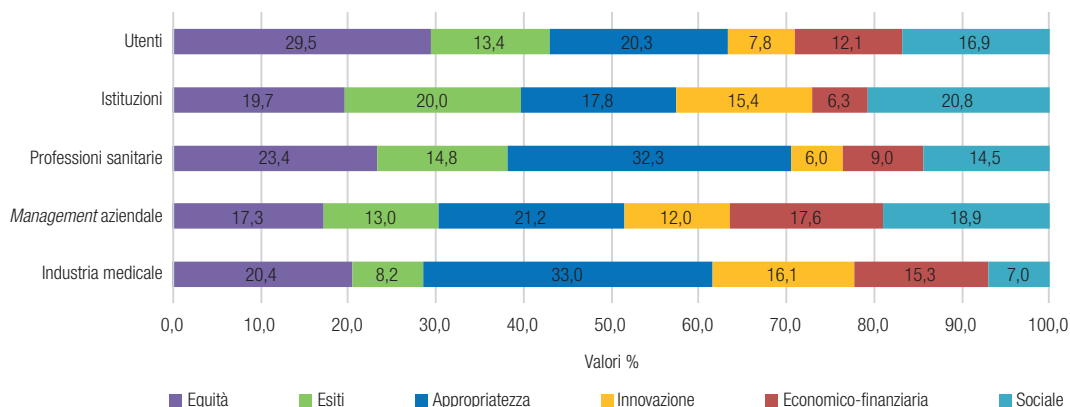
Analizzando i risultati per Dimensione, osserviamo come le tre Dimensioni Appropriata, Equità e Sociale contribuiscano per oltre il 60% alla *Performance*: 24,9%, 22,6% e 15,6% rispettivamente; segue la Dimensione Esiti (13,9%); le Dimensioni Economico-finanziaria ed Innovazione, contribuiscono rispettivamente per il 12,1% e l'11,5%.

Sebbene con alcune apprezzabili differenze quantitative, l'Equità e l'Appropriatezza (quest'ultima con l'eccezione dei rappresentanti delle Istituzioni) sono nelle prime tre posizioni per tutte le categorie di *stakeholder*; la Dimensione Sociale anche, ad eccezione dei rappresentanti dell'Industria Medica.

Indice di *Performance* (0 Perf. peggiore -1 Perf. ottima)



Contributo % degli indicatori alla Performance



La Dimensione Esiti è nelle prime tre posizioni per i rappresentanti delle Professioni sanitarie ed delle Istituzioni; l'Economico-finanziaria è tra le prime tre solo per il *Management Aziendale*.

Rispetto alla precedente edizione della ricerca si registra una riduzione notevole del “peso” associato alla Dimensione Esiti (-8,2 punti percentuali); si riduce anche il peso delle Dimensioni Sociale (-2,4 punti percentuali), Innovazione (-1,6 punti percentuali) ed Economico-finanziaria (-0,4 punti percentuali); aumenta, invece, in modo significativo il contributo delle Dimensioni Appropriatelyzza ed Equità (+7,2 e +5,5 punti percentuali rispettivamente).

La dinamica dei “pesi” delle Dimensioni sembra poter essere messa in relazione con il disegno di ammodernamento del SSN delineato dagli investimenti previsti a valere sulla Missione 6 del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) e dall’emanazione del Decreto n. 77 sugli standard di offerta per le strutture territoriali.

In altri termini, il sistema di valutazione della *Performance* si sposta dinamicamente verso il monitoraggio delle politiche di potenziamento del “territorio” e di integrazione con i servizi sociali, ritenute essenziali in termini di tutela della popolazione. Una effettiva tutela richiede equità di accesso ai servizi, congiunta ad una concreta integrazione tra sanità e sociale, superando la separazione di ruoli e competenze sin qui sperimentata.

Nell’edizione 2023, come anticipato, l’*Expert Panel* si è interrogato su come la metodologia di misurazione della *Performance* potesse essere opportunamente estesa per essere utilizzata a supporto del monitoraggio degli effetti dell’autonomia differenziata in Sanità. A tale proposito tre necessità sono emerse come specificatamente rilevanti:

- 1) effettuare una analisi dinamica delle *Performance*
- 2) allargare a nuove aree il sistema di misurazione
- 3) implementare per tempo adeguati sistemi informativi.

Nell’ottica secondo cui, ai fini del monitoraggio degli eventuali effetti della autonomia differenziata in Sanità, l’elemento chiave sia la verifica che tutte le Regioni procedano nel processo di miglioramento, evitando peggioramenti attribuibili a una autonomia più competitiva che cooperativa, il *Panel* ha individuato le aree di monitoraggio ritenute più

“Le Performance Regionali”

significative; sono stati quindi proposti tre indicatori per la sintesi.

In particolare, il *Panel* ritiene che meritino particolare attenzione le seguenti aree:

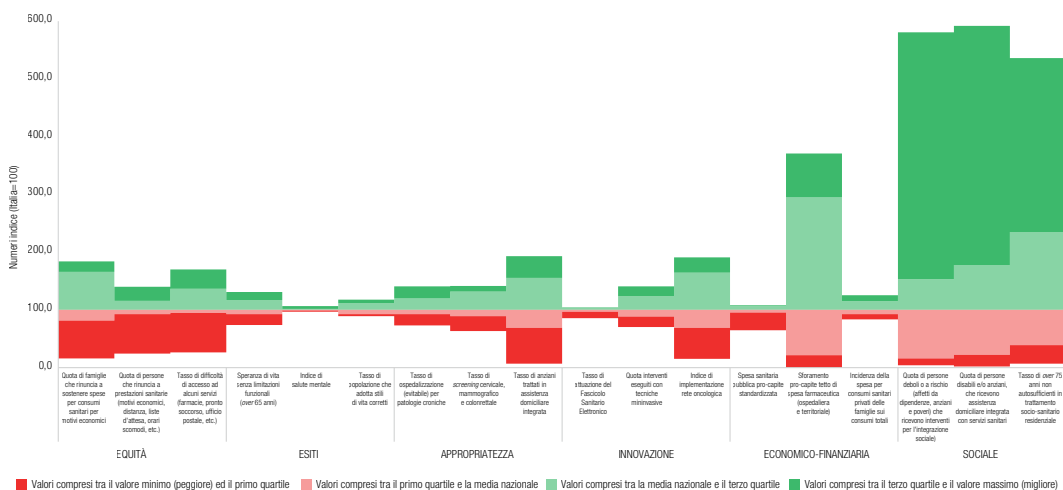
- Assistenza ospedaliera ed extra-ospedaliera
- Equità di accesso alle cure
- Livello di integrazione socio-sanitaria
- Sistemi di prevenzione (adozione stili di vita corretti, *screening* etc.)
- Digitalizzazione dei servizi assistenziali
- Accesso alle tecnologie innovative
- Assistenza domiciliare
- Efficientamento dei processi gestionali

Un elemento critico fortemente stigmatizzato dal *Panel* è che il monitoraggio di tali aree richiede un adeguato investimento per migliorare i sistemi informativi, onde evitare che, come spesso avvenuto in passato, il monitoraggio si sia dovuto adeguare alla disponibilità dei flussi informativi e non viceversa. L'importanza di monitorare efficacemente il rispetto dei LEA (eventualmente anche estendendo l'attuale sistema istituzionale NSG) e degli effetti della autonomia differenziata richiede, invece, lo sviluppo di nuovi e adeguati sistemi informativi, in particolare a copertura di alcune aree quali la digitalizzazione, l'integrazione socio-sanitaria, la comunicazione tra professionisti e tra professionisti e pazienti/*careviger*.

Da un punto di vista metodologico, il *Panel* ha convenuto che, nelle prossime edizioni della ricerca, la metodologia “storicamente sviluppata”, sarà affiancata dall'osservazione delle variazioni di un nucleo di indicatori “*permanent*”, che rimarrà costante nel tempo per permettere l'apprezzamento delle dinamiche in essere.

Verranno, inoltre, introdotti tre indicatori per il monitoraggio degli effetti dell'autonomia differenziata in Sanità: il primo, basato sulle variazioni dell'“area” delle *Performance* “peggiori” regionali; il secondo, sul numero di miglioramenti o peggioramenti di tali *Performance*; il terzo, sulla diversa dinamica registrata dagli indicatori nelle Regioni a cui sarà stata riconosciuta un'autonomia differenziata in Sanità, rispetto alle restanti.

Monitoraggio effetti dell'autonomia differenziata in Sanità



In tal modo si potrà verificare se l'aspettativa, implicita nel disegno di legge sull'autonomia differenziata, che si realizzi un effetto "traino", ovvero crescano i livelli minimi di *Performance* regionali, si stia effettivamente realizzando: in altri termini, l'aspettativa è che l'area che indica i livelli "peggiori" degli indicatori "*permanent*" (area rossa nel grafico), coerentemente anche con la logica del rispetto delle garanzie sui LEA, vada riducendosi, ovvero migliorino i livelli minimi garantiti.

Il sistema proposto per il monitoraggio degli effetti dell'autonomia differenziata in Sanità, auspicabilmente integrato con indicatori ritenuti qualificanti, ma di cui non si dispone ad oggi di flussi informativi, potrebbero così rappresentare un supporto alla programmazione socio-sanitaria, attraverso l'indicazione non solo del "verso" degli effetti ma anche degli eventuali ambiti di azione, nei diversi "livelli (nazionale, regionale e locale).

1. Introduzione

La XI annualità del progetto “*Performance Regionali*” 2023 si pone l’obiettivo di fornire una valutazione del livello di tutela di cui dispongono i cittadini, grazie all’assistenza sanitaria e sociale erogata nelle diverse Regioni.

La valutazione vuole rappresentare una occasione di riflessione sulle opportunità di tutela, in primis della salute, ma anche socio-sanitaria, della popolazione residente nelle diverse Regioni italiane: tutela che si concretizza grazie agli effetti generati da una congerie di fattori, quali i servizi pubblici disponibili, il contesto ambientale, quello socio-economico, etc.

In altri termini, la tutela si realizza non solo garantendo l’erogazione pubblica di beni e servizi sanitari, bensì promuovendo, senza pretesa di esaustività, forme di prevenzione - nella sua accezione più ampia, che comprende gli stili di vita adottati dai cittadini -, promozione della salubrità ambientale, contrasto alla deprivazione socio-economica (che, oltre il resto mina le capacità di auto-produzione di Salute), mitigazione dei divari socio-economici, etc.; la tutela sanitaria di fatto comprende il Sociale e tutto ciò che esita nella capacità di inclusione; contiene, ancora, il costo-opportunità di destinare risorse pubbliche, ma anche private, al settore socio-sanitario, privandone altri usi meritori.

In sintesi, la tutela socio-sanitaria, di fatto, rappresenta l’*outcome* del combinato disposto dei servizi erogati dal settore pubblico, quelli erogati dal settore privato, nonché delle attitudini dei cittadini, sia in termini di scelta di ricorrere a particolari tipologie di consumi privati, sia in termini di adozione di, più o meno, sani stili di vita.

Ne discende che il concetto di *Performance* utilizzato nella ricerca è intrinsecamente multidimensionale.

La ricerca, inoltre, adotta una logica multi-prospettica: l’assunzione, peraltro confermata dai risultati delle precedenti edizioni della progettualità, è che “diverse” categorie di *stakeholder* dei sistemi socio-sanitari siano, di fatto, portatori di aspettative non completamente sovrapponibili in tema di tutela e, quindi, valutino in modo differente le *Performance* di sistema.

Per realizzare una sintesi delle diverse Dimensioni e degli effetti delle diverse Prospettive, è stata sviluppata una metodologia “democratica” per la loro composizione, tenendo esplicitamente conto dei diversi “pesi” che gli *stakeholder* possono attribuire alle diverse “Dimensioni”.

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

Come anticipato, l’approccio utilizzato per giungere ad un indice regionale di *Performance*, in continuità con le edizioni precedenti, è il frutto dello sviluppo di una metodologia originale di valutazione, proposto originariamente, nel 2012, dal *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità); la metodologia si basa sul supporto offerto da un qualificato *Panel* di esperti, che è, di fatto, il “motore” dei processi di affinamento annuale dell’approccio.

Al *Panel* è affidato il compito di individuare annualmente le Dimensioni rilevanti di *Performance* e, a seguire, gli indicatori ritenuti rappresentativi delle stesse; l’esito, come si

è palesato nelle diverse annualità del progetto di ricerca, è condizionato dalle “priorità” nelle politiche di tutela maturate nel periodo.

Il *Panel*, inoltre, è il campione su cui si applica un processo di elicitazione delle preferenze, con i quali risultati viene alimentato il processo di composizione delle Prospettive e delle Dimensioni finalizzato alla elaborazione di un indice sintetico di valutazione.

Alla XI annualità del progetto hanno contribuito 105 esperti, in qualità di componenti del *Panel*, 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 8 regionali e 4 locali
- 10 rappresentanti degli Utenti/Cittadini: fra questi 9 Presidenti/Coordinatori nazionali di Associazioni dei pazienti
- 35 rappresentanti delle Professioni sanitarie: tutti Presidenti Nazionali di Società Scientifiche.
- 33 componenti del *Management* di aziende sanitarie: 29 Direttori Generali di aziende sanitarie, 5 Direttori Sanitari di aziende sanitarie, 1 Presidente di fondazione sicurezza in Sanità.
- 9 rappresentanti dell’Industria: 8 Dirigenti di aziende medicali (farmaci e dispositivi medici) e 1 Presidente di Associazione di categoria.

L’approccio metodologico adottato, operativamente, ha previsto cinque fasi:

- individuazione delle aree di valutazione *della Performance*
- individuazione delle Dimensioni della *Performance*
- individuazione di un set di indicatori di *Performance*
- elicitazione del “valore” che i componenti del *Panel* attribuiscono alle determinazioni degli indicatori
- elicitazione del “valore relativo” attribuito dai componenti del *Panel* ai diversi indicatori.

Per “valore relativo” si intende la disponibilità espressa dagli *stakeholder* a scambiare peggiori determinazioni di un indicatore con migliori di un altro, a parità di valutazione complessiva della *Performance*.

Le evidenze sinora generate dal progetto sono molteplici; fra quelle che riteniamo più originali e rilevanti, citiamo:

- la dimostrazione/conferma della dipendenza della misura della *Performance* dalle diverse prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder*
- l’esistenza di una dinamica legata all’evoluzione del contesto politico e culturale, e quindi alle tendenze delle politiche sanitarie e sociali, che si estrinseca nella modificazione dei “pesi” di composizione delle diverse Dimensioni di cui è composta la *Performance*
- l’esistenza di una correlazione fra la misura di *Performance* ed il contesto locale professionale dei membri del *Panel*.

Infine, si osservi che, alla luce della consapevolezza della relazione inscindibile tra sanità e sociale, ma anche del ruolo che spetta agli Enti Locali (in primis i Comuni) nell’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), si è ritenuto opportuno conservare, anche in questa annualità, la *Dimensione* di valutazione del “Sociale”, sebbene si riscontrino significativi limiti in termini di disponibilità di flussi informativi.

“Le Performance Regionali”

Inoltre, quest'anno il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità ha introdotto una ulteriore fase di valutazione, proponendo al *Panel* un elenco di aree di valutazione (16), con la richiesta di esprimere per ognuna di esse un livello di gradimento/importanza (in una scala 0-10). Per le aree ritenute più significative, sono stati poi preselezionati 37 indicatori, attribuibili alle sei Dimensioni predeterminate di valutazione: Appropriatezza, Economico-Finanziaria, Equità, Esiti, Innovazione, e Sociale. Successivamente, in presenza di più indicatori rappresentativi della stessa area, è stato proposto al *Panel* di scegliere quelli ritenuti più “qualificanti” (sottogruppo di 30 indicatori).

Operativamente, la selezione delle aree di valutazione è avvenuta utilizzando un processo di *consensus*, adottando il metodo *Delphi*, a cui sono stati invitati a partecipare tutti i componenti del *Panel*.

A seguire, durante il *meeting* dell'*expert Panel*, tenutosi a Roma il 18.5.2023, i membri del *Panel* hanno provveduto a scegliere, per votazione, gli indicatori rappresentativi delle dimensioni prescelte.

Successivamente, il *Panel* si è concentrato sull'analisi dell'evoluzione del quadro normativo generale del SSN e sulle modifiche a medio termine da apportare al sistema di misurazione della *Performance*. Nello specifico, alla luce della possibilità che si inauguri il processo di riconoscimento della cosiddetta “autonomia differenziata) per alcune Regioni, si è ritenuto necessario prepararsi a monitorarne gli effetti.

Si è, altresì, confermata l'importanza di considerare che il sistema è entrato in una fase di transizione, che è atteso porterà ad una significativa evoluzione organizzativa: per la sua valutazione il *Panel* sottolinea che è necessario un aggiornamento dei flussi informativi esistenti.

Il *report*, dopo un breve riepilogo della metodologia di lavoro adottata, esplicita il processo seguito, e quindi i risultati della *consensus* sulle aree di valutazione e sulla selezione degli indicatori; si passa poi ad analizzare l'esito dell'elicitazione delle preferenze del *Panel*, ovvero della generazione delle funzioni di valore degli indicatori, nonché del loro “valore relativo”.

Si presentano, a seguire, i risultati, e quindi il *ranking* regionale, analizzato sia nel complesso che per singola Categoria di *stakeholder*; in aggiunta, si analizza, la dinamica del contributo alla *Performance* tanto delle diverse Dimensioni, quanto dei singoli indicatori; conclude il *Report*, una riflessione sugli sviluppi auspicabili nei sistemi di monitoraggio dei LEA, della valutazione della *Performance*, e sul suo contributo alle politiche sanitarie e sociali.

2. Metodologia

Rimandando ai precedenti volumi di sintesi del Progetto (reperibili su www.creasanita.it) per i dettagli metodologici, ci limitiamo qui a ricordare come la metodologia utilizzata sia sostanzialmente rimasta invariata rispetto all'edizione precedente, al netto degli indicatori di *Performance* adottati: in tal modo, si garantisce continuità alle analisi.

La metodologia è stata affinata negli anni: modifiche e integrazioni sono state introdotte per renderla sempre più aderente alla finalità primaria del progetto: in particolare, quella di produrre una misura, multi-dimensionale, multi-prospettiva, sintetica (*Performance*), del livello di tutela socio-sanitaria di cui i cittadini possono godere nei loro luoghi di residenza regionale.

Prima di passare ai risultati, preme ribadire che oggetto della valutazione non è il grado di raggiungimento degli obiettivi dei Servizi Sanitari Regionali: ovvero, l'obiettivo non è quello di misurare i risultati del sistema di assistenza pubblica regionale.

L'obiettivo è quello di misurare la tutela socio-sanitaria dei cittadini, allargando lo spettro di analisi alle diverse azioni e condizioni che complessivamente incidono sulla salute (stili di vita, qualità dell'ambiente, livello di istruzione, supporti di natura sociale etc.), indipendentemente se "offerte" dal settore sanitario pubblico o da altri segmenti della Società.

Da questo punto di vista, la metodologia di valutazione si discosta dagli approcci tecnocratici, appannaggio delle Istituzioni, che partendo dagli obiettivi istituzionali e programmatici del *Welfare* pubblico (nazionali e regionali), ne misurano il grado di raggiungimento da parte dei diversi servizi regionali.

Ovviamente, il progetto *Performance* di C.R.E.A. Sanità ha l'ambizione di rappresentare una modalità indipendente di valutazione della soddisfazione dei livelli di legittima aspettativa del cittadino nei confronti dei rischi socio-sanitari, ottenibile nei diversi contesti di residenza.

Passando agli aspetti strettamente scientifici, il processo di valutazione predisposto assume che in campo socio-sanitario la natura della *Performance* abbia carattere di soggettività, multidimensionalità e sistematicità (Geert Bouckaert, 2008).

L'implementazione operativa della valutazione è riconducibile al paradigma dell'analisi delle decisioni, utilizzato nel *Project Management*: a partire da un *set* finito di obiettivi prefissati e da un *set* di indicatori capaci di rappresentarli, sulla base delle determinazioni di questi ultimi si generano schemi di *Performance* alternative, fra le quali la finalità del ricercatore è giungere alla determinazione di quella ritenuta "migliore", nonché di misurare la "distanza" dalle altre.

Per definire quale schema di *Performance* sia "migliore", ci si basa sull'elicitazione delle preferenze degli *stakeholder*.

Si noti che l'elicitazione delle preferenze, nel nostro caso quelle del *Panel* appositamente costituito, è elemento fondante della spiegazione del consumo adottata dalla teoria economica: l'approccio non sconta un atteggiamento "paternalistico" e/o tecnocratico, lasciando che gli ordini di preferenza si formino democraticamente nel rispetto delle specificità individuali che, ricordiamo, in primis riguardano le categorie di *stakeholder* coinvolti nel processo; le diverse categorie sono portatrici di interessi non necessariamente sovrapponibili: in definitiva, le diverse prospettive degli *stakeholder* esitano in diverse attribuzioni di Utilità (in senso economico) attribuite agli indicatori e alle relative determi-

“Le Performance Regionali”

nazioni.

Vista in modo complementare, la metodologia adottata implica che, in via di principio, non tutti gli obiettivi, e il relativo livello di raggiungimento, forniscano la stessa Utilità, e quindi lo stesso contributo alla *Performance*.

Evidentemente migliori determinazioni (una volta definito il “segno” dell'indicatore) implicano una migliore *Performance*, con un impatto dipendente dal peso attribuito ai diversi indicatori e dimensioni; inoltre, implica che una variazione di Utilità prodotta da una dimensione/indicatore, può essere compensata da quella di segno opposto di un altro: in altri termini, la diminuzione del contributo alla *Performance* derivante da un indicatore, può essere compensato dall'aumento di un altro (e viceversa).

La già citata assunzione di multidimensionalità implica che risulta necessario esplicitare le diverse Dimensioni della *Performance*, e identificare gli obiettivi-indicatori che le rappresentano.

Inoltre, considerando che la *Performance* è definita come una misura di sintesi delle varie Dimensioni, si devono riportare tutte le Dimensioni (e di conseguenza gli indicatori), che in natura sono espressi in unità di misura diverse, ad una stessa unità di misura (mediante una opportuna normalizzazione).

Per quanto concerne la scelta delle Dimensioni, queste sono legate all'oggetto di analisi e al contesto sociale: ad esempio, nello specifico del caso italiano, è la “natura” pubblica (costituzionalmente garantita) della tutela, la ragione per cui l'Equità deve ritenersi una Dimensione propria della *Performance* in campo socio-sanitario.

Le Dimensioni di *Performance* utilizzate nella XI edizione dello studio, sono 6 (in ordine alfabetico): Appropriatezza, Economico-Finanziaria, Equità (di accesso alle cure), Esiti (di salute), Innovazione e Sociale.

Con riferimento al secondo punto sopra citato, si ricorda che l'approccio utilizzato è “fondante” per la scienza economica, in quanto si assume che la funzione di composizione delle varie Dimensioni (e quindi dei vari indicatori che la rappresentano) debba essere rappresentativa delle preferenze individuali e sociali.

Per quanto concerne lo sviluppo del processo di valutazione, nel Maggio 2023 tutti i componenti dell'*expert Panel* della XI edizione del progetto, avvalendosi di un applicativo *web-based*, sono stati chiamati a partecipare ad una *consensus Delphi*: tale *consensus* si è svolta a distanza, e ha esitato nella selezione di alcune aree di valutazione della *Performance*; nello specifico, i partecipanti hanno espresso, per ognuna delle 19 aree proposte dal C.R.E.A. Sanità, il loro livello di accordo/disaccordo (assegnando un punteggio da 0 a 10).

Il livello minimo di consenso ritenuto accettabile è stato predeterminato dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità; tale livello è stato raggiunto già al primo *round*, permettendo di selezionare, fra le aree ritenute rilevanti, quelle sulle quali si è concentrato il maggior consenso.

A seguire, il 18 Maggio 2023, si è svolto il *meeting dell'Expert Panel*: in tale occasione i componenti del *Panel* hanno proceduto alla selezione di 18 indicatori di *Performance*, afferenti alle sei Dimensioni predeterminate (3 per Dimensione), partendo da un set di indicatori pre-selezionati dal C.R.E.A. Sanità, afferenti alle aree di valutazione che hanno ricevuto il maggior consenso. La pre-selezione degli indicatori (alcuni appositamente costruiti dal C.R.E.A. Sanità) ha riguardato il rispetto dei criteri di standardizzazione, ripetibi-

lità, nonché di disponibilità degli stessi per tutte le Regioni.

Il *meeting* ha anche ospitato un dibattito fra i membri del *Panel*, che ha portato a convenire sull'importanza, in prospettiva, di adeguare il sistema di monitoraggio dei LEA; in un'ottica che possa essere il più esaustivo possibile. Inoltre, si è discusso sulle possibili aree da monitorare per garantire equità di accesso, o non peggioramento della stessa, nelle diverse Regioni.

Il *Panel*, in merito agli aspetti sopracitati ha avanzato le proprie proposte riportate sinteticamente nel paragrafo 3. "La valutazione della *Performance* nei prossimi anni: il parere dell'*Expert Panel*".

Nella stessa giornata, ogni membro del *Panel*, avvalendosi di un applicativo *web-based* sviluppato ad hoc dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità, ha in autonomia condotto l'esercizio deputato alla elicitazione delle preferenze, utilizzando una modalità *computer assisted*.

Gli esiti del processo di elicitazione sono stati poi trasferiti sull'applicativo Logical Decision® (ver. 8.0) che, adottando una funzione di Utilità multi-attributo, stima i "pesi" di composizione dei diversi indicatori e dimensioni.

3. Risultati

3.1. La valutazione della *Performance*: il contributo dell'*Expert Panel*

La XI edizione del Progetto *Performance Regionali* si è sviluppata in un contesto di potenziale cambiamento della Società italiana, innescato dall'approvazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nonché da decreti quali, ad esempio il cosiddetto “DM 71” che, in campo sanitario, ha previsto una radicale riorganizzazione dell'assistenza extra-ospedaliera.

Inoltre, è stato recentemente presentato un disegno di legge sull'Autonomia Differenziata, ai sensi delle previsioni dell'Art. 116 del titolo V della Costituzione, che impatterà anche sull'ambito sanitario.

Il *Panel* si è interrogato sull'adeguatezza o meno dell'attuale sistema di monitoraggio dei LEA, al fine della concessione del “nulla osta” alle Regioni che dovessero richiedere forme di autonomia ulteriore (sui tetti di spesa, sui ticket, sulle politiche del personale etc.).

In particolare, il *Panel* si è interrogato sulle eventuali necessità di integrazione del sistema di Garanzia, ovvero sui possibili indicatori da introdurre per monitorare l'impatto dell'Autonomia Differenziata in Sanità.

Il *Panel* ha elaborato diversi suggerimenti e proposte che vengono di seguito riassunte.

In merito al monitoraggio dei LEA è emersa l'esigenza di integrare il sistema di monitoraggio con indicatori di esiti di salute, espressi in termini di mortalità per patologie cardiovascolari e oncologiche, nonché di disabilità, stato nutrizionale e salute mentale. Il monitoraggio dovrebbe essere esteso al consumo dei farmaci, ed in particolare ad altre categorie oltre agli antibiotici (già monitorato); sarebbe opportuna l'introduzione di un indicatore sull'emergenza urgenza territoriale, quale potrebbe essere il “tempo di arrivo dei mezzi di soccorso sui codici rossi”; è emersa, soprattutto da parte dei rappresentanti delle Istituzioni sociali, l'esigenza di inserire indicatori sull'integrazione socio-sanitaria; i rappresentanti degli Utenti hanno, invece, stressato l'esigenza dell'inserimento di un indicatore di *customer satisfaction*. Ulteriore ambito che sarebbe auspicabile introdurre nel monitoraggio dei LEA è la digitalizzazione dei servizi, anche in termini di ricorso alla televisita per il follow-up di pazienti cronici e/o malati rari.

In merito al monitoraggio dell'impatto dell'autonomia differenziata in sanità, tutti i partecipanti, ed in particolare dagli Utenti, è stato condiviso che l'equità di accesso alle cure rappresenti assolutamente una priorità e quindi un aspetto da monitorare. In particolare, il *Panel* propone che il suo monitoraggio debba riguardare: la mobilità passiva, sia ospedaliera che ambulatoriale, con un focus particolare sulla bassa e media complessità, e per trattamento e follow-up dei pazienti cronici e dei malati rari; le liste d'attesa, distintamente per attività di prevenzione, diagnosi, terapia e follow-up; l'esistenza di percorsi formalizzati (PDTA) che contengano informazioni sui luoghi di cura in Regione. Il *Panel* ritiene altresì auspicabile il monitoraggio degli Esiti di salute e della qualità di vita, espressi in termini di mortalità per patologie cardiovascolari e oncologiche, nonché di disabilità, stato nutrizionale e salute mentale.

In tema di equità, il *Panel* ritiene necessario un monitoraggio dell'impatto economico delle spese sanitarie sui bilanci delle famiglie. Sarebbe ritenuto auspicabile integrare il monitoraggio dei consumi sanitari con i costi diretti non sanitari, sostenuti da pazienti e

caregiver per andarsi a curare in strutture private non accreditate o in altre Regioni (spese per viaggi, vitto, alloggio etc.), aggiornando l'indicatore sul "disagio" e considerando anche le citate voci di spesa.

Altro aspetto degno di maggiore monitoraggio ai fini del sistema di Garanzia è ritenuta la presenza di personale qualificato e costantemente aggiornato in aree quali emergenza-urgenza, anestesia e rianimazione, etc.: la quota di posti messi a bando non assegnati e/o le ore di formazione medie annue effettuate dai singoli professionisti sono indicatori proposti per tale fine.

Il *Panel* ritiene, infine, che in futuro debba essere potenziata la formazione, non solo a livello universitario, delle figure assunte nelle strutture extra-ospedaliere, nonché al domicilio del paziente. Un utile indicatore potrebbe essere quello del numero di pazienti presi in carico al domicilio da personale specificatamente formato, rispetto al numero di pazienti presi in carico al domicilio da personale senza specifica formazione.

In definitiva, a parere del *Panel*, nei prossimi anni la valutazione dei LEA non potrà prescindere dal monitoraggio delle nuove aree descritte; la valorizzazione dei relativi indicatori richiede, peraltro, l'aggiornamento dei flussi informativi attuali, e l'introduzione di alcuni nuovi: ad esempio relativi all'attività delle Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Aggregazioni Funzionali Territoriali etc.).

3.2. La consensus sulle aree rilevanti per la misura della tutela socio-sanitaria della popolazione

Come descritto nella sezione metodologica, in questa edizione è stata introdotta una fase iniziale di consensus sulle aree ritenute rilevanti dagli *stakeholder* per la tutela socio-sanitaria della popolazione. Nello specifico i componenti dell'*expert Panel* avvalendosi di un applicativo *web-based*, sono stati chiamati a partecipare ad una *consensus Delphi*: tale *consensus* ha esitato nella selezione delle aree di valutazione della *Performance*; nello specifico, i partecipanti hanno espresso, per ognuna delle 19 aree proposte dal C.R.E.A. Sanità, il loro livello di accordo/disaccordo (assegnando un punteggio da 0 a 10).

Il livello minimo di consenso è stato predeterminato dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità: in particolare, sono state selezionate le aree alle quali almeno l'85% dei votanti abbia assegnato un punteggio minimo di 7, con almeno il 60% dei votanti per ognuna delle cinque categorie di *stakeholder*

Le aree individuate e sottoposte a consensus sono:

- Assistenza ospedaliera
- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Assistenza della medicina generale e della pediatria di libera scelta
- Assistenza extra-ospedaliera (salute mentale, dipendenze, case di comunità, etc.)
- Assistenza residenziale
- Assistenza domiciliare
- Sistema di emergenza-urgenza
- Sistemi di prevenzione (stili di vita, *screening*, vaccinazione, etc.)
- Deprivazione

“Le Performance Regionali”

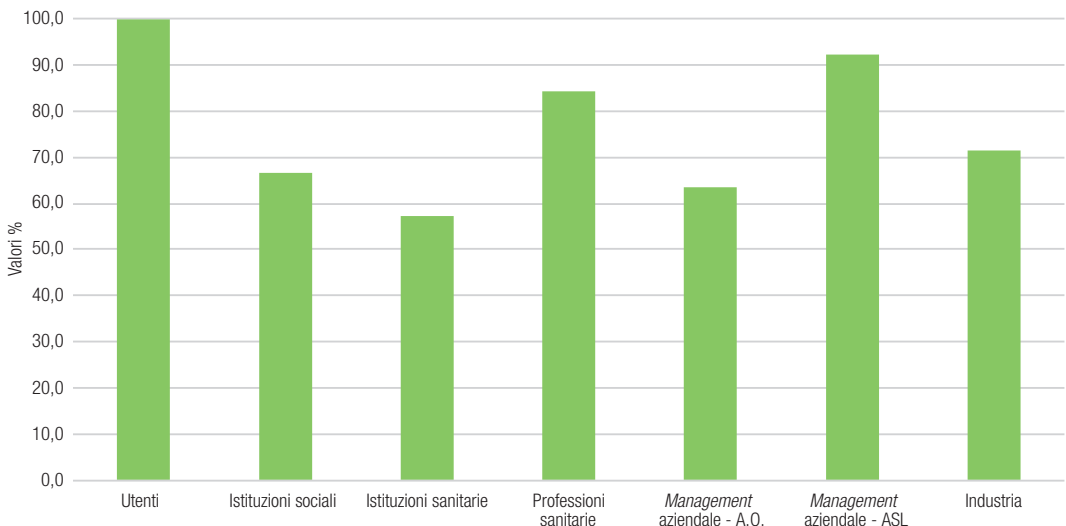
- Istruzione della popolazione
- Qualità dell'ambiente (aria, acqua, etc.)
- Adeguamento delle infrastrutture urbane
- Comunicazione sanitaria (tra professionisti e professionisti-pazienti)
- Livello di integrazione socio-sanitaria
- Equità di accesso alle cure
- Accesso alle tecnologie innovative
- Umanizzazione delle cure
- Digitalizzazione dei servizi assistenziali
- Efficientamento dei processi gestionali

Si riportano di seguito, per singola area e per singola categoria di *stakeholder*, la quota dei votanti che ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10.

Assistenza ospedaliera

Per l'area Assistenza ospedaliera (Figura 1) gli Utenti, il *Management* aziendale delle ASL e le Professioni Sanitarie hanno espresso un alto livello di accordo sulla sua rilevanza, attribuendo un voto tra 7 e 10 (oltre l'80% dei votanti). I rappresentanti del *Management* aziendale delle Aziende Ospedaliere (A.O.) e le Istituzioni sanitarie hanno attribuito un giudizio sulla rilevanza dell'area leggermente più basso (meno del 65% dei votanti).

Figura 1
Assistenza ospedaliera
Giudizio sulla rilevanza - Quota punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione aree di valutazione della Performance componenti expert Panel

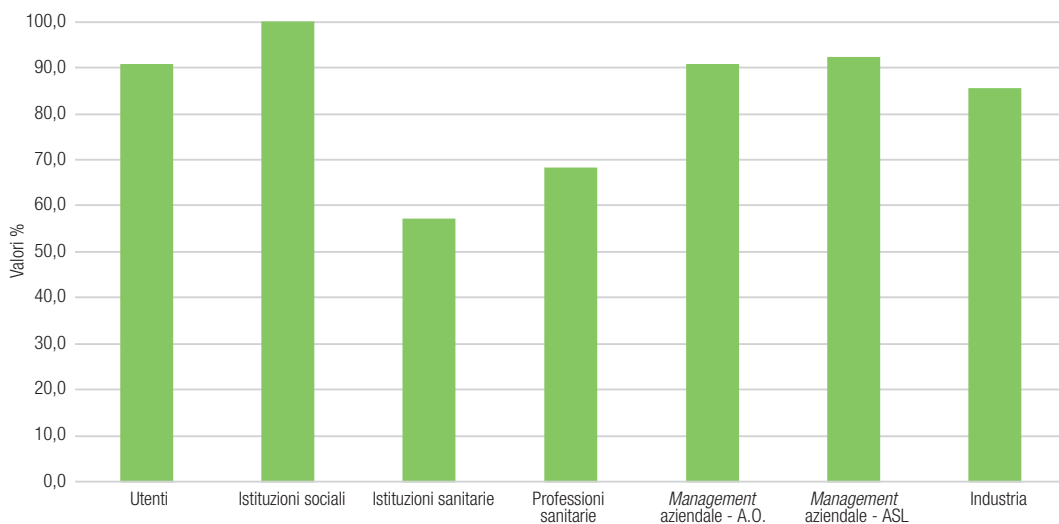
In particolare:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 66,7% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 57,1% della categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- l'84,2% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 63,6% della categoria *Management Aziendale - A.O.* tra 7 e 10
- il 92,3% della categoria *Management Aziendale - ASL* attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 71,4% dei votanti dell'Industria Medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

Assistenza specialistica ambulatoriale

Per l'area Assistenza specialistica ambulatoriale (Figura 2) oltre l'80% dei votanti delle categorie Istituzioni Sociali, *Management Aziendale* (A.O. e ASL), Utenti e Industria Medica hanno assegnato un punteggio compreso tra 7 e 10. Risulta inferiore la quota di votanti delle Istituzioni sanitarie che hanno assegnato un punteggio superiore a 7 (57,1%).

Figura 2
Assistenza specialistica ambulatoriale
Giudizio sulla rilevanza - Quota punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione aree di valutazione della Performance componenti expert Panel

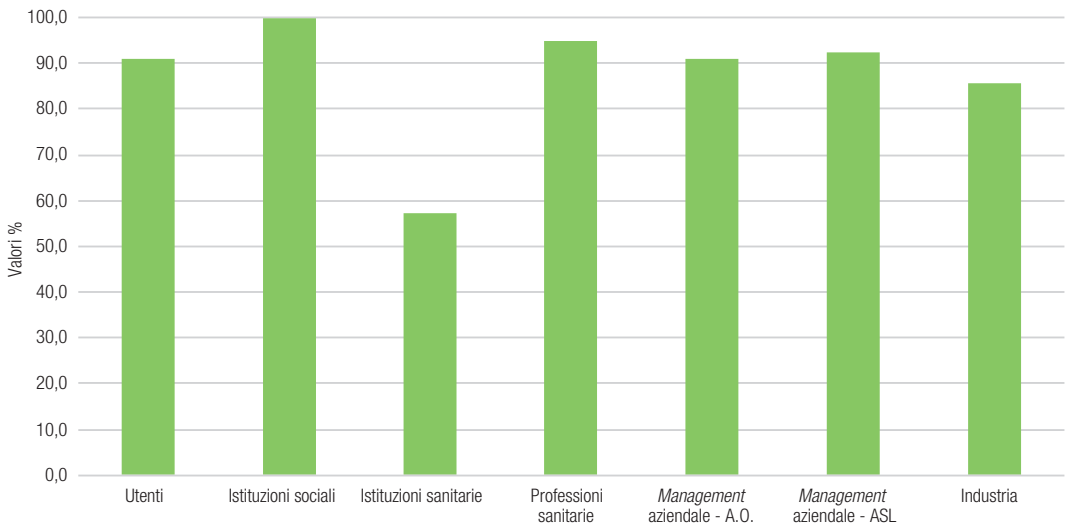
In particolare:

- il 90,9% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 57,1% della categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 68,4% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 90,9% della categoria *Management Aziendale* - A.O. tra 7 e 10
- il 92,3% della categoria *Management Aziendale* - ASL attribuito un punteggio tra 7 e 10
- l'85,7% dei votanti dell'Industria Medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

Assistenza di medicina generale e pediatria di libera scelta

L'area Assistenza di medicina generale e pediatria di libera scelta (Figura 3) è ritenuta molto rilevante (7-10) da oltre l'85% dei votanti delle singole categorie, fatta eccezione per le Istituzioni Sanitarie, dove si ferma al 57,1% dei votanti la quota che ha attribuito tale livello di punteggio.

Figura 3
Assistenza di medicina generale e pediatria di libera scelta
Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

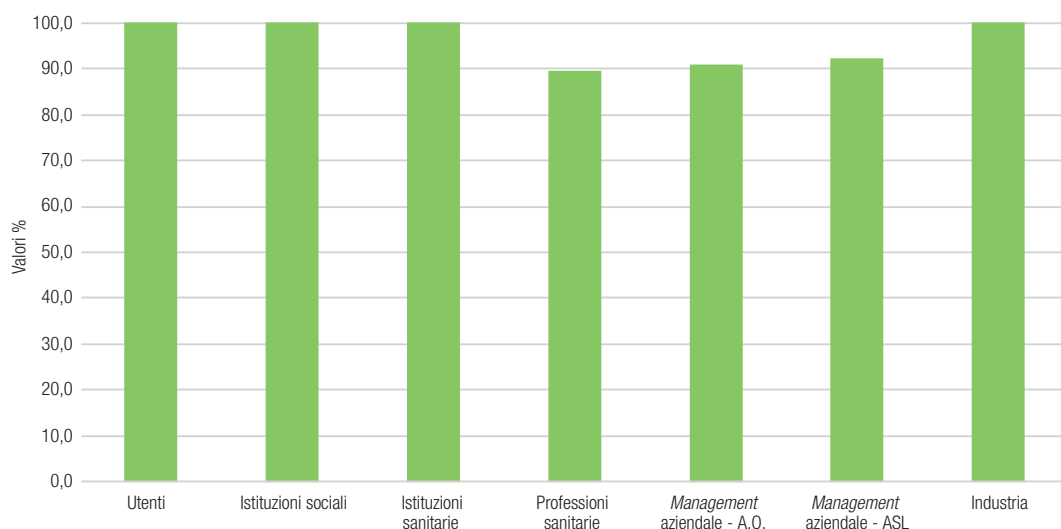
In particolare:

- il 90,9% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 57,1% della categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 94,7% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 90,9% della categoria *Management Aziendale - A.O.* tra 7 e 10
- il 92,3% della categoria *Management Aziendale - ASL* attribuito un punteggio tra 7 e 10
- l'85,7% dei votanti dell'Industria Medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

Assistenza extra-ospedaliera (salute mentale, dipendenze, case di comunità, etc.)

L'area Assistenza extra-ospedaliera (salute mentale, dipendenze, case di comunità, etc.) (Figura 4) è stata ritenuta molto rilevante (punteggio tra 7 e 10) da oltre l'89% dei votanti di tutte le categorie.

Figura 4
Assistenza extra-ospedaliera
(salute mentale, dipendenze, case di comunità, etc.)
Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

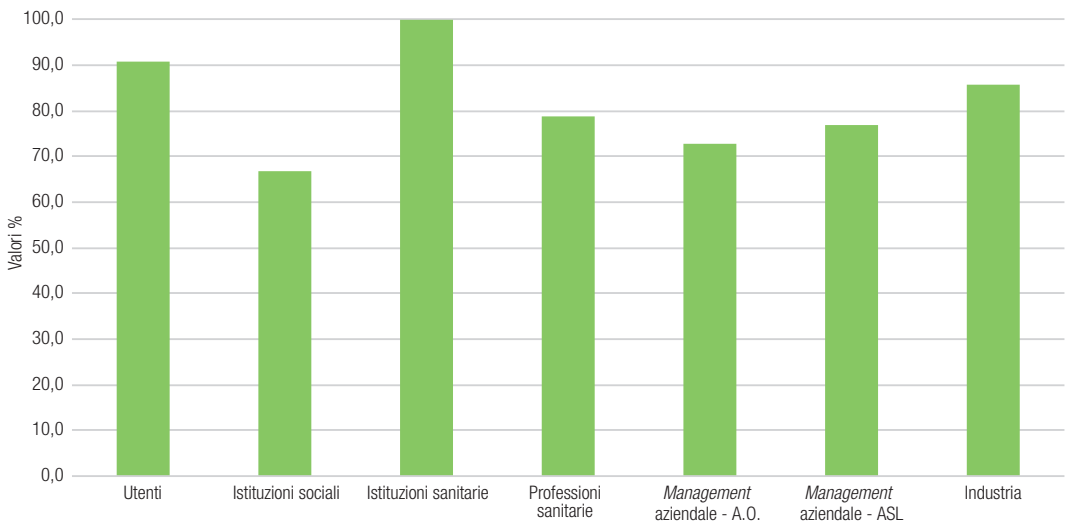
In particolare:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- l'89,5% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 90,9% della categoria *Management Aziendale - A.O.* tra 7 e 10
- il 92,3% della categoria *Management Aziendale - ASL* attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 100,0% dei votanti dell'*Industria* ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

Assistenza residenziale

L'area Assistenza residenziale (Figura 5) è stata ritenuta molto rilevante soprattutto dalla categoria delle Istituzioni sanitarie e dagli Utenti: oltre il 90% dei votanti ha attribuito un punteggio tra 7 e 10. Nelle Istituzioni Sociali tale quota si riduce a circa il 67%.

Figura 5
Assistenza residenziale
Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

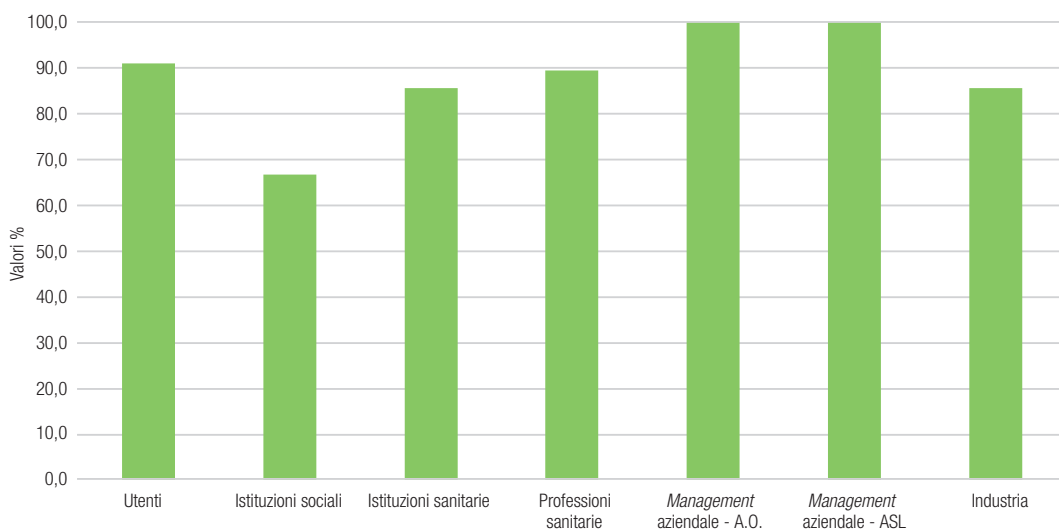
In particolare:

- il 90,9% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 66,7% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 78,9% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 72,7% della categoria *Management Aziendale - A.O.* tra 7 e 10
- il 76,9% della categoria *Management Aziendale - ASL* attribuito un punteggio tra 7 e 10
- l'85,7% dei votanti dell'Industria Medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

Assistenza domiciliare

L'area Assistenza domiciliare (Figura 6) è stata ritenuta molto rilevante, con un punteggio assegnato tra 7 e 10, da oltre l'85% dei votanti di tutte le Categorie; fanno eccezione le Istituzioni Sociali, dove tale quota si riduce al 67%.

Figura 6
Assistenza domiciliare
Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

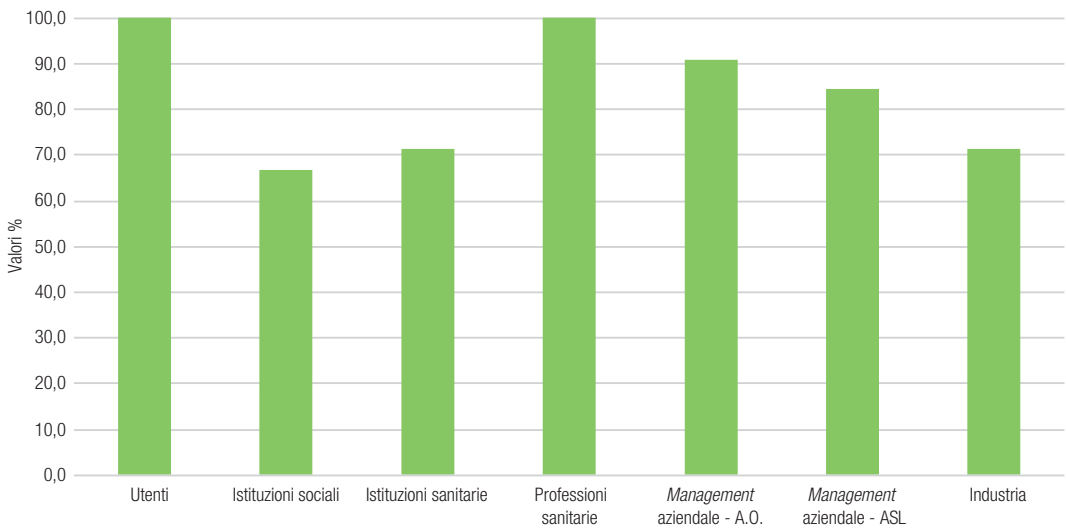
In particolare:

- il 90,9% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 66,7% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- l'85,7% della categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- l'89,5% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria *Management Aziendale - A.O.* tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria *Management Aziendale - ASL* attribuito un punteggio tra 7 e 10
- l'85,7% dei votanti dell'Industria Medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

Sistema di emergenza-urgenza

Per l'area Sistema di emergenza-urgenza (Figura 7) Utenti e Professionisti Sanitari hanno attribuito all'unanimità un punteggio compreso tra 7 e 10 (100% dei votanti); per le Istituzioni (sia Sanitarie che Sociali) e l'Industria Medica la quota è inferiore al 70%.

Figura 7
Sistema di emergenza-urgenza
Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

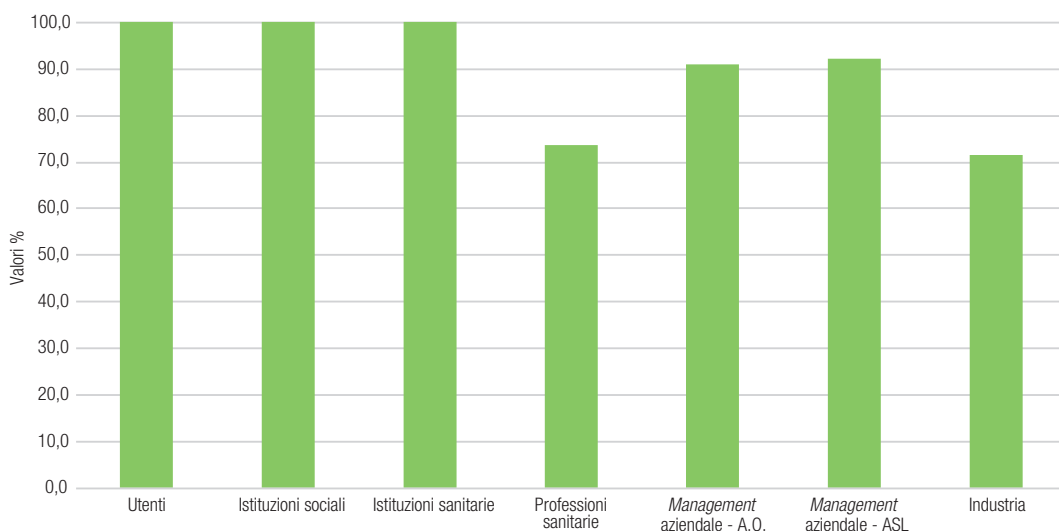
In particolare:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 66,7% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 71,4% della categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 90,9% della categoria *Management Aziendale - A.O.* tra 7 e 10
- l'84,6% della categoria *Management Aziendale - ASL* attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 71,4% dei votanti dell'Industria Medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

Sistemi di prevenzione (stili di vita, *screening*, vaccinazione, etc.)

L'area Sistemi di prevenzione (stili di vita, *screening*, vaccinazione, etc.) (Figura 8) è stata ritenuta molto rilevante da quasi tutte le Categorie: oltre il 90% dei votanti che ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10; fanno eccezione le Professioni Sanitarie e l'Industria Medica, per le quali tale quota si riduce al 73%).

Figura 8
Sistema di prevenzione
(stili di vita, *screening*, vaccinazione, etc.)
Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

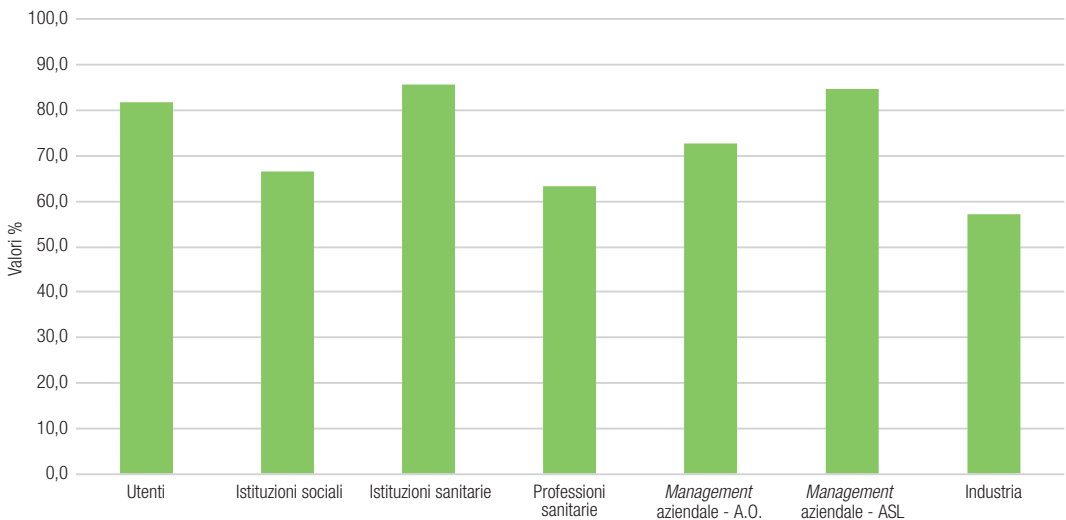
In particolare:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 73,7% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 90,9% della categoria *Management Aziendale - A.O.* tra 7 e 10
- il 92,3% della categoria *Management Aziendale - ASL* attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 71,4% dei votanti dell'Industria Medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

Deprivazione

L'area Deprivazione socio-economica (Figura 9) è stata ritenuta molto rilevante (punteggio 7-10) da circa l'80% dei votanti di Utenti, Istituzioni Sanitarie e *Management Aziendale* delle ASL; per le restanti categorie tale quota risulta inferiore al 67%.

Figura 9
Deprivazione
Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

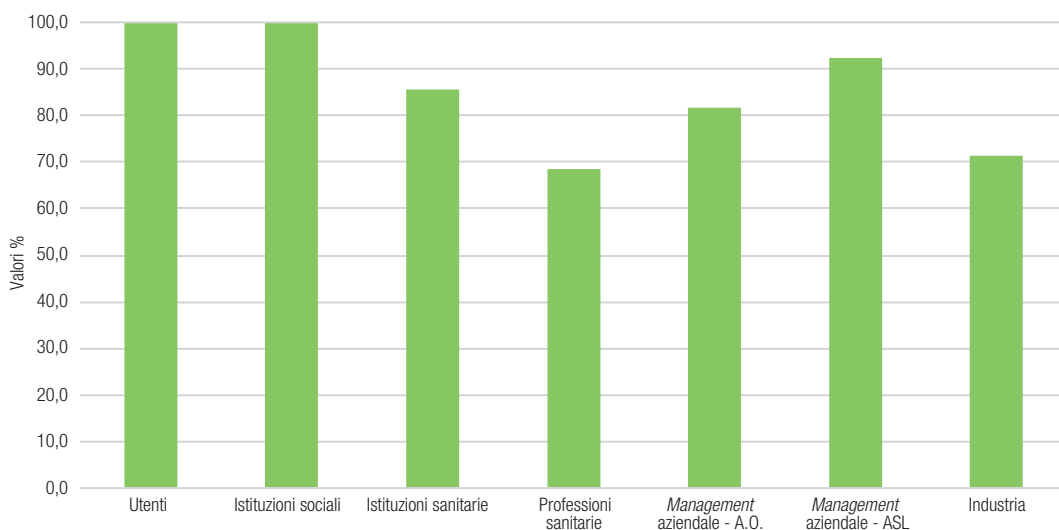
In particolare:

- l'81,8% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 66,7% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- l'85,7% della categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 63,2% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 72,7% della categoria *Management Aziendale* - A.O. tra 7 e 10
- l'84,6% della categoria *Management Aziendale* - ASL attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 57,1% dei votanti dell'Industria Medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

Istruzione della popolazione

L'area Istruzione della popolazione (Figura 10) è stata ritenuta molto rilevante (punteggio 7-10) da tutti i votanti di Utenti e Istituzioni Sociali; per la categoria Industria Medica e Professioni Sanitarie è stata ritenuta molto rilevante da appena il 70% dei votanti.

Figura 10
Istruzione della popolazione
Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

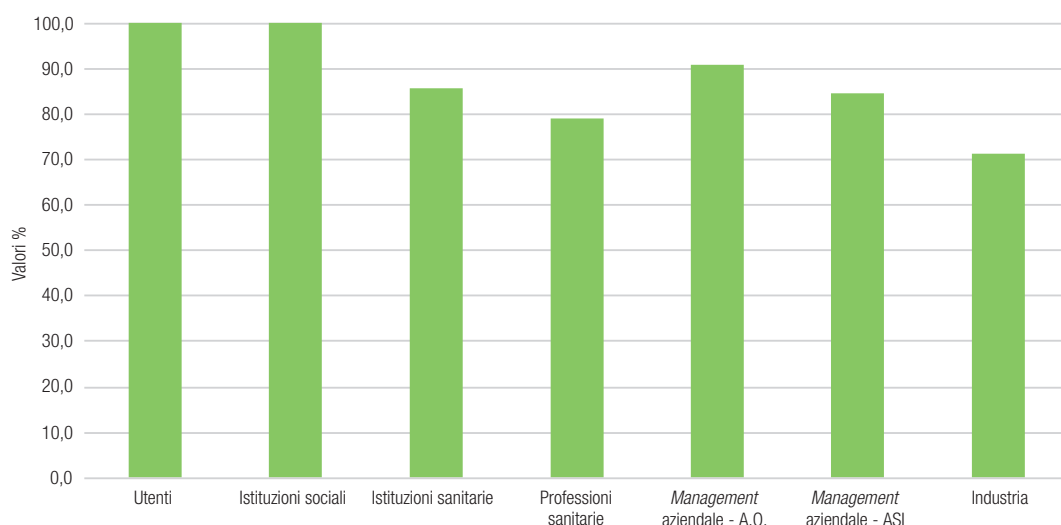
In particolare:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- l'85,7% della categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 68,4% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- l'81,8% della categoria *Management Aziendale - A.O.* tra 7 e 10
- il 92,3% della categoria *Management Aziendale - ASL* attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 71,4% dei votanti dell'Industria Medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

Qualità dell'ambiente (aria, acqua, etc.)

L'area Qualità dell'ambiente (aria, acqua, etc.) (Figura 11), analogamente all'area Deprivazione, è stata ritenuta molto rilevante (punteggio 7-10) da tutti i votanti di Utenti e Istituzioni Sociali; per le categorie Industria Medica e Professioni Sanitarie è stata ritenuta molto rilevante dal 70% dei votanti.

Figura 11
Qualità dell'ambiente
(aria, acqua, etc.)
Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

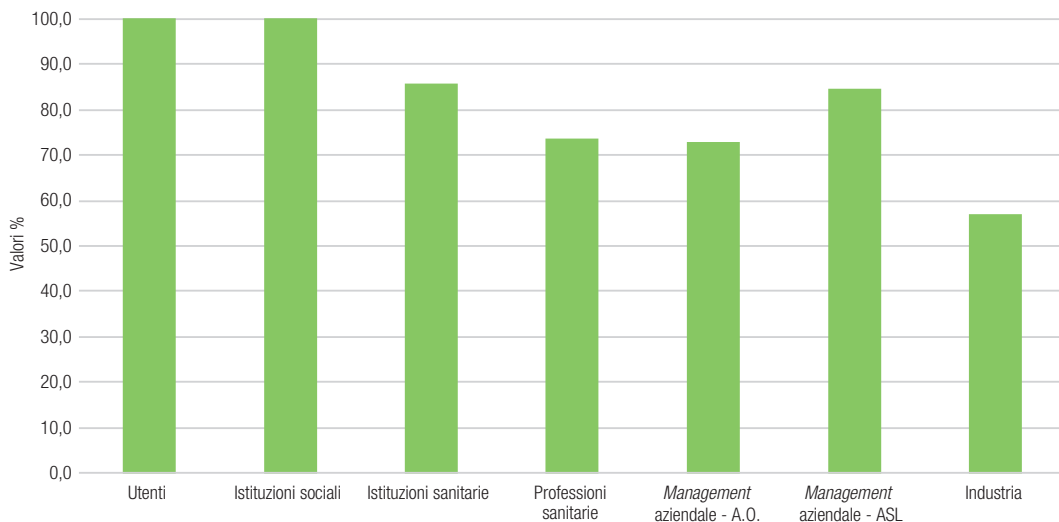
In particolare:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- l'85,7% della categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 78,9% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 90,9% della categoria *Management Aziendale - A.O.* tra 7 e 10
- l'84,6% della categoria *Management Aziendale - ASL* attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 71,4% dei votanti dell'Industria Medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

Adeguamento delle infrastrutture urbane

L'area Adeguamento delle infrastrutture urbane (Figura 12), analogamente alle aree Livello d'istruzione e Deprivazione, è stata ritenuta molto rilevante (punteggio 7-10) da tutti i votanti delle categorie Utenti e Istituzioni Sociali; per quelli di Industria e Professioni Sanitarie è stata ritenuta molto rilevante da meno del 60% dei votanti.

Figura 12
Adeguamento delle infrastrutture urbane
Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

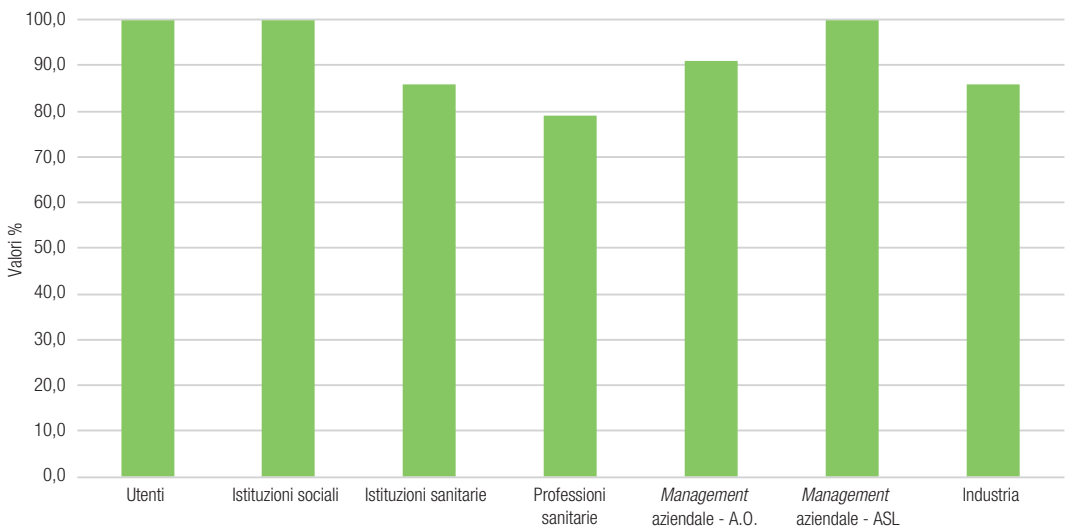
In particolare:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- l'85,7% della categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 73,7% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 72,7% della categoria *Management Aziendale - A.O.* tra 7 e 10
- l'84,6% della categoria *Management Aziendale - ASL* attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 57,1% dei votanti dell'Industria Medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

Comunicazione sanitaria (tra professionisti e professionisti-pazienti)

L'area Comunicazione sanitaria (tra professionisti e professionisti-pazienti) (Figura 13) è stata ritenuta molto rilevante da tutte le Categorie: il 100% dei votanti delle categorie Utenti, Istituzioni Sociali e *Management* Aziendale delle ASL; la quota più bassa, riscontrata per le Professioni Sanitarie, sfiora comunque l'80% dei votanti.

Figura 13
Comunicazione sanitaria
(tra professionisti e professionisti-pazienti)
Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

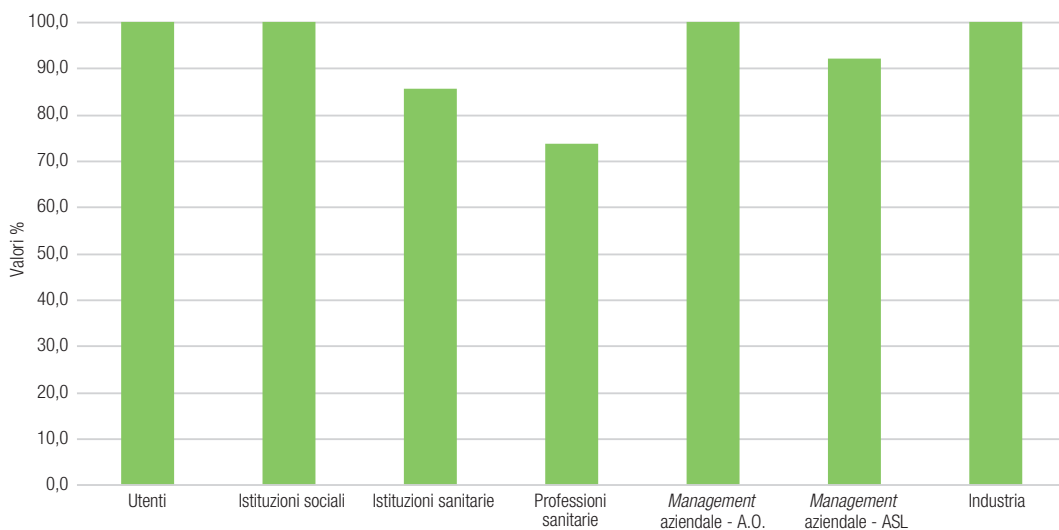
In particolare:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- l'85,7% della categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 78,9% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 90,9% della categoria *Management* Aziendale - A.O. tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria *Management* Aziendale - ASL attribuito un punteggio tra 7 e 10
- l'85,7% dei votanti dell'Industria Medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

Livello di integrazione socio-sanitaria

L'area Livello di integrazione socio-sanitaria (Figura 14), analogamente a quella della Comunicazione sanitaria è stata ritenuta molto rilevante da tutte le Categorie: il 100% dei votanti delle categorie Utenti, Istituzioni Sociali e *Management* aziendale delle ASL; la quota più bassa si riscontra per le Professioni sanitarie, dove raggiunge il 75%.

Figura 14
Livello di integrazione socio-sanitaria
Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

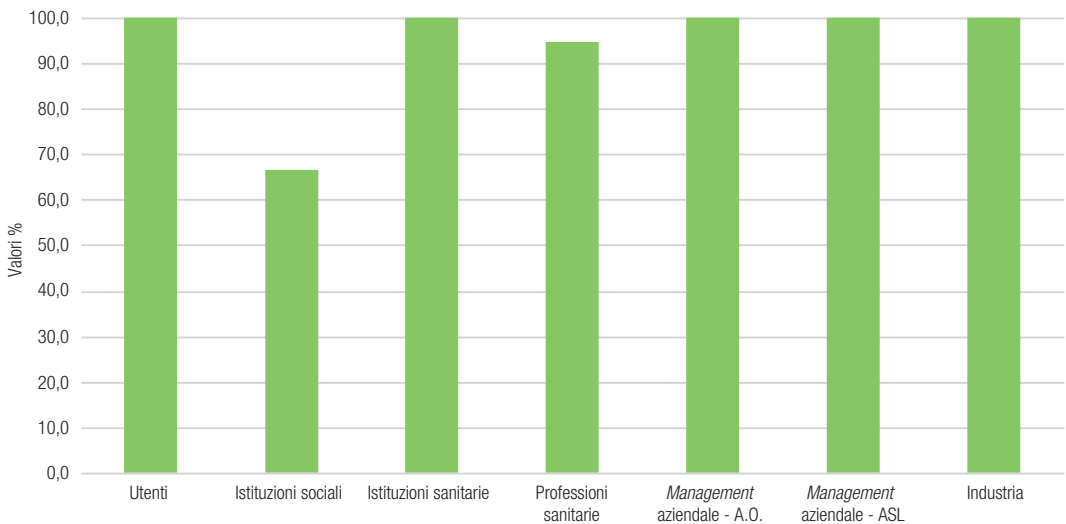
In particolare:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- l'85,7% della categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 73,7% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria *Management* Aziendale - A.O. tra 7 e 10
- il 92,3% della categoria *Management* Aziendale - ASL attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 100,0% dei votanti dell'Industria Medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

Equità di accesso alle cure

L'area Equità di accesso alle cure (Figura 15) è stata considerata molto rilevante dall'unanimità dei votanti di tutte le Categorie; solo per le Istituzioni Sociali è stata considerata molto rilevante da una quota di votanti pari al 67%.

Figura 15
Equità di accesso alle cure
Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

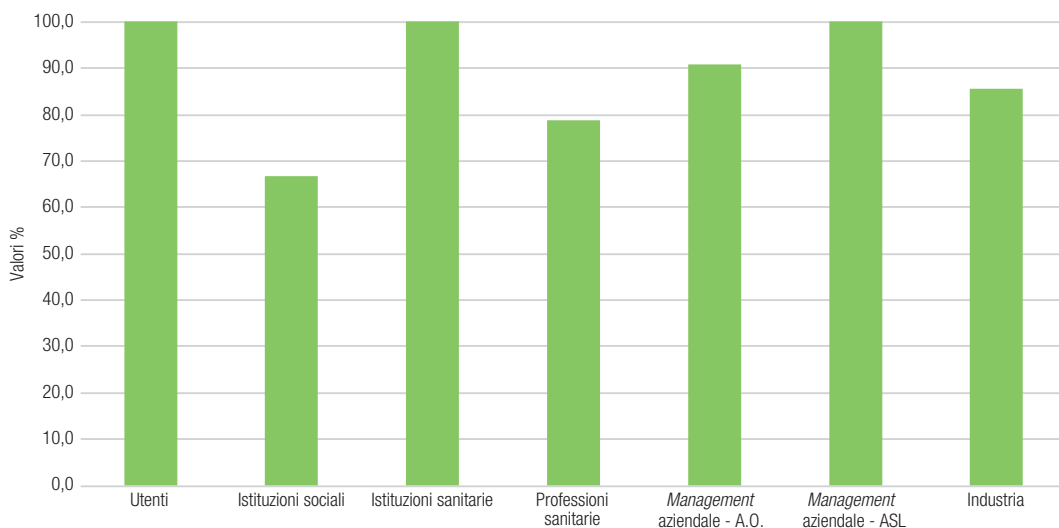
In particolare:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 66,7% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 94,7% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria *Management Aziendale - A.O.* tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria *Management Aziendale - ASL* attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 100,0% dei votanti dell'Industria Medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

Accesso alle tecnologie innovative

L'area Accesso alle tecnologie innovative (Figura 16) è stata ritenuta molto rilevante (punteggio tra 7 e 10) da tutti i votanti di Utenti, Istituzioni sSanitarie e *Management Aziendale* delle ASL, dal 90% di quelli del *Management Aziendale* delle A.O.; la quota si riduce al 67% per le Istituzioni Sociali.

Figura 16
Accesso alle tecnologie innovative
Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

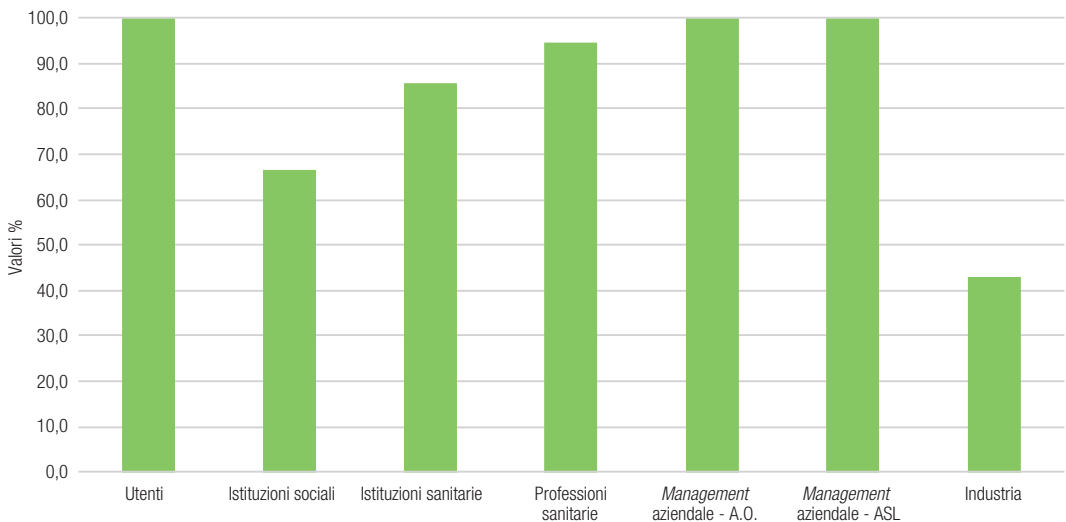
In particolare:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 66,7% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 78,9% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 90,9% della categoria *Management Aziendale* - A.O. tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria *Management Aziendale* - ASL attribuito un punteggio tra 7 e 10
- l'85,7% dei votanti dell'Industria Medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

Umanizzazione delle cure

L'area Umanizzazione delle cure (Figura 17) è stata ritenuta molto rilevante da tutti i votanti delle Categorie Utenti e *Management Aziendale* (delle ASL e A.O.); la quota si ferma al 40% dei votanti nella Categoria *Industria Medica*le.

Figura 17
Umanizzazione delle cure
Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

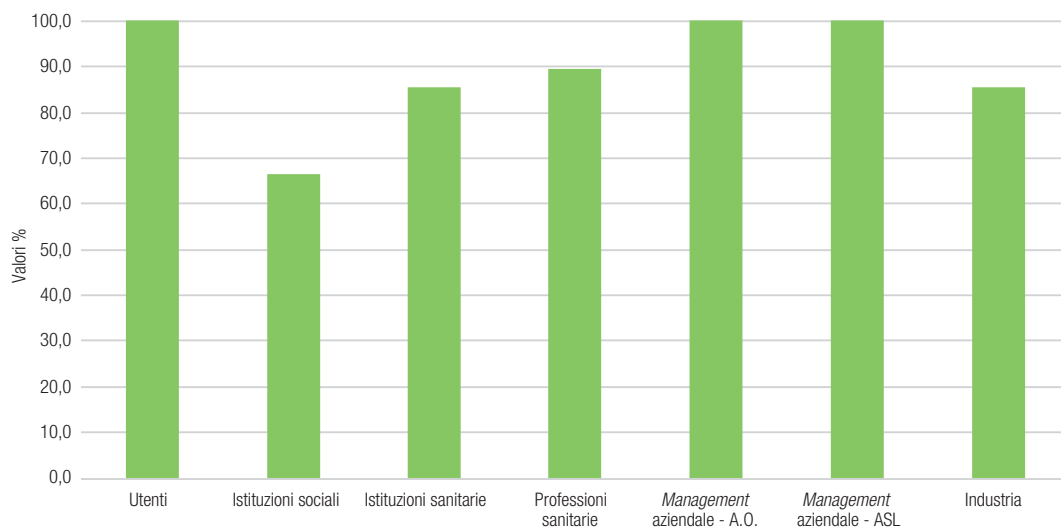
In particolare:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 66,7% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- l'85,7% della categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 94,7% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria *Management Aziendale* - A.O. tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria *Management Aziendale* - ASL attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 42,9% dei votanti dell'*Industria Medica*le ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

Digitalizzazione dei servizi assistenziali

L'area Digitalizzazione dei servizi assistenziali (Figura 18) è stata ritenuta molto rilevante (punteggio 7-10) da tutti gli Utenti e dal *Management* aziendale (ASL e A.O.); da oltre l'80% dei votanti appartenenti alla Istituzioni Sanitarie, Professioni Sanitarie e Industria Medica; la quota scende al 67% per la categoria delle Istituzioni Sociali.

Figura 18
Digitalizzazione dei servizi assistenziali
Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

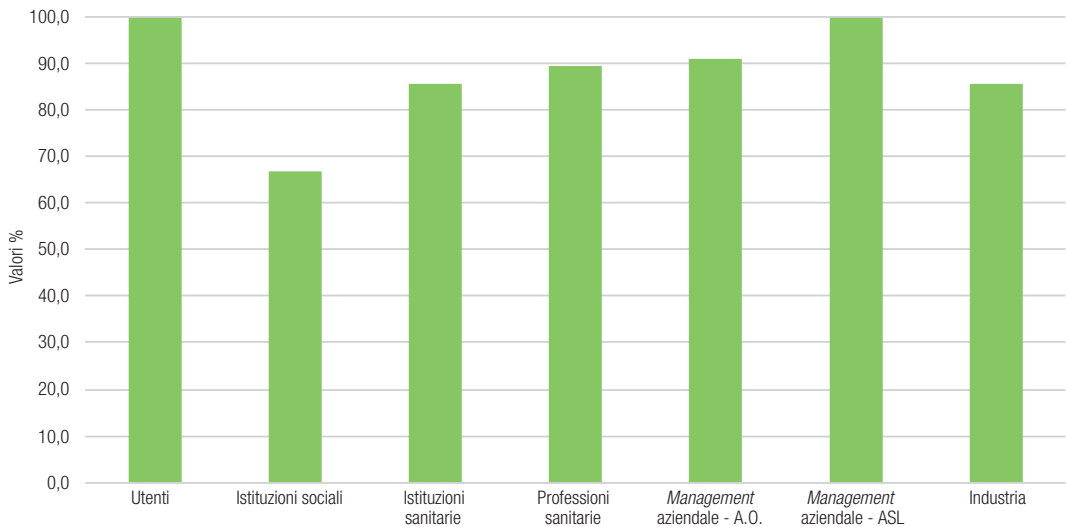
In particolare:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 66,7% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- l'85,7% della categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- l'89,5% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria *Management Aziendale* - A.O. tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria *Management Aziendale* - ASL attribuito un punteggio tra 7 e 10
- l'85,7% dei votanti dell'Industria Medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

Efficientamento dei processi gestionali

L'area Efficientamento dei processi gestionali (Figura 19) è stata ritenuta molto rilevante (punteggio tra 7 e 10) da tutti gli Utenti e dal *Management Aziendale* delle ASL, da oltre il 90% dei votanti delle Professioni Sanitarie e del *Management Aziendale* delle A.O.; la quota si riduce al 67% per le Istituzioni Sociali.

Figura 19
Efficientamento dei processi gestionali
Giudizio sulla rilevanza - Punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- il 66,7% della categoria Istituzioni Sociali ha attribuito un punteggio a categoria Istituzioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 10
- l'85,7% del compreso tra 7 e 10
- l'89,5% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 10
- il 90,9% della categoria *Management Aziendale* - A.O. tra 7 e 10
- il 100,0% della categoria *Management Aziendale* - ASL attribuito un punteggio tra 7 e 10
- l'85,7% dei votanti dell'Industria Medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 10.

“Le Performance Regionali”

Riflessioni finali sulle aree di valutazione

Dal processo di selezione delle aree di valutazione della *Performance* (Figura 20) in termini di livello di tutela socio-sanitaria è emerso che l'assistenza extra-ospedaliera (salute mentale, dipendenze etc.), l'integrazione socio-sanitaria, l'equità e la comunicazione sanitaria sono generalmente ritenute le più “qualificanti”.

L'assistenza ospedaliera e quella domiciliare rappresentano una priorità soprattutto per il *Management*, i Professionisti Sanitari e gli Utenti; l'assistenza specialistica ambulatoriale è rappresentativa soprattutto per le Istituzioni e gli Utenti.

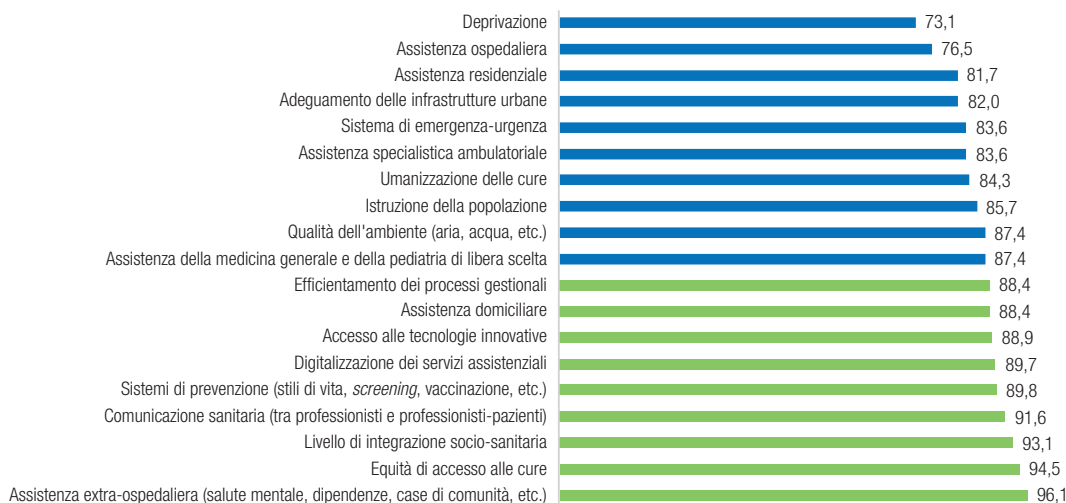
La prevenzione è ritenuta molto rilevante soprattutto per le Istituzioni, il *Management* e gli Utenti.

L'emergenza-urgenza rappresenta una priorità soprattutto per Professionisti sanitari ed Utenti.

Qualità dell'ambiente, deprivazione e livello di istruzione sono ritenuti molto rappresentativi per la valutazione della *Performance* nella prospettiva dei membri delle Istituzioni Sociali e dagli Utenti.

Come peraltro già evidenziato nella precedente edizione, si registra una carenza informativa su aree ritenute “prioritarie” per misurare il livello di tutela socio-sanitaria regionale quali l'integrazione socio-sanitaria, la comunicazione sanitaria e la digitalizzazione dei servizi assistenziali.

Figura 20
Ranking aree di valutazione della Performance
Quota votanti che hanno assegnato un punteggio da 7 a 10



Fonte: elaborazione selezione aree di valutazione componenti expert Panel

3.3. La selezione degli indicatori di *Performance*

La elicitazione delle preferenze relativamente agli indicatori di tutela socio-sanitaria regionale, è stata effettuata su un *set* di 18 indicatori, 3 per Dimensione, selezionati, in funzione della loro rilevanza e attendibilità, dal *Panel* di esperti, all'interno di un *set* iniziale di 37 indicatori, proposti dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità: *set* a sua volta individuato in base a criteri di replicabilità, specificità, standardizzabilità, robustezza, oltre che di possibilità di analisi a livello regionale e appartenenza alle aree oggetto del precedente paragrafo.

In particolare, per la Dimensione Appropriatezza sono stati individuati 12 indicatori afferenti alle aree Sistemi di prevenzione (stili di vita, *screening*, vaccinazione, etc.), Assistenza domiciliare, Assistenza extra-ospedaliera (salute mentale, dipendenze, case di comunità, etc.), Assistenza ospedaliera ed Equità di accesso.

Per la Dimensione Esiti sono stati preselezionati 6 indicatori afferenti alle aree Assistenza extra-ospedaliera (salute mentale, dipendenze, case di comunità, etc.) e Sistemi di prevenzione (stili di vita, *screening*, vaccinazione, etc.).

Per la Dimensione Equità sono stati preselezionati 4 indicatori afferenti all'area equità di accesso.

Per la Dimensione Sociale ne sono stati preselezionati 6 afferenti alle aree Integrazione socio-sanitaria.

Per la Dimensione Innovazione 4, afferenti alle aree Digitalizzazione dei servizi assistenziali, Accesso alle tecnologie innovative ed Efficientamento dei processi gestionali.

Infine, per la Dimensione Economico-Finanziaria, ne sono stati preselezionati 5 afferenti all'area Efficientamento dei processi gestionali.

Al fine di mantenere una rappresentatività per tutte le Dimensioni, la scelta degli indicatori è stata limitata ai soli casi in cui c'erano più indicatori per la stessa "area" o indicatori utilizzabili a più di tre aree.

In particolare, per la Dimensione Appropriatezza è stato chiesto di indicarne tre tra i dodici proposti; per Equità, Esiti ed Innovazione di sceglierne uno tra due alternative (gli altri due essendo già fissati); per il Sociale di sceglierne tre su sei alternative; e per Economico-Finanziario di sceglierne due, rispettivamente tra due coppie di alternative.

La Tabella seguente riporta i 18 indicatori che sono stati selezionati (in appendice sono disponibili le relative schede sintetiche descrittive); a seguire vengono descritti singolarmente, raggruppandoli per Dimensione.

“Le Performance Regionali”

| DIMENSIONE | INDICATORE |
|------------------------------|---|
| Appropriatezza | Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche |
| | Tasso di <i>screening</i> cervicale, mammografico e coloretale |
| | Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata |
| Economico-Finanziaria | Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata |
| | Sforamento pro-capite tetto di spesa farmaceutica (ospedaliera e territoriale) |
| | Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali |
| Equità | Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici |
| | Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.) |
| | Tasso di difficoltà di accesso ad alcuni servizi (farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, etc.) |
| Esiti | Speranza di vita senza limitazioni funzionali (<i>over 65 anni</i>) |
| | Indice di salute mentale |
| | Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti |
| Innovazione | Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico |
| | Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive |
| | Indice di implementazione rete oncologica |
| Sociale | Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale) |
| | Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari |
| | Tasso di <i>over 75 anni</i> non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale |

Dimensione Appropriatelyzza

Per quanto concerne la Dimensione Appropriatelyzza, sono stati proposti dodici indicatori: “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche”, “Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde”, “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale”, “Tasso di copertura vaccinale a 24 mesi contro polio, morbillo e varicella”, “Tasso di copertura vaccinale contro l’influenza stagionale negli anziani”, “Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base”, “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata”, “Tasso di presa in carico in cure domiciliari integrate di I,II e III livello (CIA 1, CIA 2 e CIA 3)”, “Tasso di ricoveri programmati (classe A), per patologie cardiovascolari, eseguiti nei tempi previsti”, “Tasso di ricoveri programmati (classe A), per patologie oncologiche, eseguiti nei tempi previsti”, “Indice di fuga ricoveri ordinari in acuzie per patologie oncologiche”, “Indice di fuga ricoveri ordinari in acuzie”.

Il primo indicatore è stato ritenuto rappresentativo dell’appropriatezza del ricovero e, quindi, utile a misurare la gestione extra-ospedaliera dei pazienti cronici; il secondo è stato considerato una misura indiretta della capacità di gestione del paziente da parte della guardia medica. Il terzo, quarto e quinto sono stati considerati indicativi del livello di adesione alle campagne di prevenzione (*screening* e coperture vaccinali); il sesto, settimo e ottavo vorrebbero invece essere rappresentativi dell’appropriatezza extra-ospedaliera, in quanto implicano la capacità di presa in carico al domicilio di anziani e non. Il nono e il decimo vorrebbero essere rappresentativi dell’appropriatezza in termini di rispetto delle tempistiche previste, per patologie cardiologiche o oncologiche. Gli ultimi due vorrebbero essere rappresentativi dell’equità di accesso alle cure di natura oncologica e non.

Al fine di garantire una rappresentatività delle aree selezionate, è stato chiesto al *Panel* di selezionarne uno tra tre alternative per l’assistenza domiciliare, uno tra tre alternative per l’area prevenzione ed uno tra sei alternative per l’assistenza extra-ospedaliera.

Alla luce delle preferenze espresse dai componenti del *Panel* i tre indicatori selezionati per la Dimensione Appropriatelyzza sono stati:

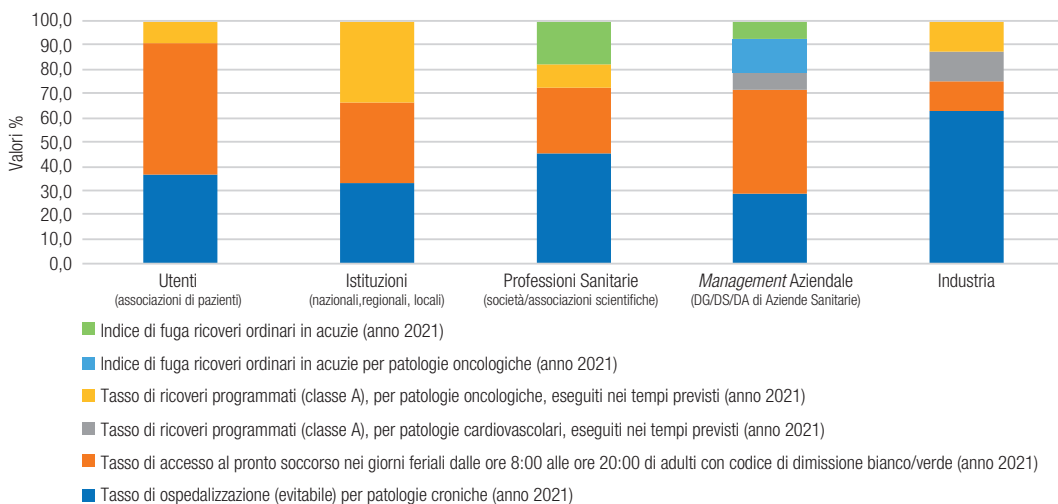
- “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche” (Figura 21)
- “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e coloretale” (Figura 22)
- “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata” (Figura 23)

“Le Performance Regionali”

In particolare, il primo indicatore è stato selezionato da:

- il 36,4% dei votanti della categoria Utenti
- il 33,3% della categoria Istituzioni
- il 45,5% della categoria Professioni Sanitarie
- il 28,6% della categoria *Management Aziendale*
- il 62,5% dei votanti dell'Industria Medica.

Figura 21
Tasso di ospedalizzazione evitabile per patologie croniche
% votanti

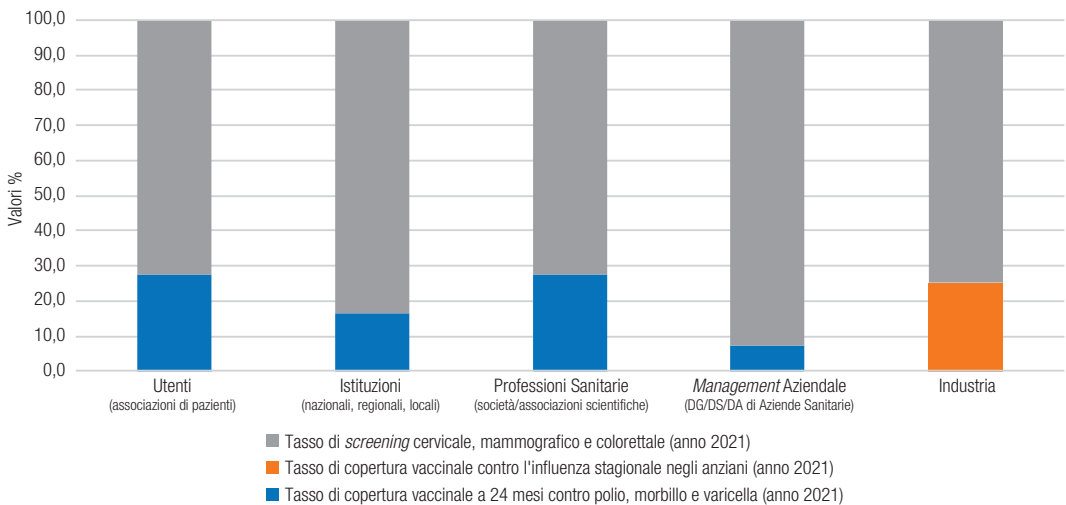


Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

Il secondo indicatore selezionato, ovvero il “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e coloretale”, è stato votato da:

- il 72,7% dei votanti della categoria Utenti
- l’83,3% della categoria Istituzioni
- il 72,7% della categoria Professioni Sanitarie
- il 92,9% della categoria *Management Aziendale*
- il 75,0% dei votanti dell’Industria Medica.

Figura 22
Tasso di *screening* cervicale, mammografico e coloretale
% votanti



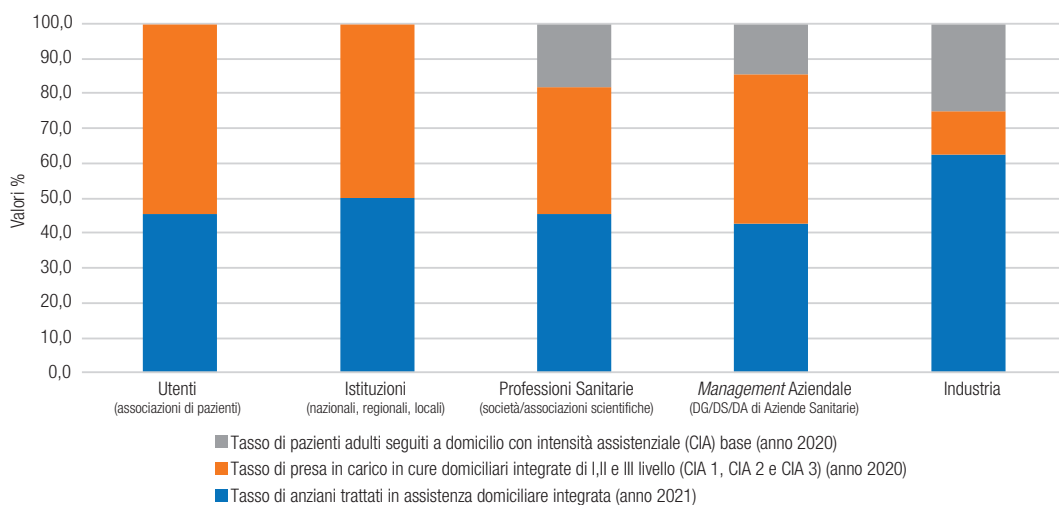
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

“Le Performance Regionali”

Il terzo indicatore selezionato, “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata”, è stato votato da:

- il 45,5% dei votanti della categoria Utenti
- il 50,0% della categoria Istituzioni
- il 45,5% della categoria Professioni Sanitarie
- il 42,9% della categoria *Management Aziendale*
- il 62,5% dei votanti dell’*Industria Medica*le.

Figura 23
Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata
% votanti



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

Dimensione Economico-Finanziaria

Per quanto concerne la Dimensione Economico-Finanziaria, sono stati proposti per la valutazione cinque indicatori: “Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata”, “Spesa sanitaria privata pro-capite standardizzata”, “Sforamento pro-capite tetto di spesa farmaceutica (ospedaliera e territoriale)”, “Spesa pro-capite di compartecipazione per farmaci generici” e “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali”.

Il primo indicatore è stato considerato in quanto sintetizza l'onere per l'assistenza pubblica, standardizzato per tenere conto del fatto che i bisogni delle popolazioni non sono omogenei (età etc.); il secondo indicatore considera l'onere per l'assistenza sostenuto dai cittadini, standardizzato per età. Il terzo indicatore sintetizza l'aspetto del rispetto del tetto (acquisti diretti e convenzionata) previsto per la spesa farmaceutica; il quarto informa sulla compartecipazione all'acquisto dei farmaci generici da parte dei cittadini; l'ultimo vorrebbe rappresentare l'onere sostenuto dai cittadini in rapporto ai loro consumi totali.

Al fine di garantire una rappresentatività delle componenti pubbliche e private, è stato adottato l'indicatore “Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata”, e poi sono state sottoposte al *Panel* due coppie di alternative: “Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata” vs “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali” e “Sforamento pro-capite tetto di spesa farmaceutica (ospedaliera e territoriale)” vs “Spesa pro-capite di compartecipazione per farmaci generici”.

Alla luce delle preferenze espresse dai componenti del *Panel* i tre indicatori selezionati per la Dimensione Economico-Finanziaria sono stati:

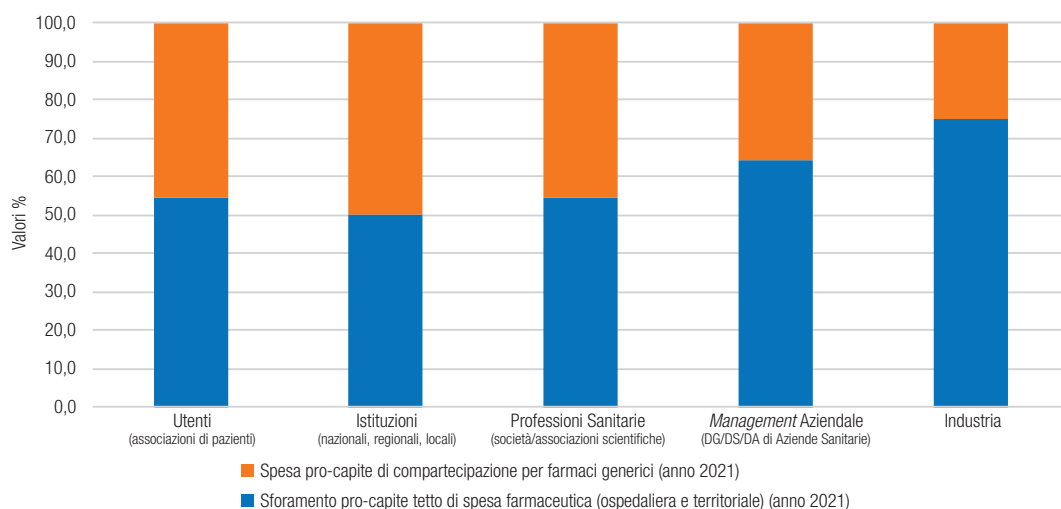
- “Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata”
- “Sforamento pro-capite tetto di spesa farmaceutica (acquisti diretti e convenzionata)” (Figura 24)
- “Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali” (Figura 25)

“Le Performance Regionali”

In particolare, l'indicatore selezionato nella prima coppia di alternative proposte è stato votato da:

- il 54,5% dei votanti della categoria Utenti
- il 50,0% della categoria Istituzioni
- il 54,5% della categoria Professioni Sanitarie
- il 64,3% della categoria *Management Aziendale*
- il 75,0% dei votanti dell'Industria Medica.

Figura 24
Sfioramento pro-capite tetto di spesa farmaceutica
(acquisti diretti e convenzionata)
% votanti



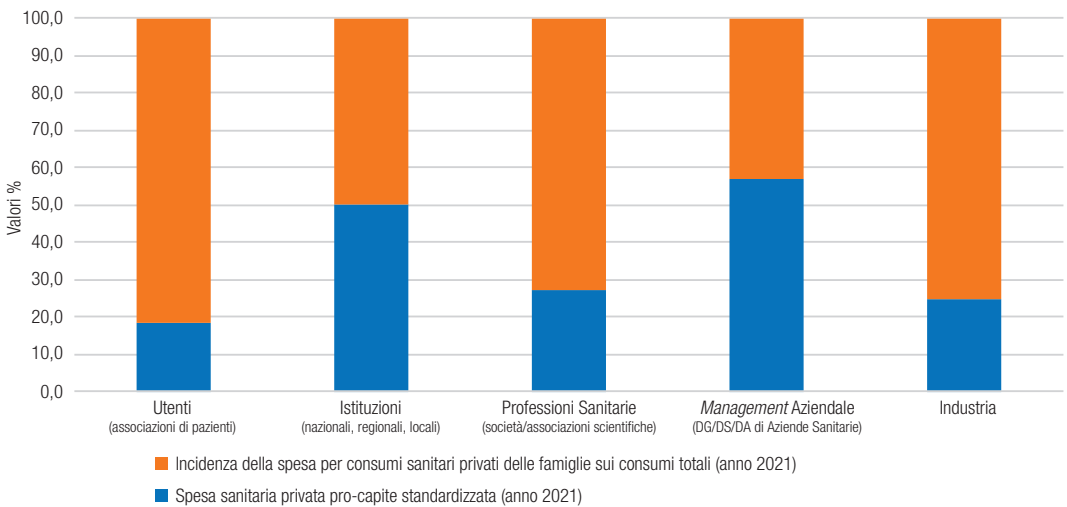
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

L'indicatore selezionato nella seconda coppia di alternative proposte è stato votato da:

- l'81,8% dei votanti della categoria Utenti
- il 50,0% della categoria Istituzioni
- il 72,7% della categoria Professioni sanitarie
- il 42,9% della categoria *Management Aziendale*
- il 75,0% dei votanti dell'Industria medica.

Figura 25

**Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali
% votanti**



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

Dimensione Equità

Per la Dimensione Equità sono stati sottoposti alla valutazione i seguenti quattro indicatori: “Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie”, “Tasso di difficoltà di accesso ad alcuni servizi (farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, etc.)”, “Quota di famiglie che sperimenta un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati” e “Quota di famiglie che rinuncia a curarsi per motivi economici”.

I primi due indicatori sono stati preselezionati in quanto rappresentano una misura dell'equità di accesso ai servizi, rispettivamente sanitari ed essenziali (farmacie, pronto soccorso, poste etc.); il terzo e il quarto rappresentano una misura del disagio economico associato alle spese sanitarie in termini di rinuncia a sostenerle o addirittura impoverimento. È stato quindi chiesto al *Panel* di indicare tra gli ultimi due proposti quello ritenuto più rappresentativo ai fini dell'inserimento nella misura di *Performance*.

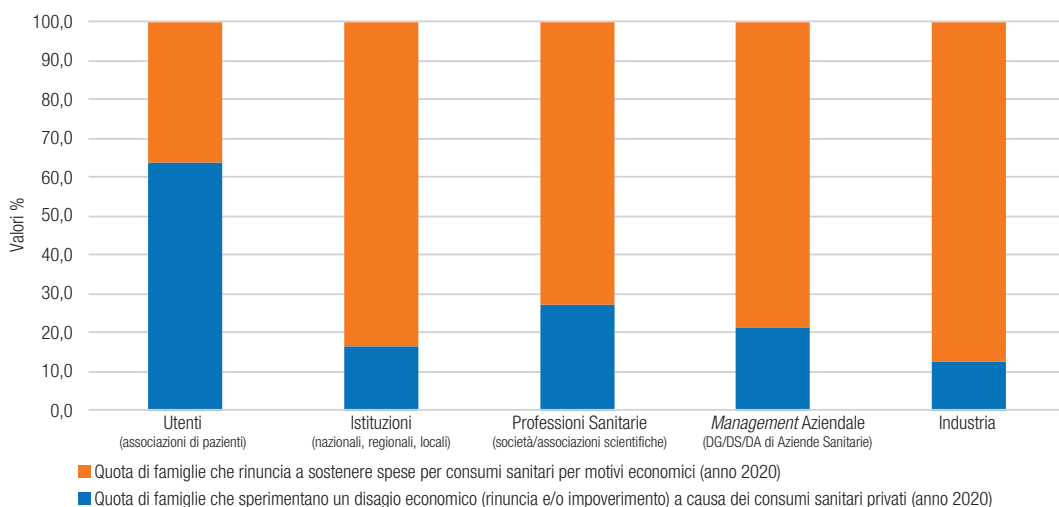
Alla luce delle preferenze espresse dai componenti del *Panel* i tre indicatori selezionati per la Dimensione Equità sono stati:

- “Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici” (Figura 26)
- “Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)”
- “Tasso di difficoltà di accesso ad alcuni servizi (farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, etc.)”

In particolare, l'indicatore scelto tra la coppia di alternative proposte è stato votato da:

- il 36,4% dei votanti della categoria Utenti
- l'83,3% della categoria Istituzioni
- il 72,7% della categoria Professioni sanitarie
- il 78,6% della categoria *Management Aziendale*
- l'87,5% dei votanti dell'Industria medicale.

Figura 26
Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici % votanti



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

Dimensione Esiti

Per la Dimensione Esiti sono stati preselezionati sei indicatori: “Speranza di vita in buona salute”, “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (65+)”, “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti”, “Indice di salute mentale”, “Quota di nuovi utenti giovani in carico presso i servizi di salute mentale” e “Tasso di utenti con dipendenze in carico presso i servizi”.

I primi due indicatori sono stati proposti in quanto integrano in sé sia la dimensione della quantità che quella della qualità di vita fruibile dalla popolazione; inoltre, considerano l’aspetto della disabilità; il terzo perché fornisce una misura qualitativa legata ad abitudini e stili di vita (alimentazione, tabagismo, consumo di alcol, etc.) che riconducono al tema della prevenzione e dell’assistenza sanitaria; il quarto e il quinto vorrebbero essere rappresentativi dell’attenzione deputata al tema della salute mentale, in particolare dei giovani, in termini di presa in carico; il sesto dell’attenzione, sempre in termini di presa carico, dei soggetti affetti da dipendenze (stupefacenti o alcol).

Al *Panel* è stato chiesto di indicare quello ritenuto più rappresentativo tra i primi due (entrambi relativi alla speranza di vita in buone condizioni), e poi di selezionarne due tra i restanti quattro, rappresentativi di aree quali salute mentale, dipendenze patologiche.

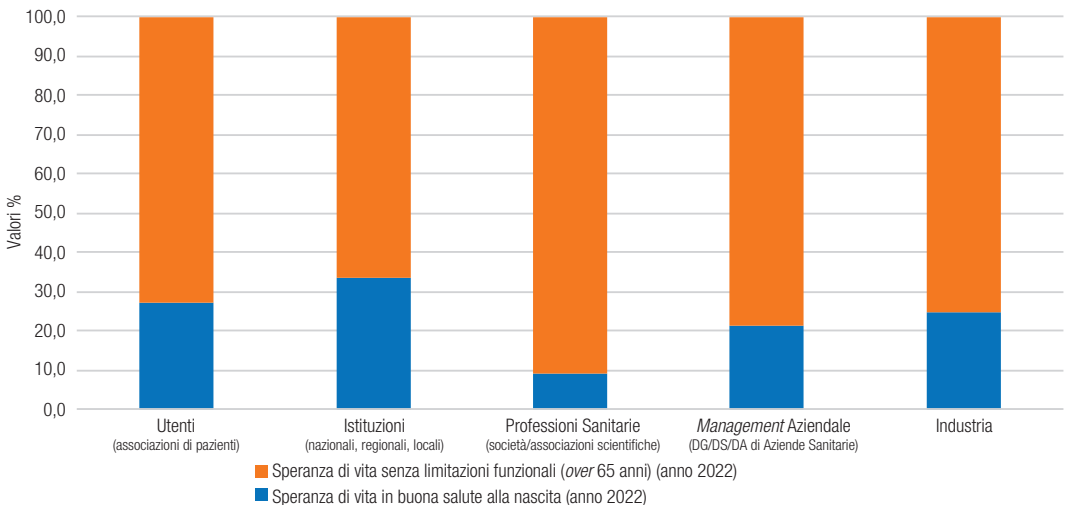
Alla luce delle preferenze espresse dai componenti del *Panel* i tre indicatori selezionati per la Dimensione Equità sono stati:

- “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over* 65 anni)” (Figura 27)
- “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti” (Figura 28)
- “Indice di salute mentale” (Figura 29).

In particolare, il primo indicatore selezionato nella coppia di alternative proposta è stato votato da:

- il 72,7% dei votanti della categoria Utenti
- il 66,7% della categoria Istituzioni
- il 90,9% della categoria Professioni Sanitarie
- il 78,6% della categoria *Management Aziendale*
- il 75,0% dei votanti dell'Industria Medica.

Figura 27
Speranza di vita senza limitazioni funzionali
(over 65 anni)
% votanti



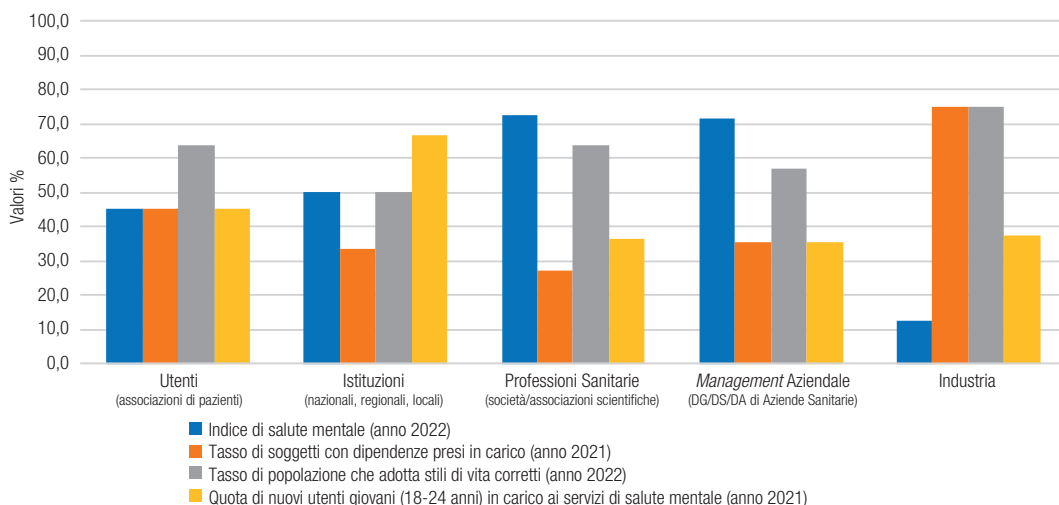
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

“Le Performance Regionali”

Il secondo indicatore, più votato tra le cinque alternative proposte, è stato in particolare scelto da:

- il 63,6% dei votanti della categoria Utenti
- il 50,0% della categoria Istituzioni
- il 63,6% della categoria Professioni Sanitarie
- il 57,1% della categoria *Management Aziendale*
- il 75,0% dei votanti dell'Industria Medica.

Figura 28
Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti
% votanti

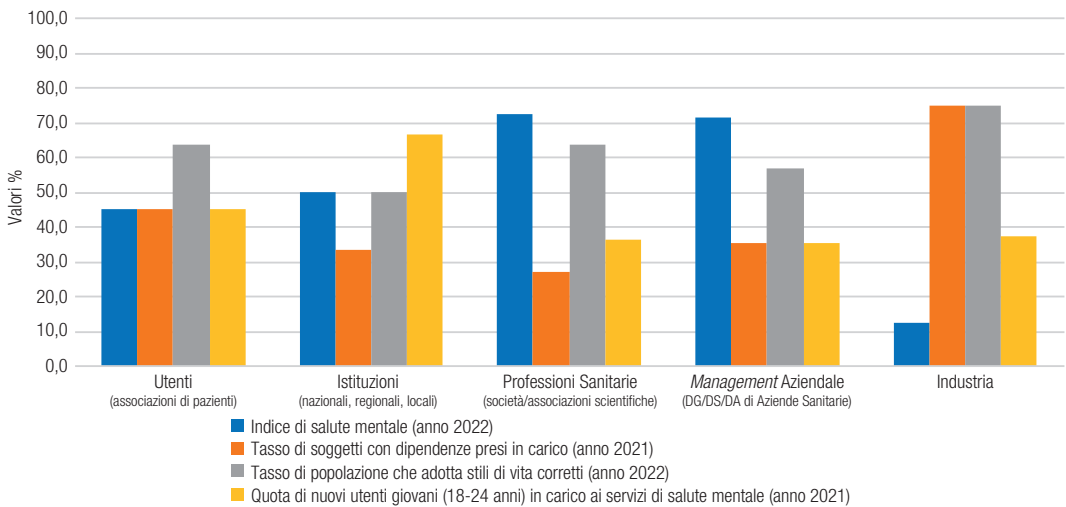


Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

Il terzo indicatore, risultato come secondo più votato tra le quattro alternative proposte, è stato scelto da:

- il 45,5% dei votanti della categoria Utenti
- il 50,0% della categoria Istituzioni
- il 72,7% della categoria Professioni Sanitarie
- il 71,4% della categoria *Management Aziendale*
- il 12,5x% dei votanti dell'Industria Medica.

Figura 29
Indice di salute mentale
% votanti



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

Dimensione Innovazione

Per la Dimensione Innovazione, sono stati preselezionati 4 indicatori: il primo, “Quota di interventi effettuati con tecniche mininvasive”, misura l’innovazione tecnologica in campo chirurgico; il secondo, “Indice di implementazione delle reti oncologiche”, può essere afferente sia all’assistenza extra-ospedaliera che a quella ospedaliera, risultando indicativo dell’innovazione in ambito organizzativo (requisiti assistenziali elevati e presa in carico extra ospedaliera dei pazienti dimessi, rispettivamente); il terzo, “Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico”, vorrebbe essere indicativo del livello di informatizzazione, misurata in termini di esaustività di inserimento nel FSE dei documenti previsti; il quarto, “Tasso di popolazione con competenze digitali almeno di base”, vorrebbe rappresentare la propensione da parte della popolazione ad utilizzare soluzioni digitali.

È stato quindi chiesto al *Panel* di selezionarne uno tra gli ultimi due proposti.

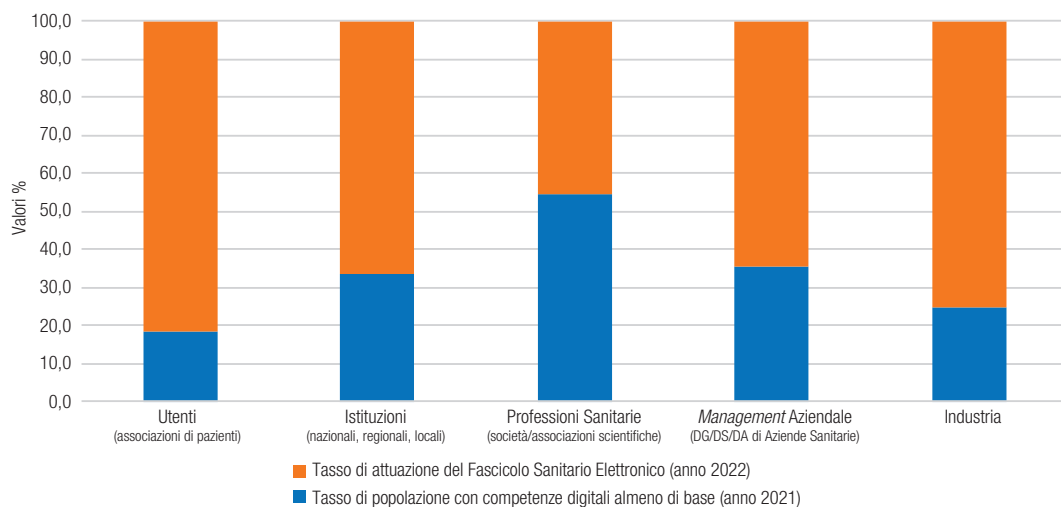
I tre indicatori selezionati per questa Dimensione sono stati:

- “Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico” (Figura 30)
- “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive”
- “Indice di implementazione rete oncologica”

In particolare, l'indicatore selezionato nella coppia di alternative proposte è stato votato da:

- l'81,8% dei votanti della categoria Utenti
- il 66,7% della categoria Istituzioni
- il 45,5% della categoria Professioni Sanitarie
- il 64,3% della categoria *Management Aziendale*
- il 75,0% dei votanti dell'Industria Medica.

Figura 30
Tasso di attuazione del FSE
% votanti



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

Dimensione Sociale

Per la Dimensione Sociale, sono stati proposti per la selezione sei indicatori: “Tasso di Ambiti Territoriali per Distretto sanitario”, “Tasso di *over 75* non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale”, “Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l’integrazione sociale”; “Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari”; “Quota di persone disabili e/o anziani e/o con disagio, che ricevono voucher, assegno di cura o buono socio-sanitario”; “Tasso di assistenti sociali di Ambito territoriale”.

Il primo indicatore vorrebbe essere rappresentativo del livello di integrazione tra sanità e sociale; il secondo del ricorso alla assistenza socio-sanitaria residenziale per anziani non autosufficienti; il terzo rappresenta il “livello”, misurato in termini di utenti, dell’integrazione sociale garantito dagli Enti Locali per i soggetti deboli o a rischio; il quarto rappresenta il livello di assistenza domiciliare erogato dai Comuni; il quinto esprime l’entità di erogazione di sostegni economici verso disabili e/o anziani; infine, il sesto indicatore rappresenta una misura del livello di offerta di assistenti sociali negli ambiti territoriali.

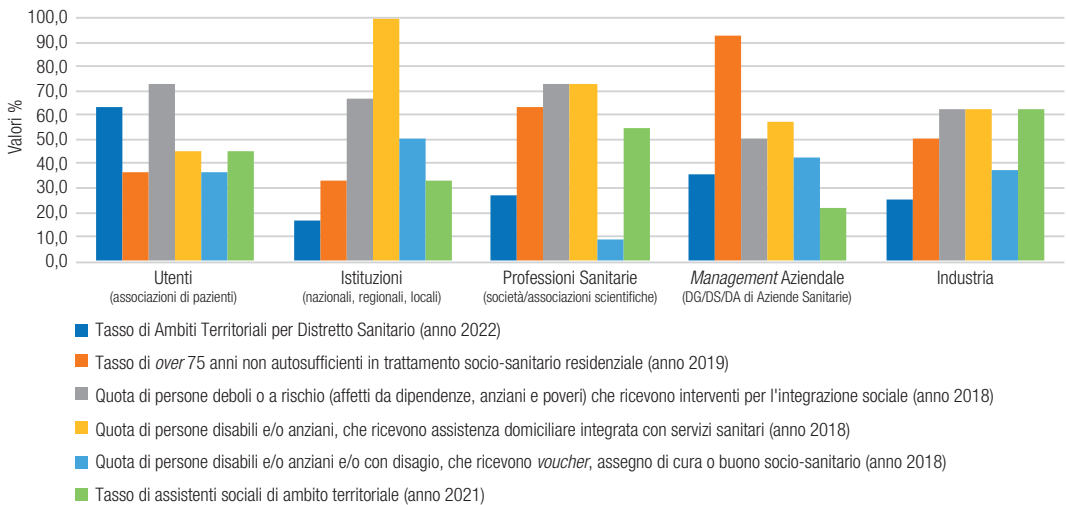
È stato quindi chiesto al *Panel* di selezionarne tre tra i sei proposti. I primi tre più votati da tutti i rappresentanti delle Categorie sono stati:

- “Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l’integrazione sociale” (Figura 31)
- “Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari”
- “Tasso di *over 75* non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale”.

Il primo indicatore, risultato il più votato tra le sei alternative proposte è stato votato da:

- il 72,7% dei votanti della categoria Utenti
- il 66,7% della categoria Istituzioni
- il 72,7% della categoria Professioni Sanitarie
- il 50,0% della categoria *Management Aziendale*
- il 62,5% dei votanti dell'Industria Medica.

Figura 31
Quota di persone deboli o a rischio
(affetti da dipendenze, anziani e poveri)
che ricevono interventi per l'integrazione sociale
% votanti



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

Il secondo indicatore, risultato il secondo più votato tra le sei alternative proposte, è stato votato da:

- il 45,5% dei votanti della categoria Utenti
- il 100,0% della categoria Istituzioni
- il 72,7% della categoria Professioni Sanitarie
- il 57,1% della categoria *Management Aziendale*
- il 62,5% dei votanti dell'Industria Medica.

Il terzo indicatore, ovvero il terzo più votato tra le sei alternative proposte, è stato votato da:

- il 36,4% dei votanti della categoria Utenti
- il 33,3% della categoria Istituzioni
- il 63,6% della categoria Professioni Sanitarie
- il 92,9% della categoria *Management Aziendale*
- il 50,0% dei votanti dell'Industria Medica.

3.4. Le funzioni di valore degli indicatori

Dopo la scelta degli indicatori si è provveduto a costruire la relativa “funzione di valore”, mediante un processo di elicitazione delle preferenze dei membri al *Panel*, relativamente alle determinazioni degli indicatori stessi.

Le “funzioni di valore” permettono di considerare che il “valore” (Utilità) delle determinazioni degli indicatori non è necessariamente proporzionale al loro valore numerico: 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 otto determinazioni di ogni indicatore, scelte in corrispondenza del valore dell'indicatore “migliore” e “peggiore” (nazionale) e in 6 punti intermedi equidistanziati.

Il processo di elicitazione è avvenuto avvalendosi di un *software web-based* appositamente sviluppato da C.R.E.A. Sanità.

Di seguito si analizzano le funzioni “valore” (Utilità) per gli indicatori selezionati.

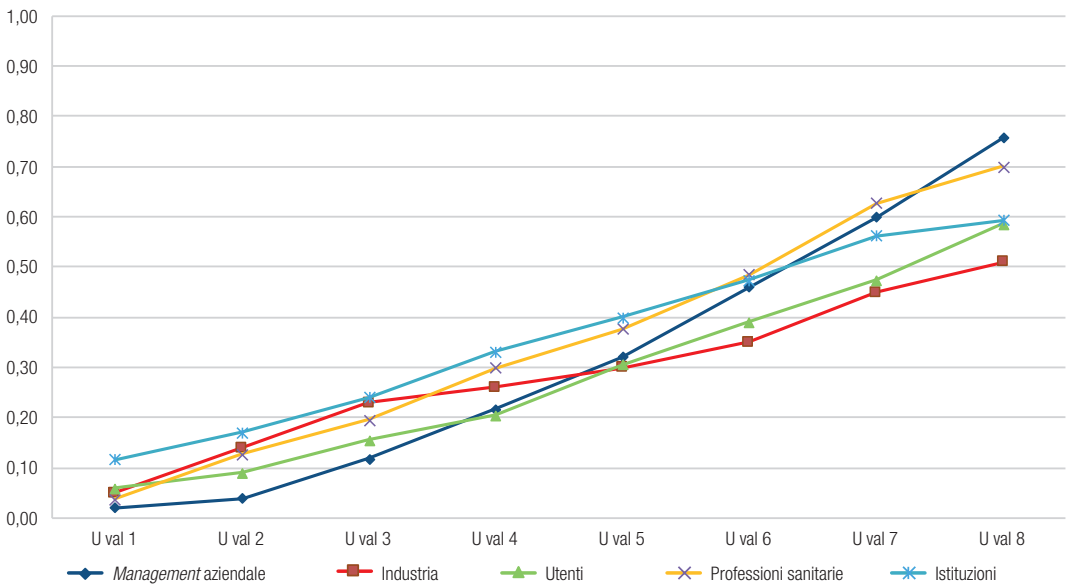
Dimensione Appropriatezza

La funzione “valore” dell’indicatore “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata” (Figura 32) registra 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 prima metà della distribuzione.

Tutte le Categorie, ad eccezione delle Istituzioni, associano un contributo alla *Performance* pressoché nullo in prossimità dei valori peggiori dell’indicatore.

Il valore migliore nazionale è associato ad un livello di contributo alla *Performance* intorno al 60-70% di quella massima possibile per tutte le categorie, ad eccezione dell’*Industria* che gli attribuisce un livello pari a circa il 50%, e del *Management Aziendale* che gli attribuisce un livello pari al 75%.

Figura 32
Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata
Funzione di “valore” per Categoria



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

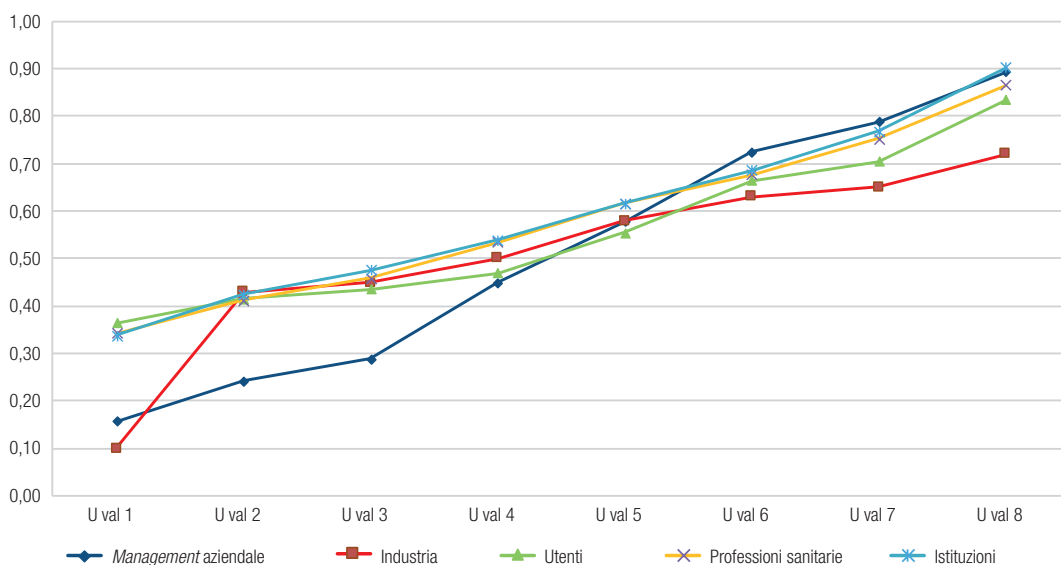
“Le Performance Regionali”

La funzione “valore” dell’indicatore “Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche” (Figura 33) registra 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.

Industria Medica e *Management Aziendale* associano un contributo alla *Performance* pressoché nullo in prossimità dei valori peggiori dell’indicatore.

Il valore migliore nazionale è associato ad un livello di contributo alla *Performance* intorno al 90% di quello massimo possibile: per tutte le categorie, ad eccezione dell’Industria Medica, che gli attribuisce un livello pari a circa il 70%.

Figura 33
Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche
Funzione di “valore” per Categoria

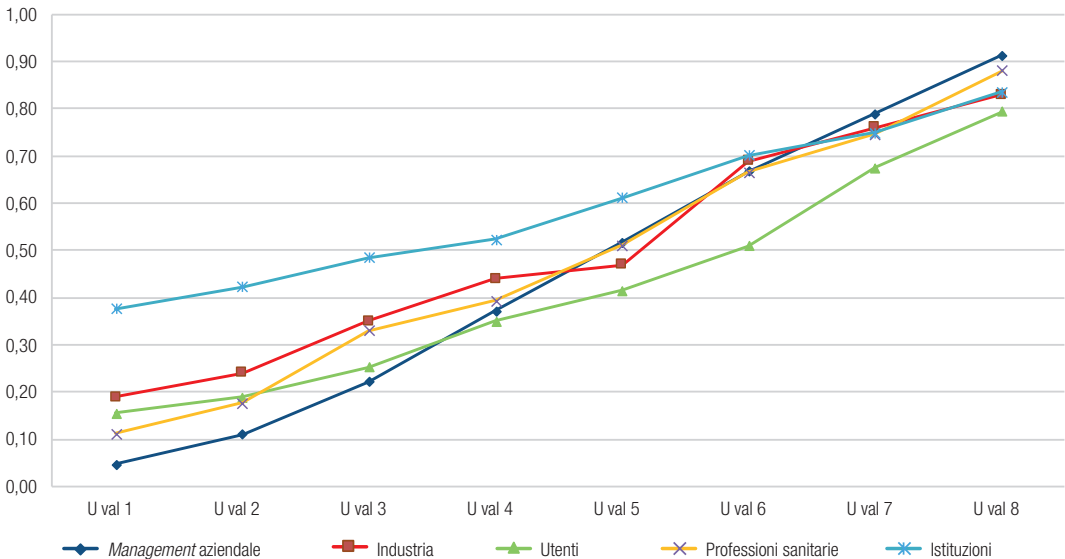


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Per l'indicatore "Tasso di *screening* cervicale, mammografico e coloretale" (Figura 34), per tutte le categorie la funzione ha un andamento lineare: ai miglioramenti dei tassi di adesione agli *screening* sono associati miglioramenti proporzionali di *Performance*; Professioni Sanitarie e *Management Aziendale* tendono a "penalizzare" la *Performance* nei casi di livelli di adesione regionale agli *screening* prossimi a quelli più bassi registrati a livello nazionale. Di contro, i rappresentanti delle Istituzioni ritengono accettabili anche livelli di adesione agli *screening* prossimi a quelli più bassi registrati nel Paese.

Per questo indicatore si registra, per tutte le categorie, una quasi piena "soddisfazione" per i valori che raggiungono i livelli migliori nazionali, con contributi compresi tra l'80% ed il 90% della *Performance* massima.

Figura 34
Tasso di *screening* cervicale, mammografico e coloretale
Funzione di "valore" per Categoria



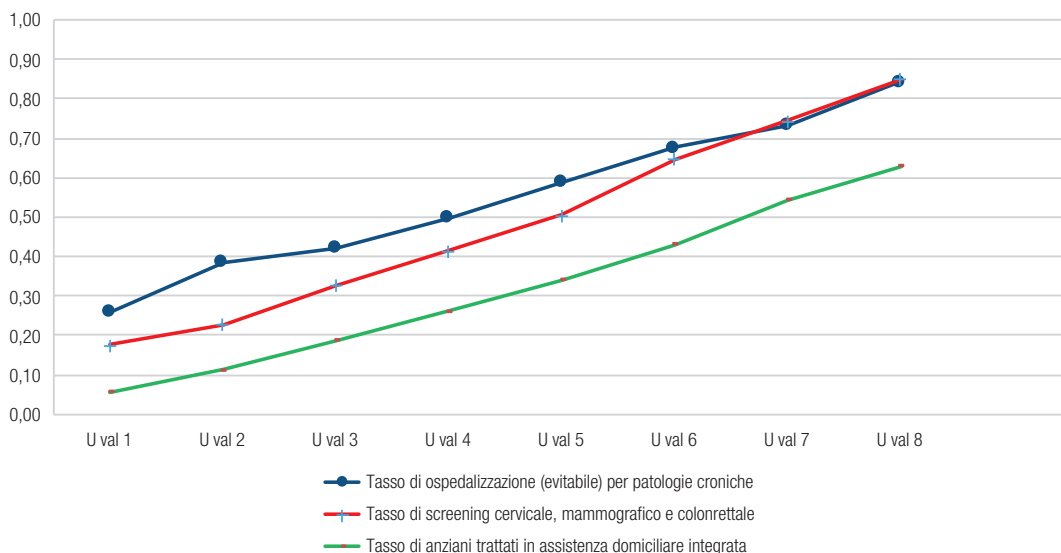
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

“Le Performance Regionali”

Le funzioni di Utilità degli indicatori di Appropriatezza (Figura 35) implicano un contributo alla *Performance* che in generale si dimostra sostanzialmente lineare ma, nella seconda metà delle distribuzioni, ovvero avvicinandosi ai livelli migliori, diventa più che proporzionale al miglioramento dei valori degli indicatori.

I valori massimi nazionali registrati per il secondo e il terzo indicatore raggiungono il livello massimo di contributo alla *Performance*.

Figura 35
Dimensione Appropriatezza
Funzione di “valore” per indicatore



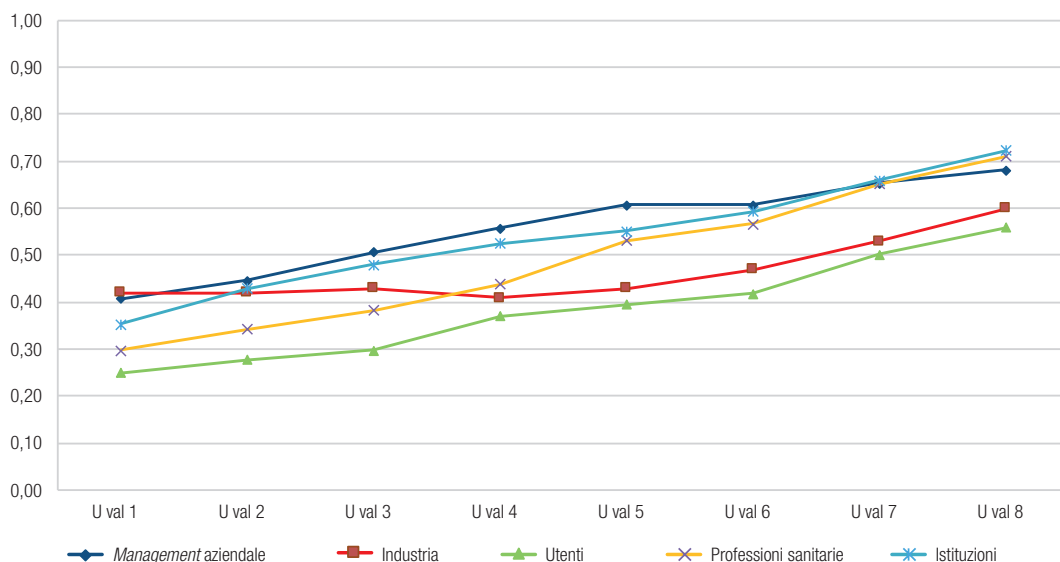
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Economico-Finanziaria

Nella Dimensione Economico-Finanziaria, la funzione di “valore” relativa all’indicatore “Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata” (Figura 36), presenta un andamento che descrive una Utilità marginale decrescente per tutte le Categorie ad eccezione dell’Industria Medica.

Livelli di spesa sotto i valori presenti nella seconda metà della distribuzione non comportano miglioramenti in termini di *Performance* per tutte le Categorie: il contributo massimo alla *Performance* raggiungibile con gli attuali valori di spesa, non supera il 60% di quella massima possibile per Utenti ed Industria medica, ed il 70% per le altre categorie. Simmetricamente, in corrispondenza dei livelli maggiori di spesa (come riscontrati a livello nazionale), si associa un livello di *Performance* nel range 30-40% di quella massima possibile.

Figura 36
Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
Funzione di “valore” per Categoria

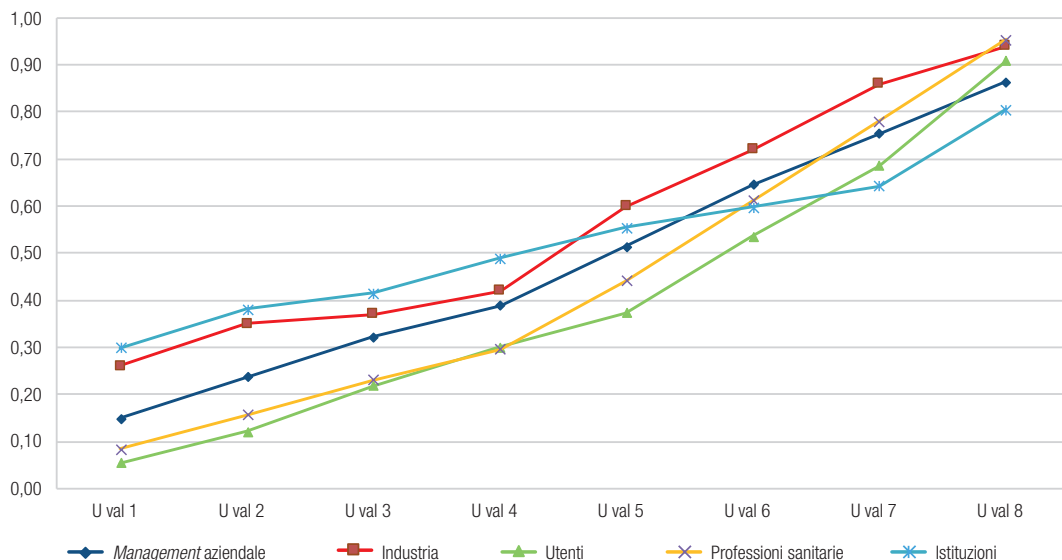


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

“Le Performance Regionali”

Per l'indicatore “Sforamento pro-capite tetto di spesa farmaceutica (acquisti diretti e convenzionata)” (Figura 37), la funzione di “valore” presenta, per tutte le categorie ad esclusione del *Management Aziendale*, presenta un andamento che implica una Utilità marginale decrescente nella seconda metà della distribuzione. I rappresentanti delle Istituzioni associano ai livelli migliori dell'indicatore (ovvero al perfetto rispetto del tetto di spesa) una *Performance* pari all'80% di quella massima, e pari al 30% in corrispondenza dei valori peggiori: andamento attribuibile alla consapevolezza di una incapienza del tetto di spesa previsto. Professioni Sanitarie e Utenti attribuiscono una *Performance* prossima a quella nulla in corrispondenza dei valori peggiori dell'indicatore.

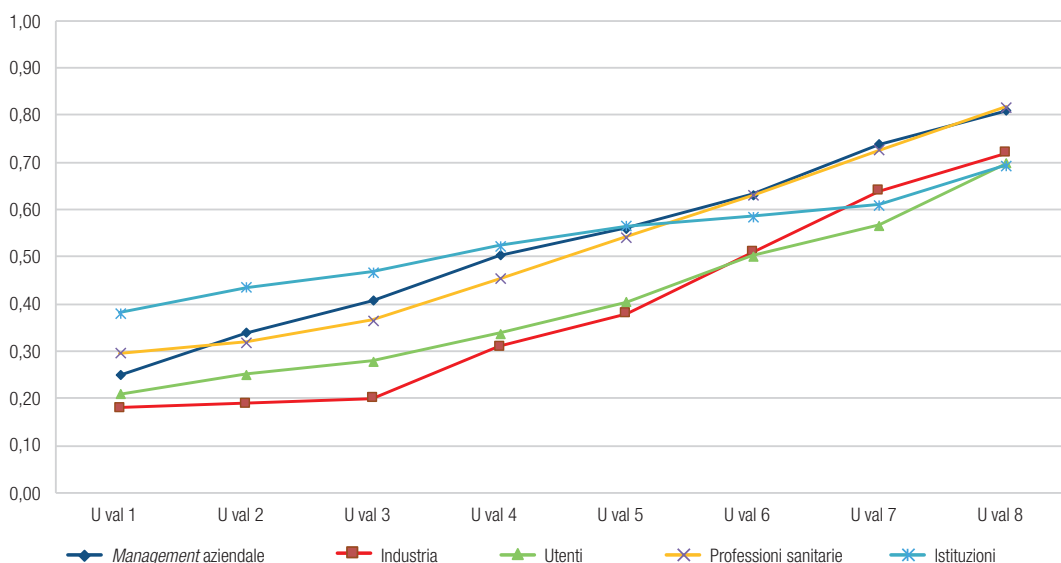
Figura 37
Sforamento pro-capite tetto di spesa farmaceutica
(acquisti diretti e convenzionata)
Funzione di “valore” per Categoria



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

Il terzo indicatore della Dimensione Economico-Finanziaria, l'“Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali” (Figura 38), presenta andamenti evocativi di una utilità marginale decrescente nella prima metà della distribuzione; fanno eccezione a questa valutazione quella delle Professioni Sanitarie e del *Management Aziendale*, che attribuiscono alla funzione un andamento lineare. Tali categorie associano all'indicatore un livello maggiore di contributo alla *Performance*, pari all'80% del massimo ottenibile; per le restanti Categoria il livello massimo è di circa il 70%.

Figura 38
Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali
Funzione di “valore” per Categoria

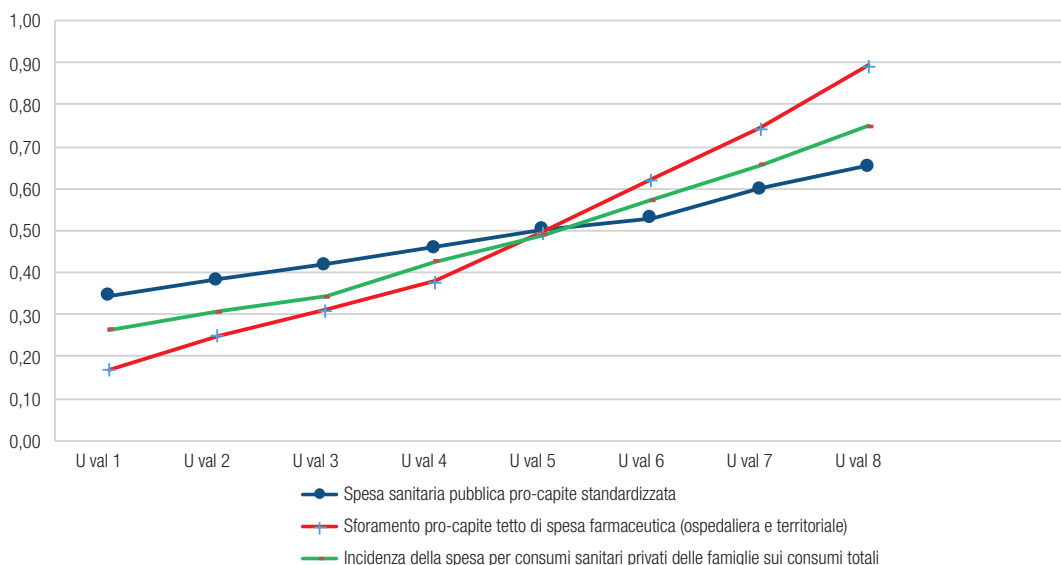


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

“Le Performance Regionali”

In sintesi, agli indicatori della Dimensione Economico-Finanziaria (Figura 39) viene generalmente associato un andamento evocativo di una utilità marginale crescente, con miglioramenti modesti del contributo alla *Performance* passando dal valore peggiore al migliore registrato regionalmente dell'indicatore: valore migliore che comunque è associato a livelli di *Performance* non del tutto soddisfacenti.

Figura 39
Dimensione Economico-Finanziaria
Funzione di “valore” per indicatore



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

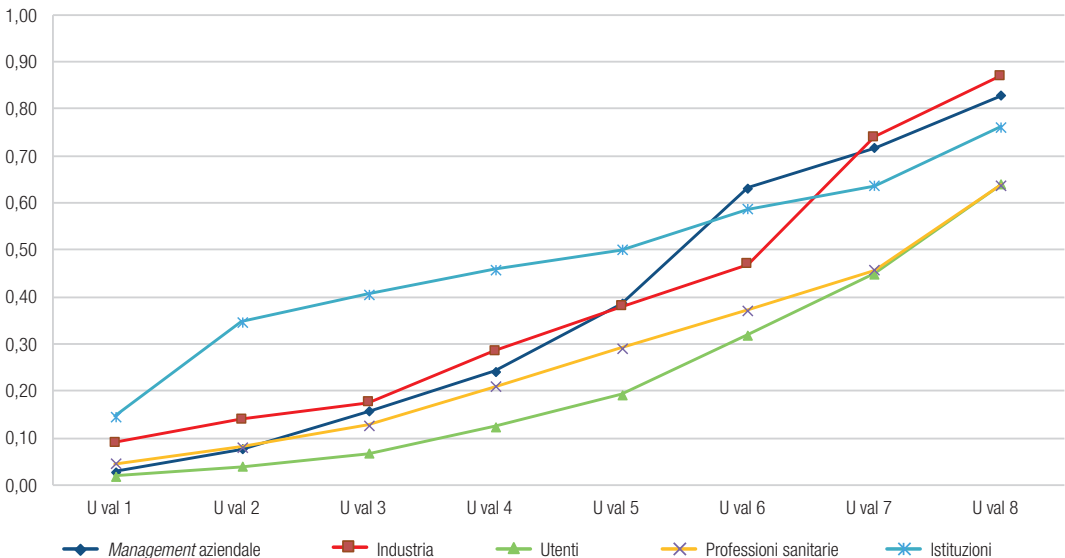
Dimensione Equità

La funzione di valore elicitata per l'indicatore "Quota di persone che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici" (Figura 40) risulta omogenea fra le diverse categorie di *stakeholder*: per valori prossimi a quello peggiore registrato, il contributo alla *Performance* assegnato risulta prossimo allo zero, implicando che si tratta di valori considerati sostanzialmente "inaccettabili"; fa eccezione la Categoria dei rappresentanti delle Istituzioni che, comunque, ai valor peggiori, attribuisce un livello di "accettabilità" basso (12% del massimo contributo alla *Performance*).

Per tutte le categoria la metà destra della distribuzione assume una Utilità marginale crescente dell'indicatore: l'incremento del contributo alla *Performance* è più che proporzionale a quello dei valori dell'indicatore.

Per quest'indicatore si registra una "aspettativa" maggiore soprattutto da parte delle Professioni Sanitarie e degli Utenti, che al valore regionale migliore associano un valore pari al 65% della *Performance* massima. Le restanti categorie agli attuali valori migliori attribuiscono un livello di *Performance* che non supera l'85% di quella massima possibile.

Figura 40
Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese
per consumi sanitari per motivi economici
Funzione di "valore" per Categoria



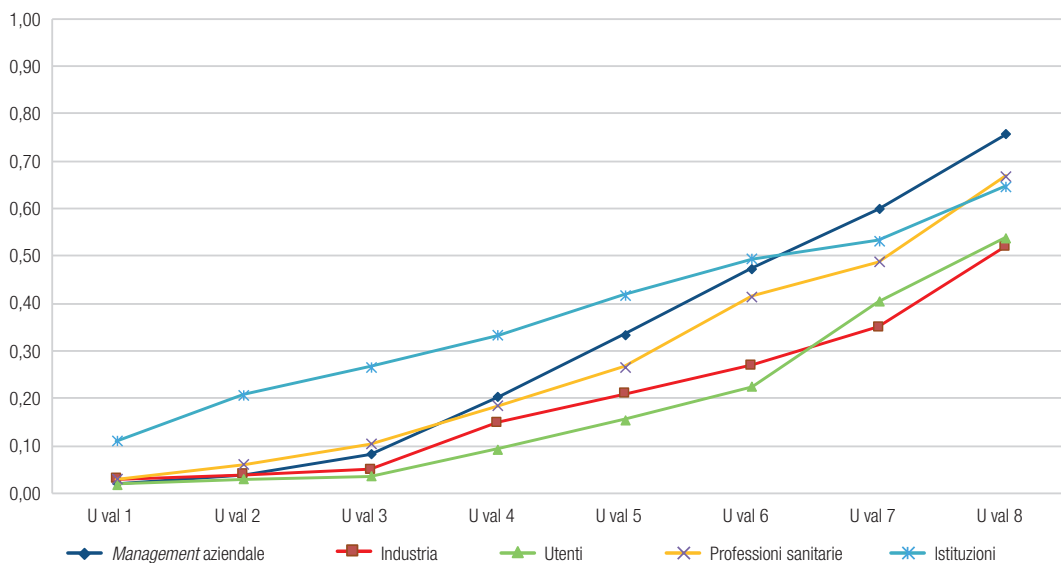
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

“Le Performance Regionali”

Per l'indicatore “Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)” (Figura 41), i valori prossimi al livello nazionale peggiore registrano un contributo alla *Performance* prossimo a zero, per tutte le Categorie ad eccezione delle Istituzioni: per questa ultima anche il livello più alto di rinunce è parzialmente accettabile (10% della *Performance* massima); al diminuire dell'incidenza delle rinunce si registra un miglioramento dell'indicatore che, nell'ultimo terzo della distribuzione, risulta più che proporzionale rispetto al livello di *Performance* attribuito (per tutte le Categorie ad eccezione delle Istituzioni e del *Management Aziendale*, per i quali si osserva un andamento sostanzialmente lineare).

Per gli Utenti e l'Industria, il valore “migliore” riscontrato a livello nazionale è associato ad un livello di *Performance* che non raggiunge la “sufficienza” (52-52% della *Performance* massima); per Professioni Sanitarie e Istituzioni vengono raggiunti livelli di poco superiori alla “sufficienza” (64-67%); per il *Management Aziendale*, in corrispondenza del valore migliore nazionale, si sfiora un livello di *Performance* pari al 75% di quella massima.

Figura 41
Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie
(motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)
Funzione di “valore” per Categoria

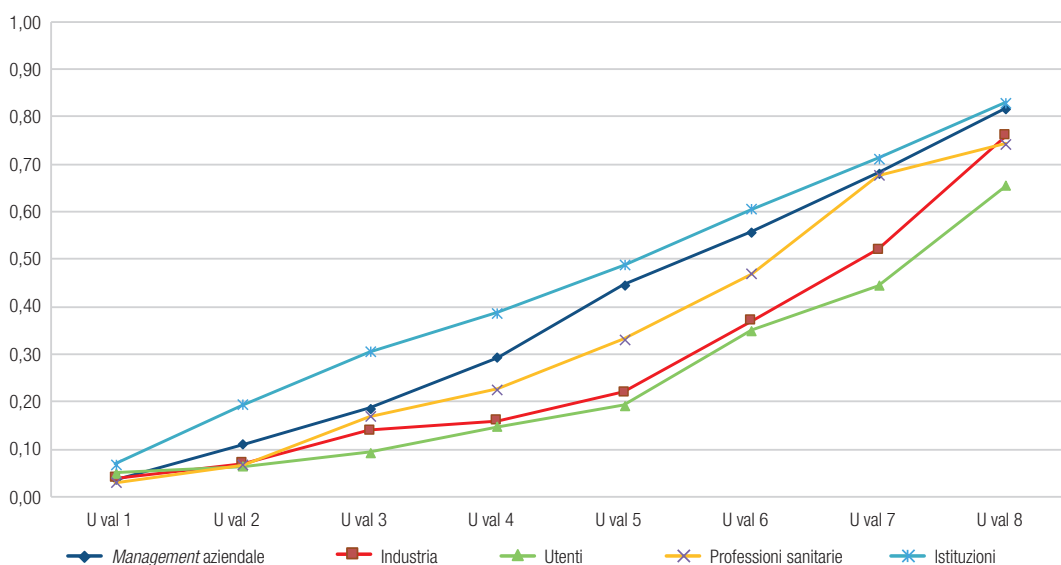


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Al terzo indicatore della Dimensione Equità, “Tasso di difficoltà di accesso ad alcuni servizi (farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, etc.)” (Figura 42), le categorie dei rappresentanti dell’Industria Medica e del *Management* Aziendale associano miglioramenti di *Performance* proporzionali al miglioramento dell’indicatore. Le categorie degli Utenti e delle Istituzioni vi associano una utilità marginale crescente, quanto meno nella seconda metà della distribuzione.

Per tutte le categorie si osserva una maggiore “aspettativa” rispetto ai valori dell’indicatore registrati a livello nazionale: per le Professioni Sanitarie in corrispondenza dei valori migliori a livello nazionale si associa un contributo alla *Performance* pari a circa il 60% di quella massima possibile; per le altre categorie si arriva a valori nel range 80-90%.

Figura 42
Tasso di difficoltà di accesso ad alcuni servizi
(farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, etc.)
Funzione di “valore” per Categoria

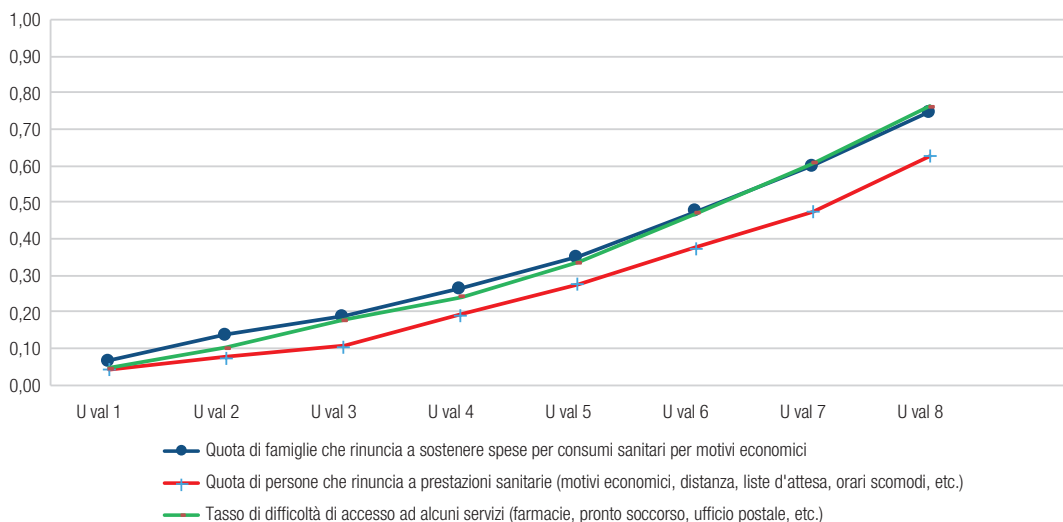


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

“Le Performance Regionali”

Complessivamente, per la Dimensione Equità (Figura 43) si registrano funzioni di valore che tendono a descrivere un atteggiamento di “stigma” per i 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.

Figura 43
Dimensione Equità
Funzione di “valore” per indicatore



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

Dimensione Esiti

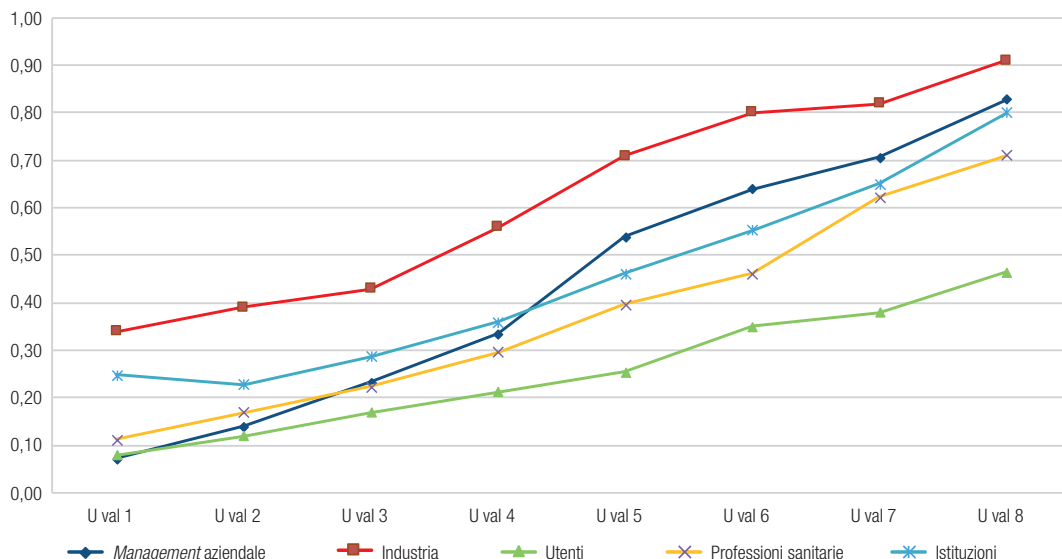
Nella Dimensione Esiti, l'andamento della funzione di "valore" dell'indicatore "Speranza di vita senza limitazioni funzionali (over 65 anni)" (Figura 44) risulta pressoché lineare (indicando un contributo alla *Performance* proporzionale alle determinazioni dell'indicatore) per le Istituzioni, gli Utenti e le Professioni sanitarie.

Per Utenti e *Management Aziendale* si evidenzia una Utilità marginale decrescente nella seconda metà della distribuzione.

Il valore regionale peggiore riscontrato sul territorio nazionale è valutato "poco accettabile" da quasi tutte le categorie, ad eccezione delle Istituzioni e dell'Industria, che vi associano una *Performance* pari rispettivamente al 25% di quella massima; di contro, i valori prossimi al migliore sono associati ad una *Performance* compresa tra il 70 ed il 90% di quella massima possibile per quasi tutte le categorie, ad esclusione degli Utenti, che vi associano un valore pari al 57%.

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: complessivamente tutte le categorie ritengono che il valore "migliore" dell'indicatore sia associato ad un livello di contributo alla *Performance* pari al 70% di quella massima possibile.

Figura 44
Speranza di vita senza limitazioni funzionali
(over 65 anni)
Funzione di "valore" per Categoria



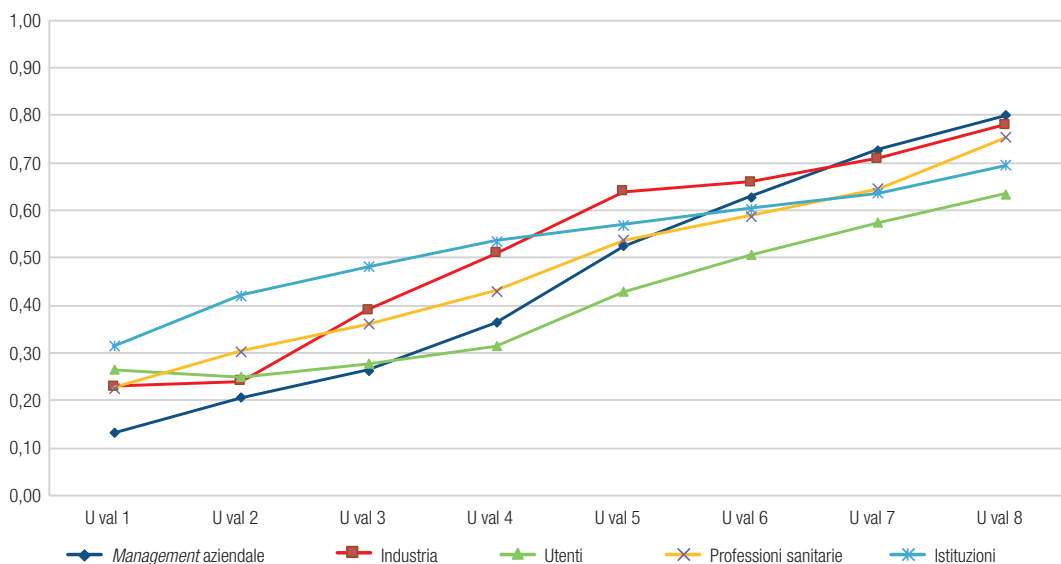
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

“Le Performance Regionali”

L'indicatore “Indice di salute mentale” (Figura 45) è associato a contributi in termini di *Performance* meno che proporzionali rispetto all'aumento del livello dell'indicatore, specialmente nella seconda parte della distribuzione; l'unica eccezione è rappresentata dalla categoria degli Utenti, che registra una utilità marginale decrescente nella prima metà della distribuzione e un andamento proporzionale nella seconda metà.

In generale, si evidenzia come da parte del *Panel* ci sia l'auspicio di un aumento del livello di salute mentale: in particolare, gli Utenti e le Istituzioni associano al valore minimo nazionale un livello di *Performance* pari rispettivamente al 63 e 70% di quella massima. I rappresentanti delle Istituzioni ritengono comunque parzialmente “accettabili” (22% della *Performance* massima) anche livelli dell'indicatore prossimi a quello peggiore nazionale. “Accettabilità” che si riduce di dieci punti percentuali per il *Management Aziendale*.

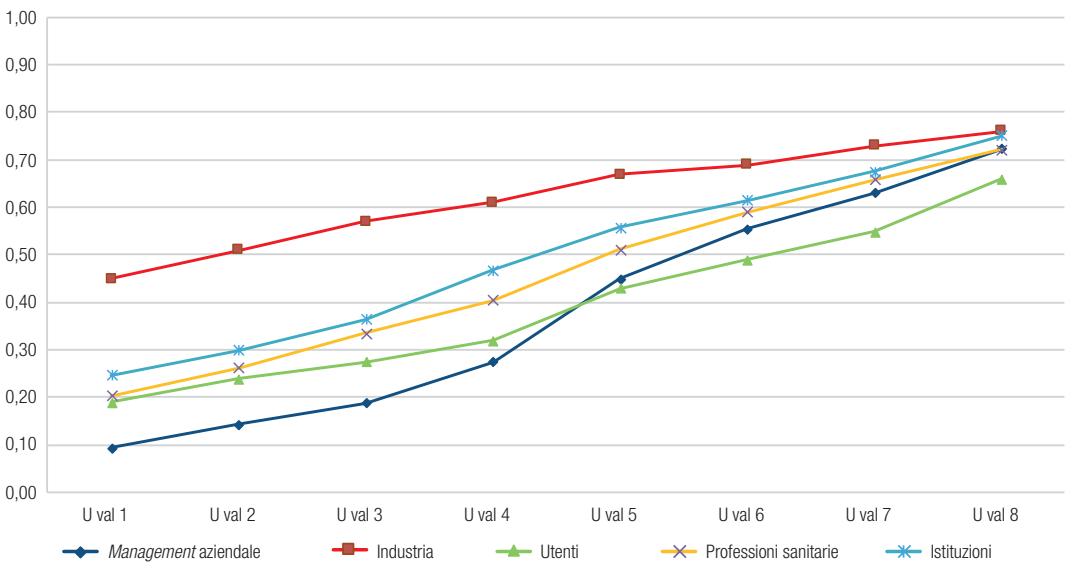
Figura 45
Indice di salute mentale
Funzione di “valore” per Categoria



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

L'andamento della funzione di valore dell'indicatore "Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti" (Figura 46) è sostanzialmente lineare per tutte le categorie; si osserva da parte di tutti l'auspicio di un miglioramento degli stili di vita: ai valori migliori dell'indicatore sono associati livelli di *Performance* nel range 65-75% del valore massimo possibile. Rispetto alla precedente edizione del progetto, sembra registrarsi una maggiore consapevolezza dell'importanza dell'adozione di stili di vita corretti per realizzare una effettiva tutela socio-sanitaria dei cittadini.

Figura 46
Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti
Funzione di "valore" per Categoria



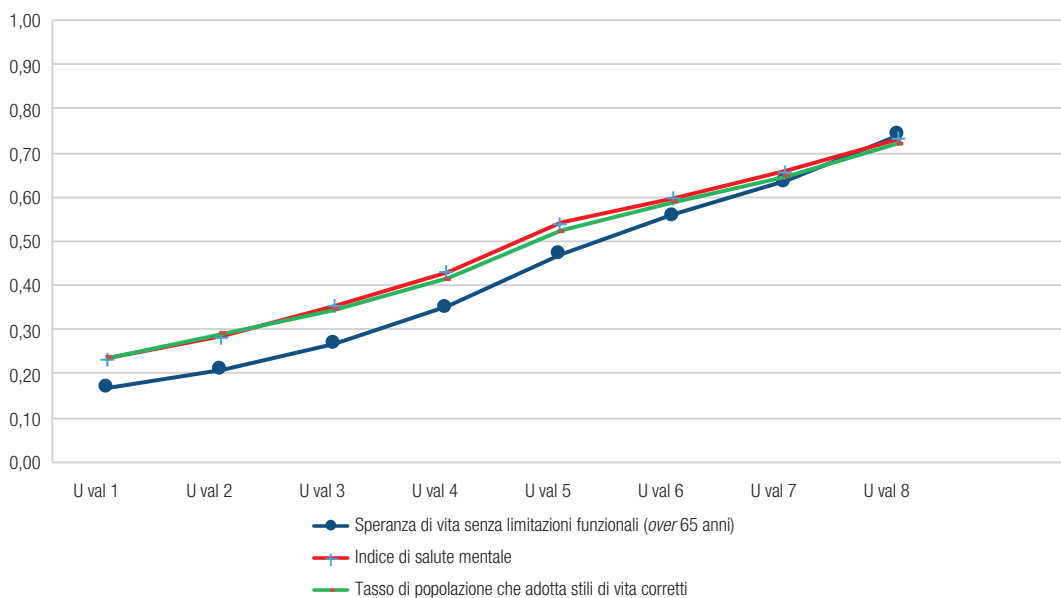
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

“Le Performance Regionali”

In sintesi, agli indicatori della Dimensione Esiti (Figura 47) è associato un contributo alla *Performance* generalmente proporzionale al miglioramento delle determinazioni degli indicatori.

Si registra l’“aspettativa” di ulteriori miglioramenti per tutti e tre gli indicatori selezionati. Contestualmente, si registra il riconoscimento di un “valore” dell’assistenza anche nei casi di valori degli indicatori di esito prossimi a quelli peggiori registrati attualmente nazionali (18-25% della *Performance* massima).

Figura 47
Dimensione Esiti
Funzione di “valore” per indicatore



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

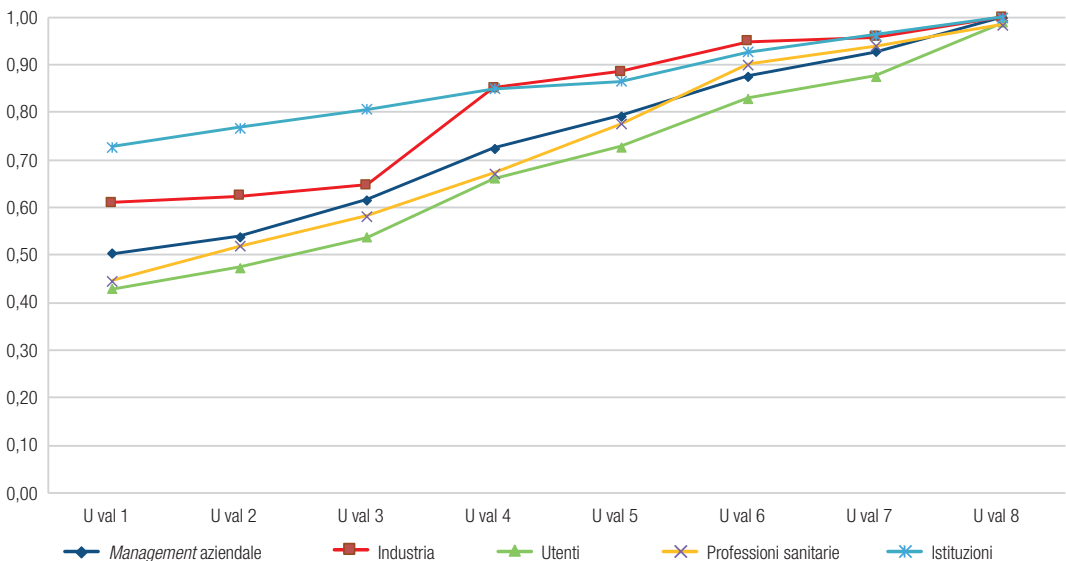
Dimensione Innovazione

Nella Dimensione Innovazione, all'indicatore "Tasso di attuazione del FSE" (Figura 48), è associata una funzione di valore ad andamento lineare per tutte le categorie di *stakeholder*, con contributi alla *Performance* che rimangono positivi anche in corrispondenza dei valori peggiori registrati a livello nazionale: in corrispondenza del peggiore valore nazionale viene attribuito un contributo alla *Performance* pari al 75% di quella massima da parte delle Istituzioni; da parte dell'Industria pari al 60%; per le restanti Categorie compreso tra il 42 e il 50%.

Per l'Industria Medica e le Professioni Sanitarie si registrano miglioramenti del livello di *Performance* più che proporzionali in corrispondenza della seconda metà della distribuzione.

Tutte le categorie registrano una "piena soddisfazione" per i valori dell'indicatore prossimi ai massimi livelli registrati a livello nazionale, associando ad essi un livello di contributo alla *Performance* pari al 100% di quella massima ottenibile.

Figura 48
Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
Funzione di "valore" per Categoria



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

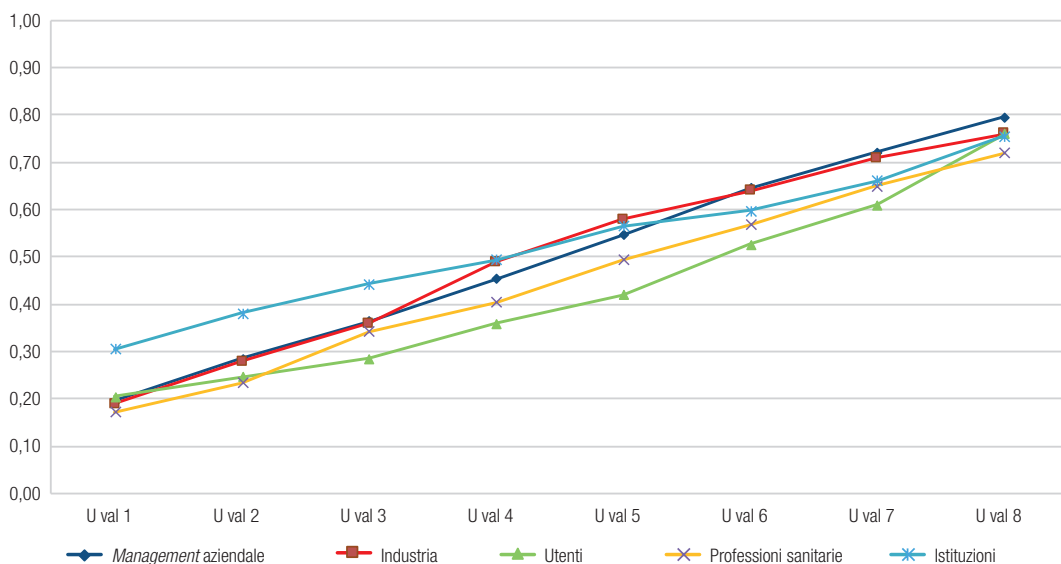
“Le Performance Regionali”

Nella Dimensione Innovazione, all'indicatore “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive” (Figura 49) è associata, da parte di tutte le categorie, una funzione di “valore” sostanzialmente lineare.

In corrispondenza del miglior valore nazionale dell'indicatore, si valuta un contributo alla *Performance* pari o inferiore all'80% di quella massima possibile. Tutte le categorie, ad eccezione dei rappresentanti delle Istituzioni, ritengono accettabile (30% della *Performance* massima) anche una determinazione pari ai valori peggiori nazionali registrati.

Rispetto alla valutazione 2022 non si riscontrano modifiche significative nell'andamento della funzione di Utilità, se non un più alto livello di contributo alla *Performance* generalmente riconosciuto in corrispondenza sia dei valori peggiori, sia di quelli migliori dell'indicatore.

Figura 49
Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
Funzione di “valore” per Categoria

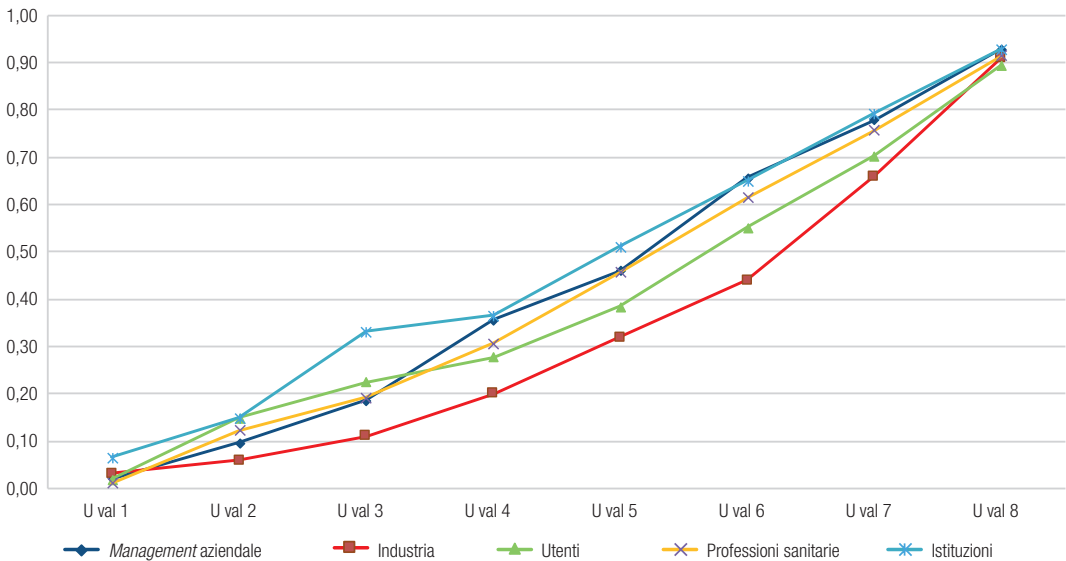


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

All'indicatore "Indice di implementazione della rete oncologica" (Figura 50) tutte le categorie di *stakeholder* associano una funzione di valore ad andamento lineare, con contributi alla *Performance* ritenuti pressoché nulli in corrispondenza dei valori peggiori registrati a livello nazionale; per l'Industria Medica e gli Utenti si ottengono miglioramenti del livello di *Performance* più che proporzionali in corrispondenza della seconda metà della distribuzione.

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* superiore al 90% di quella massima ottenibile.

Figura 50
Indice di implementazione rete oncologica
Funzione di "valore" per Categoria

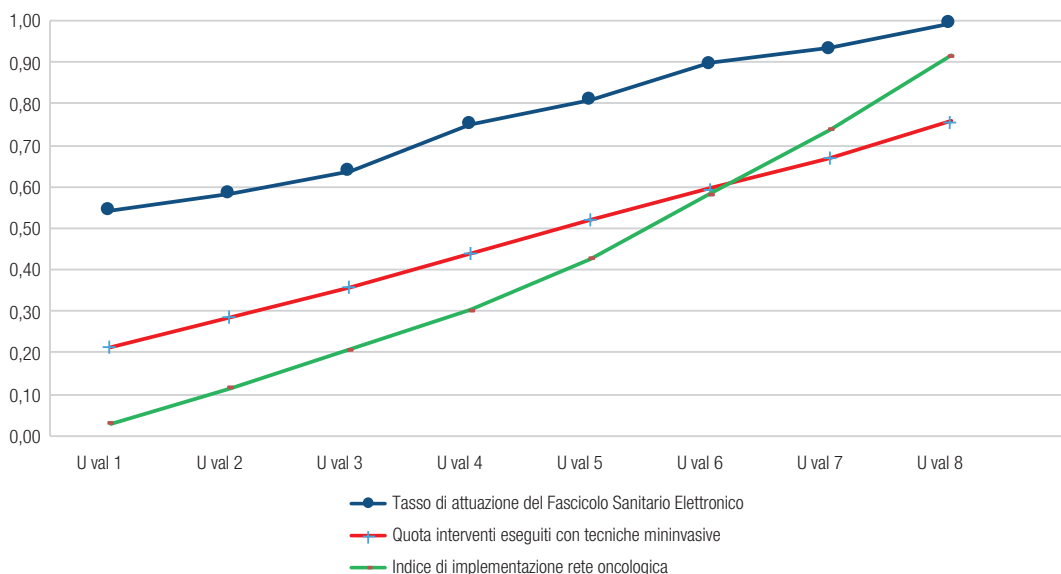


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

“Le Performance Regionali”

Complessivamente, ai primi due indicatori della Dimensione Innovazione (Figura 51) viene associata una funzione di “valore” sostanzialmente lineare, con un contributo alla *Performance* massimo per le migliori determinazioni di quello relativo al FSE, e pari al 75% per quello relativo all’innovazione tecnologica. All’indicatore di innovazione organizzativa è invece associata una funzione che implica una utilità marginale crescente con un contributo alla *Performance* pari al 90% di quella massima in corrispondenza del valore migliore.

Figura 51
Dimensione Innovazione
Funzione di “valore” per indicatore



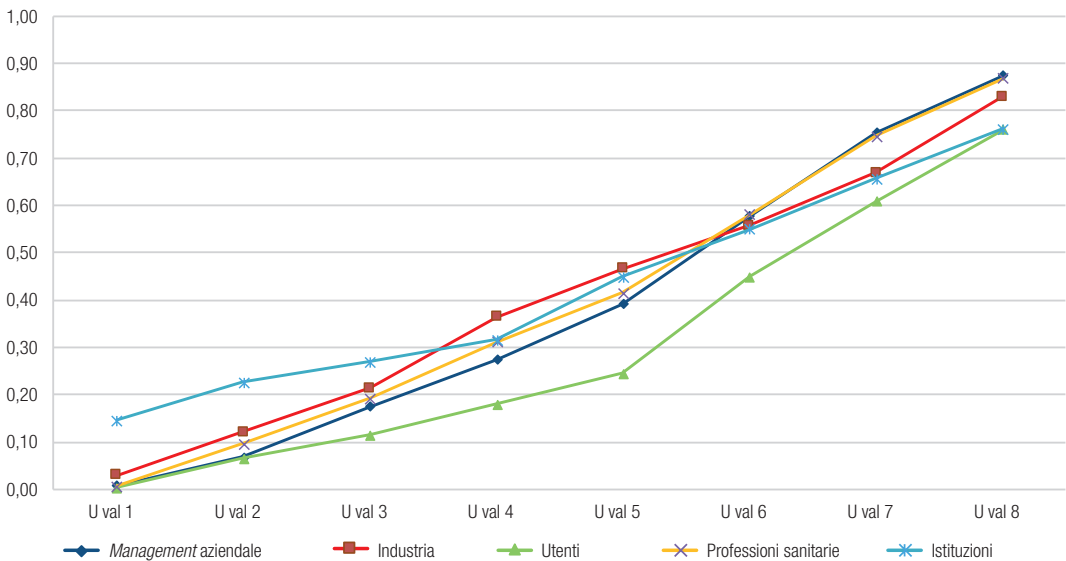
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Sociale

La funzione di “valore” dell’indicatore “Quota di persone deboli o a rischio, affetti da dipendenze, anziani e poveri, che ricevono interventi per l’integrazione sociale” (Figura 52), per tutte le categorie, assume un andamento sostanzialmente lineare: solo per gli Utenti si registrano, nella seconda metà della distribuzione, 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 compresi tra il 76 e l’85% della *Performance* massima a seconda delle categorie; i rappresentanti delle Istituzioni ritengono che i livelli del tasso prossimi a quelli peggiori nazionali mantengano un contributo positivo alla *Performance*, anche se pari solo al 10% di quella ottimale.

Figura 52
Quota di persone deboli o a rischio
(affetti da dipendenze, anziani e poveri)
che ricevono interventi per l'integrazione sociale
Funzione di “valore” per Categoria



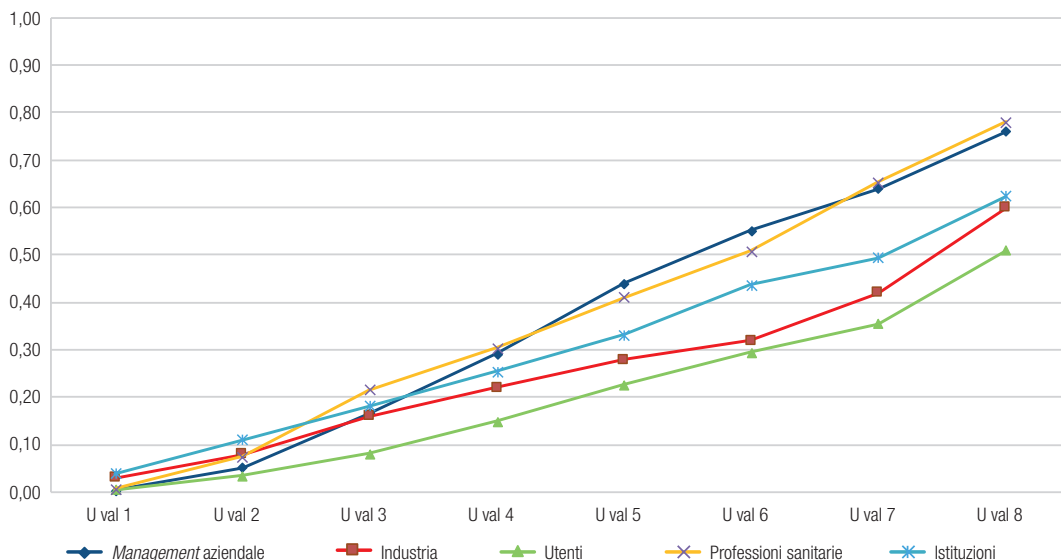
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

“Le Performance Regionali”

Al secondo indicatore della Dimensione Sociale, la “Quota di persone, disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare” (Figura 53), è stata associata una funzione di valore sostanzialmente lineare da parte di tutte le categorie, con contributi alla *Performance* sostanzialmente che si annullano in corrispondenza dei valori, registrati a livello regionale, più bassi.

Secondo gli Utenti, al miglior valore nazionale si associa un livello di contributo alla *Performance* pari al 50% di quella massima; per Industria Medica e rappresentanti delle Istituzioni, si sfiora il 60%, mentre per le Professioni Sanitarie e il *Management* si arriva all’80% della *Performance* massima.

Figura 53
Quota di persone disabili e/o anziani
che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
Funzione di “valore” per Categoria

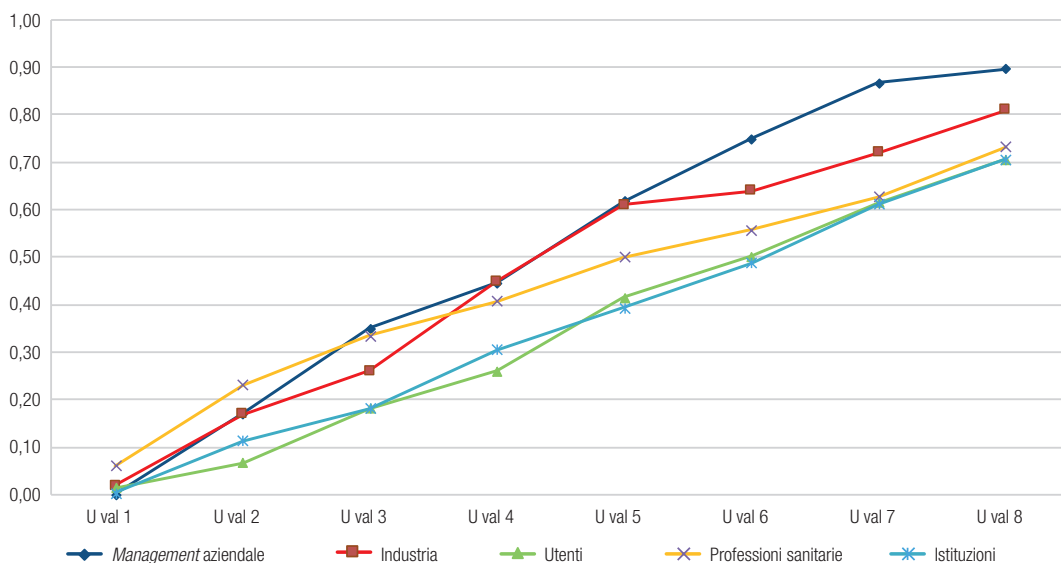


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

L'indicatore "Tasso di over 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale" (Figura 54), registra un livello di contributo alla *Performance* sostanzialmente nullo per valori prossimi al peggiore nazionale, e questo per tutte le categorie.

Il *Management* e l'Industria Medica ritengono che in corrispondenza dei valori migliori dell'indicatore si determini un contributo alla *Performance* nel range 80-90% di quella massima: per tutte le altre categorie, il valore è invece compreso nel range 70-75%.

Figura 54
Tasso di over 75 anni non autosufficienti
in trattamento socio-sanitario residenziale
Funzione di "valore" per Categoria

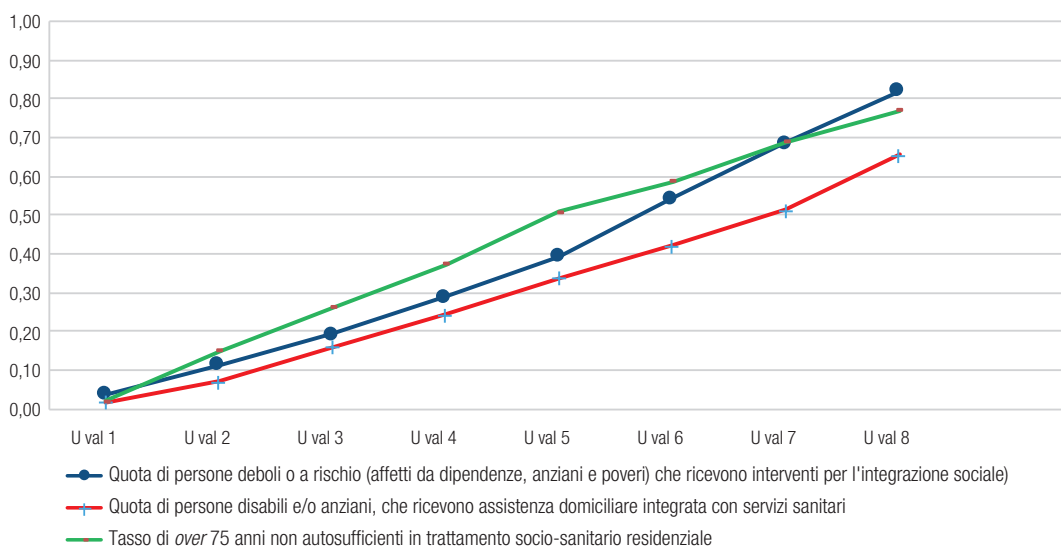


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

“Le Performance Regionali”

Per la Dimensione Sociale (Figura 55), si registrano funzioni di “valore” degli indicatori sostanzialmente lineari, con un livello di contributo alla *Performance* raggiungibile in corrispondenza dei valori migliori nazionali, intorno all’80% di quella massima possibile e, viceversa, valori nulli in corrispondenza dei valori peggiori; solo per quello relativo all’assistenza domiciliare il livello di *Performance* in corrispondenza del valore migliore nazionale si ferma al 65% della *Performance* massima.

Figura 55
Dimensione Sociale
Funzione di “valore” per indicatore



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

Riflessioni finali sulle funzioni valore degli indicatori

In analogia a quanto riscontrato nelle precedenti edizioni del progetto, l'esercizio condotto conduce a definire funzioni di "valore"/Utilità non completamente sovrapponibili, con variazioni legate anche alla categoria di afferenza degli *stakeholder*.

Considerando gli indicatori della Dimensione Appropriatezza, in larga misura relativi all'appropriatezza di presa in carico extra-ospedaliera, di cronici ed anziani, in generale, osserviamo che gli si associano funzione di Utilità che, soprattutto nella prima metà della distribuzione, descrive una Utilità marginale decrescente dell'indicatore. Agli indicatori relativi alla presa in carico dei cronici e dell'assistenza domiciliare degli anziani, anche in corrispondenza dei migliori valori dell'indicatore osservati a livello nazionale, si attribuisce un contributo alla *Performance* non ottimale; per quello relativo all'adesione agli *screening*, le migliori determinazioni dell'indicatore sono associate a contributi pari quasi al 100% del massimo possibile.

Per la Dimensione Economico-Finanziaria, non si registrano differenze significative nei giudizi degli *stakeholder*: le funzioni di "valore" descrivono utilità marginali decrescenti nella seconda metà della distribuzione, a dimostrazione che i valori attuali di spesa sono già considerati delle buone *Performance*. L'incidenza della spesa privata è invece ritenuta inaccettabile 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* associano, in corrispondenza delle quote di "disagio" (rinunce alle cure per motivi economici, rinunce alle cure per difficoltà di accesso e difficoltà di accessi a servizi quali farmaci, pronto soccorso etc.) più rilevanti, un livello di contributo alla *Performance* molto limitato; 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.

Nella Dimensione Esiti, il *Panel* ha associato agli indicatori un contributo alla *Performance* che risulta proporzionale al miglioramento delle determinazioni degli indicatori; 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. Peraltro, 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 non supera il 75% del contributo massimo possibile.

Per quanto concerne la Dimensione Innovazione, le funzioni di "valore" appaiono lineari la digitalizzazione (FSE): il contributo alla *Performance* viene considerato "pieno" solo in corrispondenza dei valori dell'indicatore migliori osservati a livello nazionale; per gli altri due indicatori, il livello di contributo massimo alla *Performance* è inferiore al 90% di quello massimo e non raggiunge l'80% quello di innovazione tecnologica.

Per la Dimensione Sociale, si conferma, in analogia alla precedente edizione, un andamento di sostanziale linearità delle funzioni "valore": all'interno del quadro generale si segnala però una scarsa soddisfazione (65% della *Performance* massima) anche per i valori migliori registrati a livello nazionale dall'indicatore relativo all'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari.

3.5. La composizione degli indicatori

Assumere che le variazioni nella determinazione di un indicatore, e quindi del relativo contributo alla *Performance*, possano essere compensate da variazioni (di segno evidentemente opposto) delle determinazioni di altri indicatori, implica che si possa ottenere la stessa valutazione finale di *Performance*, con diversi *mix* di raggiungimento dei diversi (e multi-dimensionali) obiettivi.

Valutare questo fenomeno richiede l'elicitazione delle preferenze dei partecipanti al *Panel* sui “tassi marginali di sostituzione” fra indicatori: a tal fine è stata operativamente realizzata una procedura in cui partecipanti sono posti davanti ad un *trade-off*, in pratica a confronti tra coppie di indicatori, e si è chiesto loro di individuare *mix* diversi a cui avrebbero associato pari Utilità, ovvero un analogo contributo alla *Performance*.

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

Sono state casualmente prescelte 17 “coppie” di indicatori, con il vincolo di utilizzare indicatori afferenti a Dimensioni diverse: queste coppie sono state sottoposte all'esercizio di “scambio”.

Le “coppie” considerate sono le seguenti:

- “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche” vs “Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata”
- “Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata” vs “Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici”
- “Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici” vs “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)”
- “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)” vs “Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico”
- “Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico” vs “Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale)”
- “Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale” vs “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e coloretale”
- “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e coloretale” vs “Sforamento pro-capite tetto di spesa farmaceutica (ospedaliera e territoriale)”
- “Sforamento pro-capite tetto di spesa farmaceutica (ospedaliera e territoriale)” vs “Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)”
- “Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)” vs “Indice di salute mentale”
- “Indice di salute mentale” vs “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive”
- “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive” vs “Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari”
- “Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” vs “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare”

integrata”

- “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata” 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 difficoltà di accesso ad alcuni servizi (farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, etc.)”
- “Tasso di difficoltà di accesso ad alcuni servizi (farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, etc.)” vs “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti”
- “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti” vs “Indice di implementazione rete oncologica”
- “Indice di implementazione rete oncologica” vs “Tasso di *over 75* anni non auto-sufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale”.

L’esercizio, in pratica, determina i “pesi” attribuiti dal *Panel* ai diversi indicatori e, per composizione, alle diverse Dimensioni. Di seguito si riassumono distintamente per singola categoria di *stakeholder*.

Per i rappresentanti della categoria Utenti, le Dimensioni Equità, Appropriatezza, Sociale ed Esiti contribuiscono per oltre il 70% alla misura della *Performance*; in particolare, questo contributo si forma con 7 indicatori: “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche” (15,7%), “Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici” (13,4%), “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65* anni)” (10,3%), “Spesa sanitaria pubblica standardizzata” (8,6%), “Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l’integrazione sociale” (8,2%), “Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d’attesa, orari scomodi, etc.)” (7,6%) e “Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” (6,5%).

Per i rappresentanti delle Istituzioni oltre il 70% della *Performance* è attribuibile a 6 indicatori: “Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” (16,1%), “Indice di salute mentale” (15,6%), “Tasso di difficoltà di accesso ad alcuni servizi (farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, etc.)” (12,4%), “Quota di interventi eseguiti con tecniche mininvasive” (12,0%), “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata” (11,7%) e “Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d’attesa, orari scomodi, etc.)” (6,8%).

Per le Professioni sanitarie oltre il 70% della *Performance* è associata a 5 indicatori: “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche” (23,7%), “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65* anni)” (13,2%), “Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l’integrazione sociale” (12,3%), “Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici” (11,4%) e “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e coloretale” (9,6%).

Per il *Management Aziendale* i due terzi del contributo alla *Performance* è associato a 8 indicatori: “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata” (11,3%), “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali” (11,3%), “Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d’attesa, orari scomodi, etc.)” (9,2%), “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e coloretale” (8,9%), “Quota di persone disabili e/o anziani e/o con disagio, che ricevono voucher, assegno di cura o buono socio-sanitario” (8,5%), “Indice di implementazione rete oncologica”

“Le Performance Regionali”

(7,1%), “Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale” (7,1%) e “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65* anni)” (6,1%).

Infine, per l'Industria Medicale, oltre il 70% del contributo alla *Performance* è attribuibile a 6 indicatori: “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche” (25,4%), “Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici” (14,4%), “Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata” (10,6%), “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive” (9,6%), “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e coloretale” (6,4%) e “Speranza di vita senza limitazione funzionali (*over 65* anni)” (4,9%).

3.6. Il contributo delle Dimensioni alla *Performance*

Aggregando i risultati per Dimensione, si osserva come le tre Dimensioni Appropriatazza, Equità e Sociale contribuiscano per oltre il 60% alla *Performance*: 24,9%, 22,6% e 15,6% rispettivamente; segue la Dimensione Esiti (13,9%); le Dimensioni Economico-finanziaria ed Innovazione, contribuiscono rispettivamente per il 12,1% ed l'11,5%.

Rispetto alla precedente edizione si registra una riduzione notevole del “peso” associato alla Dimensione Esiti (-8,2 punti percentuali); si riduce anche il peso delle Dimensioni Sociale (-2,4 punti percentuali), Innovazione (-1,6 punti percentuali) ed Economico-finanziaria (-0,4 punti percentuali); aumento, in modo complementare, il contributo di Appropriatazza ed Equità (+7,2 e +5,5 punti percentuali rispettivamente).

La dinamica dei “pesi”, in particolare l'incremento di Appropriatazza ed Equità, sembra poter essere messa in relazione con il disegno di ammodernamento del SSN formulato a seguito degli stanziamenti di risorse per investimenti derivanti dal PNRR; ed anche all'importanza dell'innovazione organizzativa e tecnologica (digitalizzazione etc.).

Analizzando i risultati per categoria (Figura 56), nel caso degli Utenti le Dimensioni Equità, Appropriatazza, Sociale ed Esiti contribuiscano per l'80% alla misura della *Performance* (29,5%, 20,3%, 16,9% e 13,4% rispettivamente); seguono le Dimensioni Economico-Finanziaria con il 12,1% e, da ultimo, quella dell'Innovazione (7,8%).

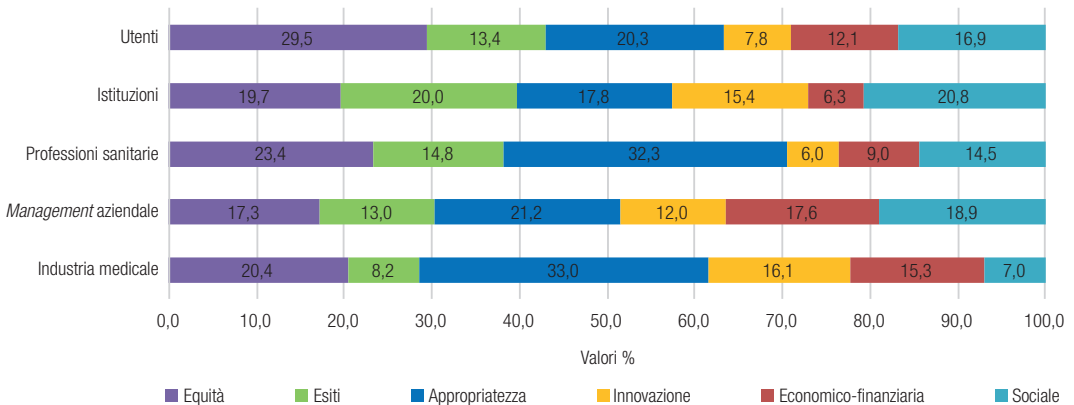
Per i rappresentanti delle Istituzioni sono in “testa” le Dimensioni Sociale, Esiti, Equità ed Appropriatazza, che contribuiscano per quasi l'80% alla *Performance* (20,8%, 20,0%, 19,7% e 17,8% rispettivamente); segue l'Innovazione con il 15,4% e l'Economico-finanziaria con il 6,3%.

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie, le Dimensioni Appropriatazza, Equità, Esiti e Sociale contribuiscano per oltre l'80% alla *Performance* (32,3%, 23,4%, 14,8% e 14,5% rispettivamente); segue la Dimensione Economico-finanziaria con il 9,0% e l'Innovazione con il 6,0%.

Per il *Management Aziendale*, l'Appropriatazza, il Sociale, l'Economico-finanziaria ed Equità contribuiscano per il 75% alla *Performance* (21,2%, 18,9%, 17,6% e 17,3% rispettivamente), seguono gli Esiti con il 13,0% e l'Innovazione con il 12,0%.

Infine, per l'Industria Medicale, sono le Dimensioni dell'Appropriatazza, dell'Equità, dell'Innovazione e dell'Economico-finanziaria quelle che contribuiscano maggiormente alla *Performance* (33,0%, 20,4%, 16,1% e 15,3% rispettivamente), seguite dagli Esiti (8,2%) e dal Sociale (7,0%).

Figura 56
Contributo delle Dimensioni alla Performance
Per Categoria



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

Analizzando la dinamica dei “pesi” per categoria (Figura 57), è possibile osservare come, in questo ultimo anno, per gli Utenti sia diminuito il “peso” dell’Innovazione, degli Esiti e del Sociale (-5,9, 2,9 e 2,6 punti percentuali rispettivamente); sono cresciuti il peso dell’Appropriatelyzza (+6,2 punti percentuali), dell’Economico-finanziaria (+3,5 punti percentuali) e dell’Equità (+1,7 punti percentuali).

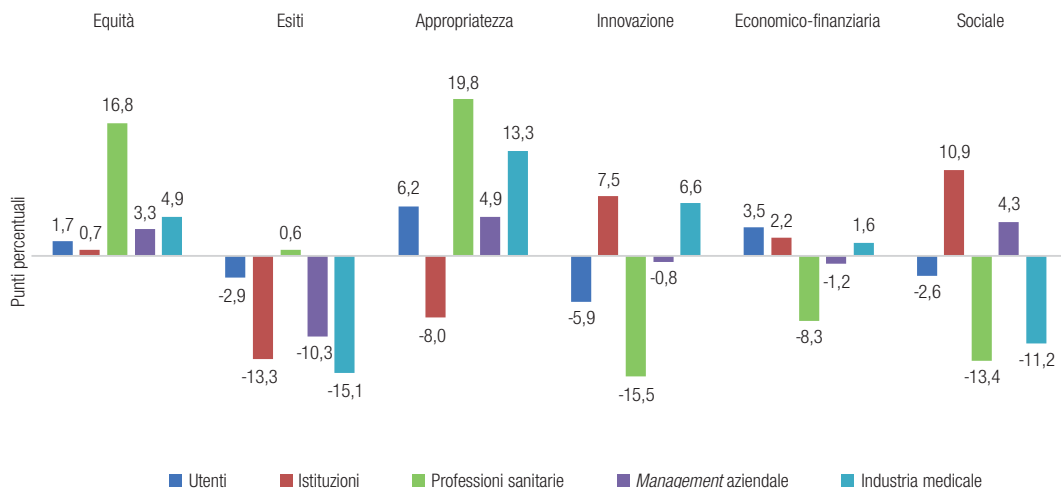
Per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente diminuito il peso delle Dimensioni Esiti e della Appropriatelyzza (-13,3 e -8,0 punti percentuali rispettivamente) ed è invece aumentato fortemente quello del Sociale (+10,9 punti percentuali).

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie è notevolmente diminuito il peso delle Dimensioni Innovazione e Sociale (-15,5 e 13,4 punti percentuali rispettivamente); si riduce, in misura più contenuta, il peso della Dimensione Economico-finanziaria (-8,3 punti percentuali). Aumenta, invece, notevolmente il peso delle Dimensioni Appropriatelyzza ed Equità (+19,8 e +16,8 punti percentuali rispettivamente).

Per il *Management Aziendale* si è ridotto notevolmente il peso delle Dimensioni Esiti (-10,3 punti percentuali) e quello delle Dimensioni Economico-finanziaria ed Innovazione (-1,2 e -0,8 punti percentuali). Le altre Dimensioni hanno registrato un aumento, ma contenuto: Appropriatelyzza (+4,9 punti percentuali), Sociale (+4,3 punti percentuali) ed Equità (+3,3 punti percentuali).

Infine, per l’Industria Medicale si sono ridotti notevolmente i pesi delle Dimensioni Esiti e Sociale (-15,1 e -11,2 punti percentuali rispettivamente); è anche aumentato notevolmente il peso dell’Appropriatelyzza (+13,3 punti percentuali) e, in misura minore, quello di Innovazione (+6,6 punti percentuali), Equità (+4,9 punti percentuali) ed Economico-finanziaria (+1,6 punti percentuali).

Figura 57
Variazioni del contributo delle Dimensioni alla Performance
XI vs X edizione



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

Complessivamente, nella valutazione 2023 si è notevolmente ridotto il peso della Dimensione Esiti ed è, invece, aumentato quello di Appropriatelyzza ed Equità.

Si ritiene quindi prioritario intervenire su dimensioni quali Appropriatelyzza ed Equità, propedeutiche evidentemente per poter “garantire” degli ottimi esiti di salute alla popolazione.

Come anticipato, le modifiche dei “pesi” sono spiegabili considerando le nuove prospettive poste dalla Missione 6 del PNRR: in particolare, l’importanza dell’Appropriatelyzza, ribadita soprattutto dagli appartenenti alle Professioni Sanitarie e all’Industria Medica, e dell’Innovazione (organizzativa e tecnologica) ribadita dagli appartenenti alle Istituzioni e al Management Aziendale e agli Utenti.

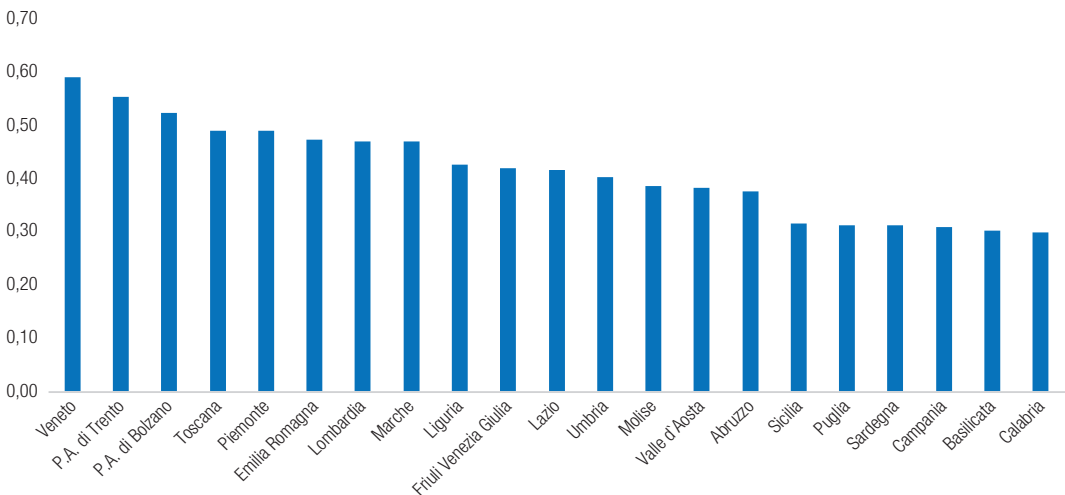
L’equità è ormai diventata un aspetto prioritario per tutto: si ravvisa sempre più l’esigenza di “tutelare” l’accesso all’assistenza sanitaria e ai servizi essenziali, ed in particolare per i meno abbienti che sarebbero, evidentemente, costrutti a rinunciare alle cure.

Quando precedentemente esposto trova ulteriore conferma nell’aumento del peso dato dagli Utenti alla Dimensione Economico-finanziaria.

4. La Performance socio-sanitaria

L'indice complessivo di *Performance* (Figura 58) che si determina in questa XI edizione (2023) della progettualità, oscilla da un massimo del 59% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 30%: il risultato migliore lo ottiene il Veneto ed il peggiore la Regione Calabria.

Figura 58
Indice di Performance regionale



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

Si conferma, come già emerso nella precedente edizione, che dalle valutazioni del *Panel* si evince l'attesa che si registri un ulteriore miglioramento dei livelli di tutela.

Il divario nella valutazione attribuita alle Regioni che si posizionano agli estremi del *range*, rimane decisamente rilevante; inoltre, si sottolinea come, in base alle aspettative espresse dai diversi *stakeholder*, un terzo delle Regioni non supera un livello pari al 35% del massimo ottenibile.

Qualitativamente, nel *ranking* si identificano quattro gruppi di Regioni: tre Regioni (Veneto, P.A. di Trento e P.A. di Bolzano), tutte del Nord-Est, raggiungono livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre, con un indice di *Performance* che supera il 50% di quella massima (rispettivamente 59%, 55% e 52%).

Nel secondo gruppo, troviamo cinque Regioni con livelli dell'indice di *Performance* abbastanza omogenei, compresi tra il 49% ed il 47%: Toscana, Piemonte, Emilia Romagna, Lombardia e Marche.

Nel terzo gruppo si attestano Liguria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Umbria, Molise, Valle d'Aosta ed Abruzzo, con livelli di *Performance* compresi nel *range* 37-43%.

Infine, 6 Regioni, Sicilia, Puglia, Sardegna, Campania, Basilicata e Calabria, con livelli

“Le Performance Regionali”

di *Performance* inferiori al 35%.

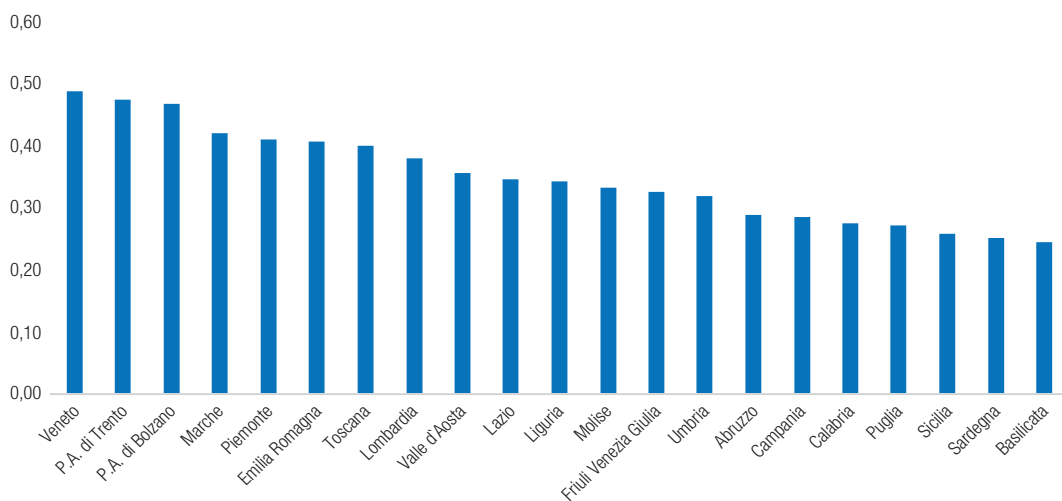
Nel miglior risultato del Veneto, della P.A. di Trento e della P.A. di Bolzano, incide significativamente la Dimensione Sociale; che peraltro ha penalizzato ulteriormente la Calabria, che rimane ultima e non evidenzia segni di recupero significativi.

Categoria Utenti

Per la Categoria Utenti (Figura 59), il Veneto, con il 49%, mantiene (dal 2022) la prima posizione, però registrando un livello di *Performance* peggiore rispetto a quello registrato nel *ranking* “generale”.

Seguono sempre le P.A. di Trento e Bolzano, e si osserva un miglioramento della posizione delle Marche (con un indice di *Performance* rispettivamente pari al 47%, 47% e 42%); la Basilicata occupa l'ultima posizione con un indice di *Performance* pari al 25% di quella massima.

Figura 59
Indice di Performance
Categoria Utenti



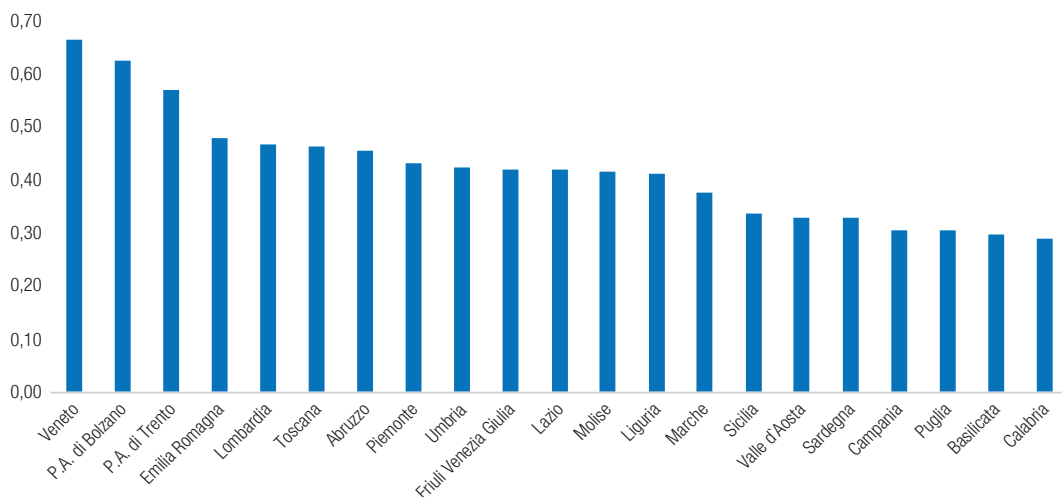
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto al *ranking* “generale”, per gli Utenti le prime tre posizioni restano, quindi, invariate; la Toscana perde tre posizioni diventando settima, a scapito delle Marche; quest'ultima migliora di quattro posizioni, passando da ottava a quarta; all'estremo opposto abbiamo la Calabria che recupera quattro posizioni occupando il diciassettesimo posto e la Campania che ne recupera tre, passando al sedicesimo posto, senza però abbandonare “l'area critica”.

Categoria Istituzioni

Per i rappresentanti delle Istituzioni (Figura 60), la misura di *Performance* varia dal 66% del Veneto al 29% della Calabria: aumenta quindi la forbice fra gli estremi; la P.A di Bolzano registra una *Performance* pari al 62%, molto vicina a quella registrata dal Veneto; seguono P.A. di Trento (57%), Emilia Romagna (48%), Lombardia (47%), Toscana (46%) e Abruzzo (46%), con livelli di *Performance* pressoché simili. Nelle ultime posizioni sette Regioni si attestano su livelli di *Performance* compresi tra 33% ed il 29%: Sicilia, Valle d'Aosta, Sardegna, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria.

Figura 60
Indice di Performance
Categoria Istituzioni



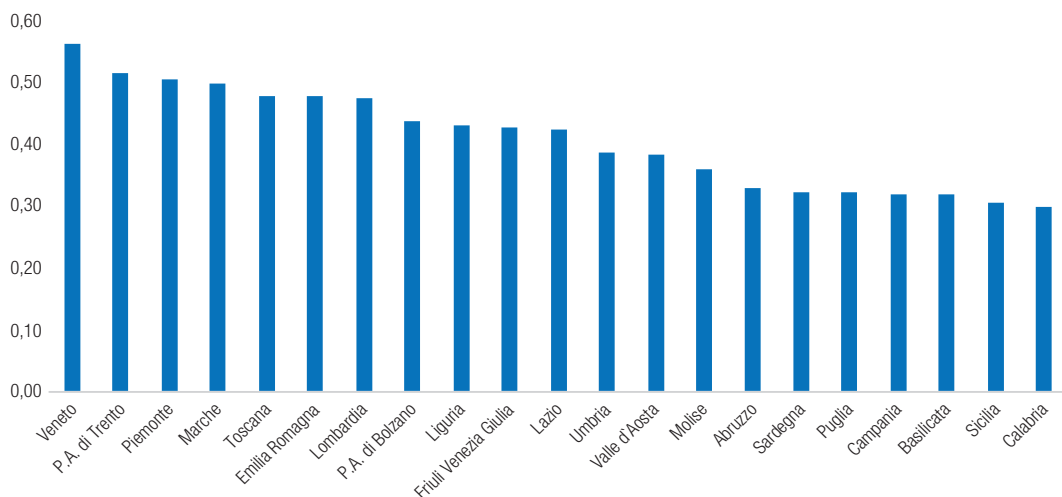
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto al *ranking* generale, la P.A. di Bolzano passa in seconda posizione a scapito della P.A. di Trento e l'Emilia Romagna guadagna due posizioni, passando dal sesto posto al quarto. Nell'ultima posizione troviamo la Calabria, confermando la classifica generale e la Puglia perde due posizioni, passando dal diciassettesimo posto al terz'ultimo.

Categoria Professioni Sanitarie

Per le Professioni Sanitarie (Figura 61) il livello di *Performance* è mediamente minore: si passa dal 56% del Veneto al 30% della Calabria; Veneto, P.A. di Trento, Piemonte e Marche, con un livello di *Performance* compreso tra il 56% e il 50%, occupano le prime quattro posizioni; seguono Toscana, Emilia Romagna e Marche, che registrano lo stesso livello di *Performance* (48% rispettivamente). Abruzzo, Sardegna, Puglia, Campania, Basilicata, Sicilia e Calabria occupano le ultime sette posizioni, con un indice di *Performance* sempre inferiore al 35%.

Figura 61
Indice di Performance
Categoria Professioni Sanitarie



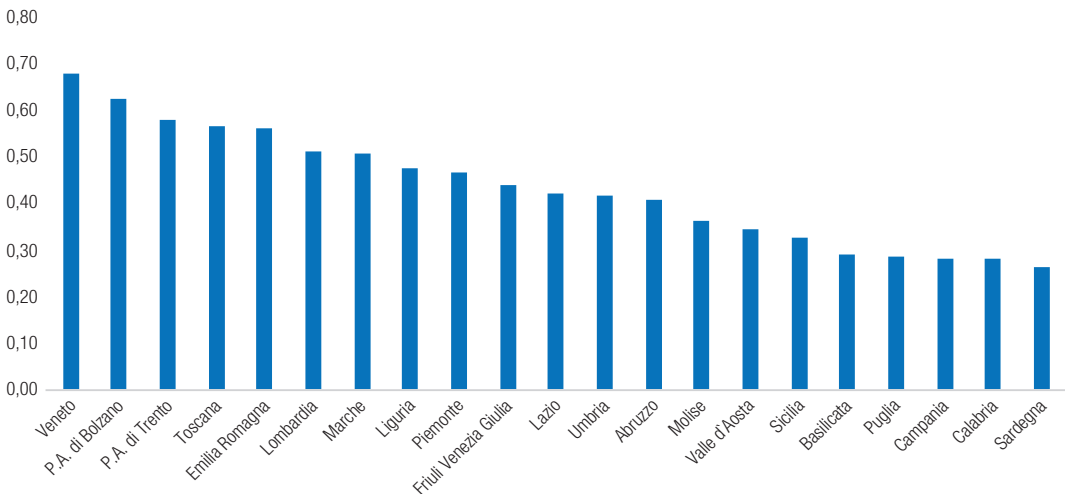
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto al *ranking* generale, il Veneto conferma la prima posizione; il Piemonte passa dal quinto al terzo posto, a scapito della P.A. di Bolzano che diventa ottava. La Calabria si conferma all'ultimo posto e la Sicilia perde quattro posizioni passando al penultimo posto.

Categoria *Management Aziendale*

Per la Categoria *Management Aziendale* (Figura 62) la forbice tra la Regione più performante e quella meno è più ampia rispetto al *ranking* "generale": si passa da un valore massimo del 68% del Veneto ad un minimo del 26% della Sardegna. Il Veneto occupa sempre la prima posizione, con un indice di *Performance* maggiore di quello raggiunto negli altri *ranking*; seguono P.A. di Bolzano e P.A. di Trento con una *Performance* pari rispettivamente al 63% e 58%. All'estremo opposto troviamo Sardegna, Calabria e Campania che occupano le ultime tre posizioni con un valore dell'indice di *Performance* inferiore al 30%.

Figura 62
Indice di *Performance*
Categoria *Management* aziendale



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

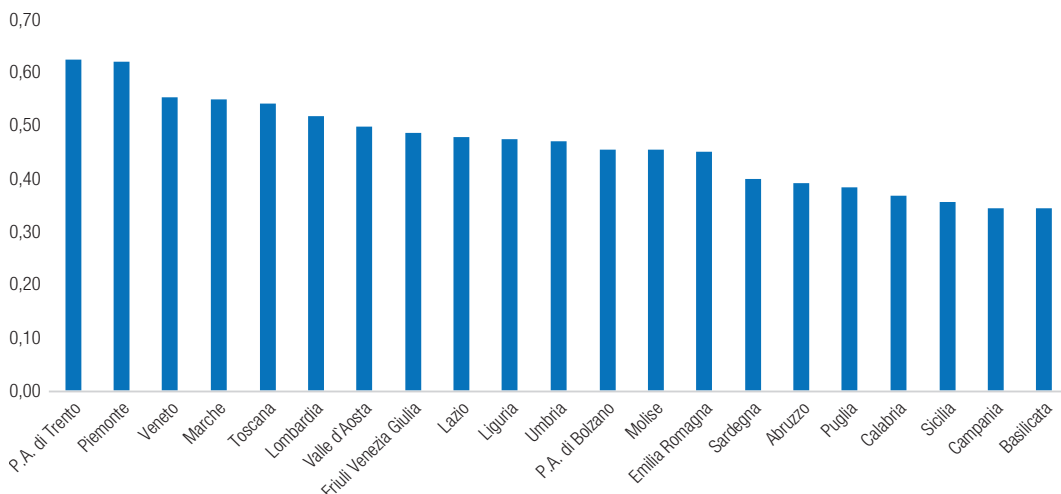
In questo *ranking* il Veneto conferma la prima posizione; la P.A. di Trento perde una posizione rispetto al *ranking* "generale", dal secondo al terzo, invertendosi con la P.A. di Bolzano, che passa da terza a seconda. All'estremo opposto si posiziona la Sardegna, che occupa l'ultima posizione, perdendo tre posizioni rispetto al *ranking* generale e la Basilicata che, invece, recupera tre posizioni, passando dal penultimo posto al diciassettesimo.

“Le Performance Regionali”

Categoria Industria Medica

Per i rappresentanti dell'Industria Medica (Figura 63) la misura di *Performance* varia dal 62% del Piemonte e della P.A. di Trento al 34% della Basilicata e della Campania. Veneto, Marche, Toscana e Lombardia seguono il Piemonte e la P.A. di Trento con un livello di *Performance* che varia tra il 55% e il 52%. Nelle ultime posizioni troviamo Abruzzo, Puglia, Calabria, Sicilia, Campania e Basilicata che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 39% e il 34%.

Figura 63
Indice di Performance
Categoria Industria Medica



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

Rispetto al *ranking* “generale”, il Piemonte “conquista” la prima posizione, a scapito del Veneto, che diventa terza. Nella parte bassa del *ranking* la Calabria guadagna tre posizioni, diventando quart’ultima, a scapito della Basilicata che finisce in ultima posizione.

5. Il monitoraggio degli effetti dell'Autonomia differenziata in Sanità

Con la riforma del Titolo V della Costituzione (L. Cost. 3/2001), la Repubblica ha adottato un assetto federalista, la cui più compiuta applicazione si può affermare sia sinora stata quella in campo sanitario.

Nel disegno costituzionale riformato, una particolare rilevanza viene assunta dalla modifica dei criteri di solidarietà che regolano i rapporti fra Regioni.

Anche l'affermazione precedente trova una compiuta dimostrazione proprio in campo sanitario. Infatti, sin dalla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (L. n. 833/1978), la riduzione delle disparità territoriali è stato obiettivo prioritario delle politiche sanitarie; obiettivo normativamente confermato e rafforzato dalla definizione dei cosiddetti "Livelli Essenziali ed Uniformi di Assistenza" (LEUA, D.Lgs. 502/92), che dovevano essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Il perseguimento dell'obiettivo è stato supportato da una politica di finanziamento basata, seppure con alterne vicende relativamente ad alcuni aspetti "tecnici", sulla determinazione del bisogno sanitario: una strategia di finanziamento, quindi, che scinde completamente le risorse disponibili, da quelle regionalmente garantite, essendo quest'ultime legate ai soli specifici "bisogni" della popolazione regionale.

L'assetto del finanziamento non è cambiato neppure dopo la "perdita" dell'uniformità nella definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA, DPCM 29.1.2001), mantenendo il principio di ripartire l'ammontare di risorse definito a priori in base a istanze macro-economiche e politiche unicamente in base ai bisogni sanitari della popolazione. In altri termini, le risorse che si possono rendere disponibili per il SSN sono decise a priori, in base alla congiuntura economica e alla garanzia di erogazione dei LEA, e vengono poi ripartite fra le Regioni in base ai relativi "bisogni". Un assetto che intrinsecamente implica che eventuali maggiori disponibilità (e simmetricamente eventuali minori disponibilità) a livello nazionale automaticamente si trasformino in un beneficio (simmetricamente "sacrificio") distribuito su tutte le Regioni.

A ben vedere, il meccanismo che lega le disponibilità delle Regioni (al netto delle risorse proprie regionali destinabili ai cosiddetti extra-LEA) all'evoluzione economica e politica nazionale, rimane "in piedi" anche dopo la riforma costituzionale.

Infatti, malgrado l'art. 119 del "nuovo" titolo V della Costituzione, esplicitamente affermi che la perequazione regionale per i territori con minore capacità fiscale per abitante, sia limitata a garantire la possibilità per le «...Regioni di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite...», ovvero esprima una "garanzia" di finanziamento regionale che si "ferma" a quanto necessario per erogare i LEA (nel frattempo oggetto del DPCM 29.1.2001), il meccanismo perequativo contenuto nel coevo D.Lgs. n. 56/2000, continuava a prevedere un riparto proporzionale ai bisogni, annullando (a meno di una quota pari al 10%) gli effetti delle differenti capacità fiscali.

In altri termini, per molto tempo il livello del finanziamento è rimasto "esogeno", e quindi anche le eventuali variazioni del livello di finanziamento regionale: ne segue che tutte le Regioni ancora beneficiano (o soffrono) di aumenti (o riduzioni) del livello complessivo delle risorse destinate alla Sanità; le "posizioni relative" regionali, almeno in via teorica, non si modificano (al netto del 10% sopra citato): anzi, sempre l'art. 119 del Titolo V, prevede la possibilità che il livello centrale destini "risorse aggiuntive" per «... rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona...».

Volendo sintetizzare, la normativa, in tal modo, è rimasta fedele al principio originario,

“Le Performance Regionali”

ovvero quello di ridurre prioritariamente le disparità esistenti. È necessario attendere la L. n. 42/2009, per vedere sancita la volontà di superare questo approccio, riportando il meccanismo di finanziamento nell'alveo di una lettura “letterale” dell'art. 119 citato; in conseguenza di ciò, a seguire si è generata l'esigenza di definire i costi standard dei LEA (a cui dà, in qualche modo, una risposta, per quanto opinabile il D.Lgs n. 68/2011; Spandonaro, in *Quotidiano sanità* 2010); con questa “formula” si intende individuare i livelli minimi di finanziamento da garantire alle singole Regioni, affinché possano onorare “le funzioni pubbliche loro attribuite...” come previsto dall'art. 119.

Va da sé che, in questo modo, sia “saltato” il legame esistente fra livello delle disponibilità a livello nazionale e livello di finanziamento delle singole Regioni. Solo quanto necessario per coprire il costo (efficiente) atteso per l'erogazione dei LEA rimane certamente garantito per ogni Regione.

Ovviamente, è possibile che a fronte di una congiuntura economica (e una volontà politica) favorevole, siano rivisti in senso espansivo i LEA, ma va da sé che non si tratta di una opzione automatica: e anzi, si tratta di una opzione “complessa”, in quanto ogni aumento dei LEA implica in prospettiva un aumento della perequazione e, quindi, anche interessi regionali confliggenti. In definitiva, si riduce, o forse si annulla, la funzione “redistributiva” del sistema di finanziamento/riparto, che rimane limitata all'eventuale disponibilità di “risorse aggiuntive” centrali, ex art. 119, destinate a «... rimuovere gli squilibri economici e sociali ...».

In questo contesto di ripensamento del ruolo del finanziamento/riparto, come sino a quel momento interpretato, ai fini della “riduzione delle disparità territoriali”, si inserisce da ultimo il dibattito politico innestatosi sul tema del riconoscimento di “forme e condizioni particolari di autonomia per le Regioni”, note anche come forme di “autonomia differenziata”.

Si tratta di una opzione esplicitamente prevista dall'art. 116, terzo comma, della Costituzione: il recente disegno di legge “Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione” ha chiarito come essa possa/debba realizzarsi rispettando un doppio passaggio normativo e con l'obiettivo di fondo di non creare nocumento alle Regioni economicamente e organizzativamente più deboli: anzi, l'aspettativa del legislatore è che la maggiore autonomia riconoscibile ad alcune Regioni rappresenti un «... traino ...» anche per le altre.

Le condizioni per l'autonomia differenziata, in estrema sintesi, appaiono essere due: la definizione dei LEP (Livelli Essenziali delle Prestazioni) e la stima dei costi delle “ulteriori” funzioni attribuite alle Regioni richiedenti.

L'individuazione dei LEP risulta essenziale, nella misura in cui il loro rispetto è la condizione prima per poter ambire a forme di autonomia differenziata; come argomentato, la loro valorizzazione, mediante i costi standard, definisce altresì l'ammontare di risorse che devono continuare a essere garantite alle singole Regioni.

L'individuazione dei LEP è operazione complessa, come ha dimostrato la lunga gestazione in campo sanitario, e anche le difficoltà incontrate nella gestione degli aggiornamenti dei LEA: ciò non di meno, limitandoci alla Sanità, seppure con alcune criticità legate alla definizione dei costi standard (Spandonaro, in *Quotidiano sanità* 2010), la questione appare ormai “risolta”.

Altrettanto complessa è la questione del costo delle ulteriori funzioni attribuite alle Regioni, al fine del relativo trasferimento dal livello centrale a quello regionale: la stima dei costi standard si è infatti dimostrata complessa già per i LEA e dovrà essere sviluppata

per molti altri settori di intervento; inoltre, incombe sul trasferimento il rischio della perdita di alcune economie di scala: o meglio, le stime sono rese complesse dalla difficoltà di pesare la compensazione fra diseconomie di scala ed economie di “specializzazione” generate, queste ultime, grazie ad una presunta maggiore efficienza regionale.

Anche per questo aspetto, in campo sanitario l’impatto dell’autonomia differenziata appare modesto, almeno se ci limitiamo a considerare le bozze delle richieste regionali; infatti, le richieste di maggiore autonomia sono in larga misura legate alla possibilità di legiferare con maggiore autonomia su temi organizzativi, relativamente al personale, alle compartecipazioni, alla definizione dei tetti e di alcuni aspetti della politica farmaceutica, così come delle forme di sanità integrativa; almeno ad una prima analisi, non sembrano quindi esserci funzioni che prevederanno significativi trasferimenti di risorse dal livello centrale a quello regionale.

In campo sanitario, il punto di maggiore interesse, e potenziale impatto, dell’autonomia differenziata è quello relativo agli effetti sul livello di efficacia/efficienza complessivo del servizio sanitario: in altri termini, sulla capacità di innescare un processo virtuoso (il “traino” richiamato nel disegno di legge), evitando il rischio della generazione di forme di competizione “non voluta” fra le Regioni.

Un “rischio” che evidentemente non si può a priori logicamente escludere, almeno per alcune richieste di “autonomia”: si pensi al caso delle politiche retributive del personale dove, in presenza di una evidente carenza di offerta (per gli infermieri e per alcune specializzazioni e posizioni fra i medici), le Regioni con maggiori risorse potrebbero attirare le risorse migliori, generando un effetto spiazzamento per le altre.

Quanto precede induce a ritenere opportuno implementare un sistema di monitoraggio degli effetti (prospettici) della autonomia differenziata.

In altri termini, la migliore garanzia di uno sviluppo equilibrato della opzione prevista dall’art. 116 della Costituzione, rimane la misurazione continua e sistematica dei suoi effetti prodotti.

PROPOSTA PER MISURARE DEGLI EFFETTI DELL'AUTONOMIA DIFFERENZIATA IN SANITÀ

Il sistema di misurazione della *Performance* del livello di tutela della salute a livello regionale, sviluppato sin dal 2012 da C.R.E.A. Sanità, rappresenta un esempio operativo di monitoraggio, da cui è possibile prendere spunto per implementare un sistema di monitoraggio degli effetti della autonomia differenziata.

Ricordiamo che il sistema di valutazione delle *Performance* prevede, la costituzione di un *Expert Panel multistakeholder* (Istituzioni, *Management* Aziendale, Professioni sanitarie, Utenti e Industria medicale), attualmente composto da oltre 100 componenti, che provvede a:

- Individuare le Dimensioni di *Performance* (ad oggi Equità, Esiti, Appropriatezza, Innovazione, Esiti e Sociale)
- Individuare gli indicatori che le rappresentano
- Elicitare le preferenze e le costanti di scambio (attribuzione di “pesi” agli indicatori, e quindi alle Dimensioni)
- Determinare l'indice unico di *Performance* regionale.

Nella progettualità 2023, il *Panel multistakeholder* si è, inoltre, interrogato su come il sistema di misurazione della *Performance* potesse essere opportunamente utilizzato per svolgere un ruolo di supporto nel monitoraggio degli effetti dell'autonomia differenziata.

Tre necessità sono emerse come specificamente rilevanti:

- 1) effettuare una analisi dinamica delle *Performance*
- 2) allargare a nuove aree il sistema di misurazione
- 3) implementare per tempo adeguati sistemi informativi.

Sul primo punto, osserviamo come il progetto “Le *Performance* Regionali” abbia negli anni dimostrato come la *Performance* sia una “categoria” multidimensionale, multi-prospettiva e dinamica.

Questo implica che, di anno in anno, gli indicatori sottostanti la misura della *Performance* possono cambiare.

Di fatto, ai fini del monitoraggio degli effetti della autonomia differenziata in Sanità, l'elemento chiave (in ossequio al vigente disegno federalista) è la verifica che non si generino arretramenti regionali (almeno rispetto ai LEA, ma si ritiene più in generale anche rispetto alla *Performance* complessiva), ovvero che tutte le Regioni procedano in un processo di miglioramento, evitando peggioramenti attribuibili a una autonomia più competitiva che cooperativa.

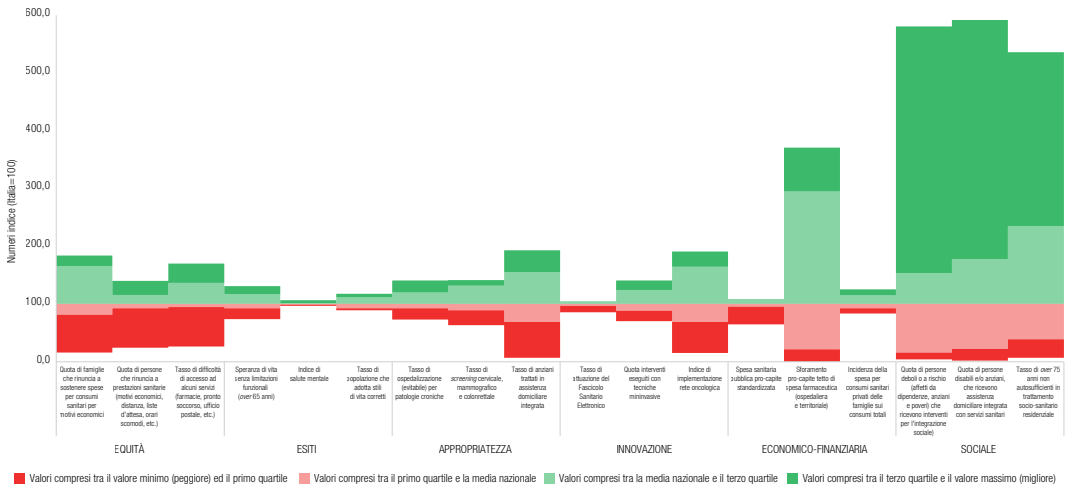
Questa esigenza richiede di operare il monitoraggio osservando le variazioni di un nucleo di indicatori “*permanent*”, onde permettere l'apprezzamento delle dinamiche in essere.

Ai fini della sintesi della valutazione, la proposta è quella di elaborare tre indicatori:

- il primo, basato sulle variazioni dell'“area” delle *Performance* peggiori regionali;
- il secondo, sul numero di miglioramenti o peggioramenti di tali *Performance*;
- ed il terzo, sulla diversa dinamica registrata dagli indicatori nelle Regioni a cui sarà stata riconosciuta un'autonomia differenziata in Sanità, rispetto alle restanti.

Nel primo caso l'aspettativa è che, coerentemente con la logica del rispetto dei LEA e del miglioramento complessivo della *Performance* (effetto “*traino*”) l'area generata (area rossa nel grafico seguente) fra il valore medio nazionale e i risultati peggiori regionali (ovvero il risultato delle Regioni posizionate in corrispondenza del valore minimo o pri-

mo quartile della distribuzione) diminuisca negli anni (ovvero crescano i livelli minimi di *Performance* regionali sui singoli indicatori). In particolare, la dinamica dell'area rossa negli anni verrà determinata considerando come base il valore medio nazionale dell'anno "zero".



In modo complementare, è possibile “contare” i casi di “peggioramento”, sempre nell’ottica di monitorare che non ci siano Regioni che perdono “contatto” con un auspicato processo di evoluzione (in senso positivo) dei servizi.

Passando alla seconda necessità evidenziata, avendo già citato la multidimensionalità della *Performance*, si ritiene che utilizzando i processi di elicitazione delle preferenze sviluppati nell’ambito del progetto “Le *Performance* Regionali”, sia possibile raffinare ulteriormente l’indicatore, elaborando una “area standardizzata” in base ai pesi attribuiti alle diverse Dimensioni o ai diversi indicatori prescelti.

Aggiungiamo che il *Panel* ha ritenuto che alcune aree specifiche di monitoraggio meritino di essere prese in considerazione; nello specifico:

- assistenza ospedaliera ed extra-ospedaliera
- equità di accesso alle cure
- livello di integrazione socio-sanitaria
- sistemi di prevenzione (adozione stili di vita corretti, *screening* etc.)
- digitalizzazione dei servizi assistenziali
- accesso alle tecnologie innovative
- assistenza domiciliare
- efficientamento dei processi gestionali

Infine, la terza necessità emersa dal *Panel*, richiede un adeguato investimento per migliorare i sistemi informativi: infatti, spesso i sistemi di monitoraggio adottati nell’ambito del SSN sono stati costruiti (anche) sulla base della disponibilità dei flussi informativi che, peraltro, sono stati originariamente sviluppati per altre necessità, per lo più di tipo amministrativo.

“Le Performance Regionali”

L'importanza di monitorare il rispetto dei LEA, anche attraverso una estensione degli attuali sistemi istituzionali (NSG etc.) alle altre aree identificate, e degli effetti della autonomia differenziata richiede, invece, un investimento per sviluppare nuovi e adeguati sistemi informativi, in particolare a copertura di alcune aree che rimangono ampiamente carenti: senza pretesa di esaustività, il digitale, il socio-sanitario, la comunicazione tra professionisti e tra professionisti e pazienti/careviger.

Nello specifico si richiama la necessità di poter elaborare nuovi indicatori per:

- la mobilità passiva, distinta per forma assistenziale (ospedaliera ed ambulatoriale), con focus su cronici/fragili e bassa complessità (anziani, malati rari etc.)
- il disagio economico per le spese sanitarie private, esteso anche alla componente non diretta (viaggi per raggiungere la struttura, alloggio, vitto etc.)
- le liste d'attesa
- la diffusione della medicina digitale e la digitalizzazione dei servizi, normalizzata rispetto al bisogno
- la *customer satisfaction*, espressa in termini di qualità percepita dagli utenti per le prestazioni erogate
- la efficienza/efficacia del Servizio Emergenza-Urgenza Territoriale (118)
- la formazione del personale, in particolare extra-ospedaliero
- l'integrazione socio-sanitaria.

I tre indicatori proposti per il monitoraggio degli effetti dell'autonomia differenziata in Sanità, auspicabilmente integrato con indicatori ritenuti qualificanti (prima citati), ma di cui non si dispone ad oggi di flussi informativi esaustivi, potrebbero così rappresentare un supporto alla programmazione socio-sanitaria, attraverso l'indicazione non solo del “verso” degli effetti ma anche degli eventuali ambiti di azione, nei diversi “livelli” (nazionale, regionale e locale).

6. Riflessioni finali

L'XI edizione dello studio sulle *Performance* Regionali del C.R.E.A. Sanità, in continuità con gli anni precedenti, intende fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie e sociali, promuovendo miglioramenti nelle opportunità di tutela della Salute offerte nei diversi luoghi di residenza.

Riassumendo le principali evidenze emerse dalle analisi 2023, possiamo in primo luogo osservare come il diverso contributo attribuito alle Dimensioni di *Performance* fornisca spunti per valutare la rispondenza delle politiche in atto rispetto alle aspettative dei vari portatori di interesse. In questa annualità, aggregando i risultati per Dimensione, si osserva come le tre Dimensioni Appropriatezza, Equità e Sociale contribuiscano per oltre il 60% alla *Performance*: 24,9%, 22,6% e 15,6% rispettivamente; segue la Dimensione Esiti (13,9%); le Dimensioni Economico-finanziaria ed Innovazione, contribuiscono rispettivamente per il 12,1% ed l'11,5%.

In particolare, rispetto allo scorso anno, si è registrato un aumento del peso delle Dimensioni Appropriatezza ed Equità, a fronte di una riduzione di quello degli Esiti: fenomeno interpretabile come una necessità di garantire prioritariamente le prime due per poter, di conseguenza, “tutelare” la salute dei cittadini. Per gli Utenti è inoltre aumentato anche il peso attribuito alla Dimensione economica, fenomeno attribuibile all'aumento dell'onere della spesa sanitaria (e per i servizi sociali) sulle famiglie. Complessivamente registriamo come i rappresentanti delle Istituzioni e del *Management* Aziendale siano mediamente più “soddisfatti” dei livelli di risultato raggiunti nelle Regioni “migliori”: aspetto che interpretiamo come una consapevolezza di aver fatto il massimo possibile con le risorse disponibili; gli Utenti e le Professioni Sanitarie sono, di contro, più critici: per quantificare la distanza della realtà dalle aspettative di tali categorie, possiamo osservare come la situazione media attuale sia valutata ad un livello di *Performance* intorno al 50% di quella massima/ottimale ottenibile.

Concentrando l'attenzione sulle diverse *Performance* regionali, osserviamo che per gli Utenti e le Professioni Sanitarie il Veneto e la P.A. di Trento sono le realtà dove i cittadini si ritiene abbiano le maggiori opportunità di tutela socio-sanitaria; seguono la P.A. di Bolzano e le Marche; per i rappresentanti delle Istituzioni e del *Management* Aziendale dopo il Veneto si posiziona la P.A. di Bolzano (comunque seguita dalla P.A. di Trento, e poi Emilia Romagna, Lombardia e Toscana); per le Professioni sanitarie dopo il Veneto si posizionano P.A. Trento, Piemonte, Marche, Toscana, Emilia Romagna e Lombardia; per i rappresentanti dell'Industria Medica le maggiori opportunità di tutela si concentrano nella P.A. di Trento e, a seguire, in Piemonte, Veneto, Marche e Toscana.

Le preferenze espresse dal *Panel*, quest'anno, sembrano essere state indirizzate dalla esigenza di considerare l'evoluzione del SSN che si aspetta per effetto dell'implementazione del D.M. 77, nonché dagli effetti degli investimenti che si realizzeranno con i fondi disponibili per la missione 6 del PNRR.

L'attenzione verso i nuovi assetti del SSN, si coglie sia nella scelta delle aree ritenute prioritarie ai fini della valutazione, sia nella selezione degli indicatori relativi: ad esempio, l'attenzione si sposta sulle politiche per il “territorio”, ad esempio nell'area dei servizi extra-ospedalieri e dell'assistenza domiciliare; così come gli indicatori prescelti si concentrano sulla presa in carico dei cronici e dei fragili (anziani), che dovrebbero essere i primi beneficiari di un rafforzamento dell'assistenza primaria.

“Le Performance Regionali”

Non di meno, si conferma l'attenzione verso la prevenzione, espressa in termini anche di adozione di corretti stili di vita (alimentazione adeguata, svolgimento attività fisica, etc.).

Un altro aspetto che aumenta di rilevanza è quello dell'impatto della Sanità sui bilanci delle famiglie, e quindi di possibilità di rinuncia alle cure.

In tema di Equità, in generale, si conferma come il valore attribuito agli indicatori descriva un atteggiamento di “stigma” verso le situazioni che evidenziano maggiori iniquità.

Per la Dimensione Esiti, si conferma l'importanza dell'indicatore “qualità di vita”: alla speranza di vita senza limitazioni funzionali, è stato affiancato un nuovo indicatore sul livello di salute mentale, oltre a quello, confermato rispetto alla precedente edizione, relativo all'adozione di stili di vita corretti.

Per gli indicatori relativi alla presa in carico extra-ospedaliera dei cronici che, come anticipato, hanno ricevuto una particolare attenzione, dobbiamo sottolineare che, secondo il *Panel*, non si raggiungono valori di *Performance* “soddisfacenti” neppure nelle Regioni con i “migliori” risultati: in particolare, nella gestione domiciliare degli anziani; di contro, nell'adesione agli *screening* il livello di *Performance* è ritenuto quasi ottimale anche in corrispondenza dei valori “peggiori” registrati a livello nazionale.

Per quanto concerne la Dimensione Innovazione, le funzioni di “valore” appaiono crescere proporzionalmente al migliorare delle determinazioni degli indicatori, sebbene per gli indicatori riferiti alla chirurgia e alla struttura organizzativa, si rileva l'aspettativa di ottenere ulteriori significativi miglioramenti.

Per la Dimensione Economico-Finanziaria si può osservare la tendenza a ritenere la spesa non sia più significativamente comprimibile: il ridursi dell'onere, ovvero della spesa sanitaria totale pro-capite (standardizzata), comporterebbe infatti un contributo positivo in termini di *Performance*, ma contenuto, se non nullo, scendendo al di sotto di un valore soglia; per l'indicatore sull'incidenza dei consumi privati emerge come gli Utenti ritengano si tratti di consumo insopprimibile.

Per la Dimensione Sociale si conferma una funzione di valore sostanzialmente lineare, e una *Performance* generalmente insufficiente: il *Panel* esprime una non piena soddisfazione anche nel caso delle Regioni che si posizionano sui valori “migliori” nazionali; peraltro, ritiene che anche la *Performance* delle Regioni che si posizionano sui valori “peggiori” nazionali, fornisca un contributo positivo alla tutela socio-sanitaria.

Si sottolinea la particolare importanza data dagli Utenti alla Dimensione Sociale.

Un aspetto critico, fortemente stigmatizzato dal *Panel*, si evidenzia considerando che le aree di valutazione della *Performance* ritenute più rappresentative sono state l'Assistenza extra-ospedaliera, l'Equità di accesso alle cure, il Livello di integrazione socio-sanitaria, la Comunicazione sanitaria, i Sistemi di prevenzione, la Digitalizzazione dei servizi assistenziali, l'Accesso alle tecnologie innovative, l'Assistenza domiciliare e l'Efficientamento dei processi gestionali: emerge, infatti, con evidenza, come i flussi informativi attuali non consentano di costruire indicatori adeguati per molte di queste aree, in particolare, per quelle della comunicazione e digitalizzazione, ma anche per l'area dell'integrazione socio-sanitaria.

In conclusione, riportiamo alcune azioni che il *Panel* ritiene urgenti al fine di disporre di strumento completo per la misurazione del livello di tutela socio-sanitaria:

- integrare il monitoraggio dei LEA con quello delle aree relative a mobilità passiva, mortalità per patologie oncologiche e cardiovascolari, esiti in termini di anni in assenza di disabilità, prestazioni socio-sanitarie

- colmare i gap informativi su alcune aree ritenute strategiche, anche ai fini del monitoraggio futuro del sistema, quali:
 - o mobilità passiva per le prestazioni ambulatoriali, distinta per prevenzione, diagnosi, terapia e *follow-up*;
 - o *customer satisfaction*;
 - o formazione degli operatori sanitari;
 - o stato nutrizionale;
 - o monitoraggio di utilizzo di farmaci (anche a brevetto scaduto);
 - o incidenza dei consumi sanitari sui consumi totali, estendendo il consumo anche alle voci viaggi, vitto, alloggio (pazienti e caregiver)
 - o tasso di accesso dei cronici/fragili a Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali
 - o implementazione reti di professionisti (MMG/PLS etc.)
 - o ricorso a prestazioni di medicina digitale per il follow-up di cronici, malati rari
 - o ricorso a soluzioni di medicina digitale per la comunicazione tra professionisti (teleconsulto etc.).

L'aggiornamento e l'integrazione dei flussi esistenti, si rende, in particolare, necessaria per monitorare l'evoluzione dei sistemi socio-sanitari.

Nella progettualità 2023, il *Panel multistakeholder* si è, anche interrogato su come il sistema di misurazione della *Performance* implementato potesse essere utilmente utilizzato per svolgere in prospettiva un ruolo di supporto nel monitoraggio degli effetti dell'autonomia differenziata in Sanità.

Nell'ottica che l'elemento chiave, ai fini del monitoraggio degli effetti della autonomia differenziata, sia rappresentato dall'aspettativa che tutte le Regioni procedano in un processo di miglioramento, evitando peggioramenti attribuibili a una autonomia più competitiva che cooperativa, è stato quindi proposto di estendere il sistema di misurazione della *Performance*: nello specifico affiancando alla metodologia "storica", l'osservazione delle variazioni di un nucleo di indicatori "permanenti", costanti nel tempo, che permetta l'apprazzamento delle dinamiche regionali in essere.

Nelle prossime edizioni della ricerca si intende, quindi, introdurre tre nuovi indicatori per il monitoraggio degli effetti dell'autonomia differenziata in Sanità: il primo, basato sulle variazioni dell'"area" delle *Performance* peggiori (valore minimo o primo quartile) regionali; il secondo, sul numero di miglioramenti o peggioramenti di tali *Performance*; ed il terzo, sulla diversa dinamica registrata dagli indicatori nelle Regioni a cui sarà stata riconosciuta un'autonomia differenziata in Sanità, rispetto alle restanti.

L'aspettativa è che l'area che sottende i livelli peggiori degli indicatori "*permanent*", coerentemente con la logica del rispetto dei LEA e del miglioramento complessivo della *Performance* (effetto "traino" auspicato nel disegno di legge sull'autonomia differenziata) diminuisca (ovvero crescano i livelli minimi di *Performance* regionali sui singoli indicatori).

Il sistema proposto per il monitoraggio degli effetti dell'autonomia differenziata in Sanità, auspicabilmente integrato con indicatori ritenuti qualificanti (prima citati), ma di cui non si dispone ad oggi di flussi informativi, potrebbe rappresentare un supporto alla programmazione socio-sanitaria, attraverso l'indicazione non solo del "verso" degli effetti ma anche degli eventuali ambiti di azione, nei diversi "livelli" di *governance*: nazionale, regionale e locale.

“Le Performance Regionali”

RIEPILOGO REGIONALE

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*.

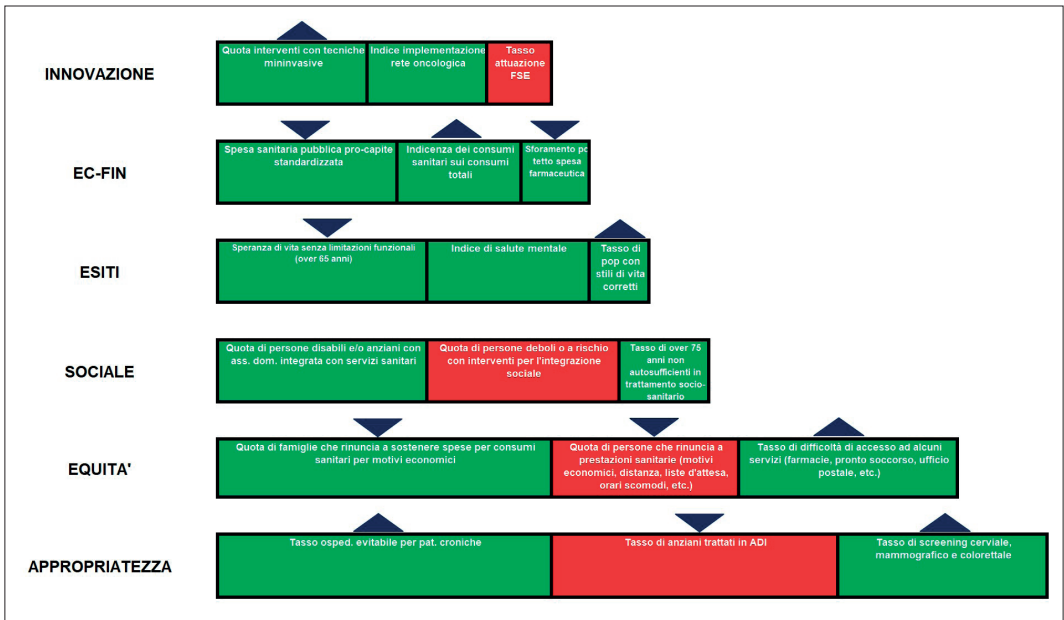
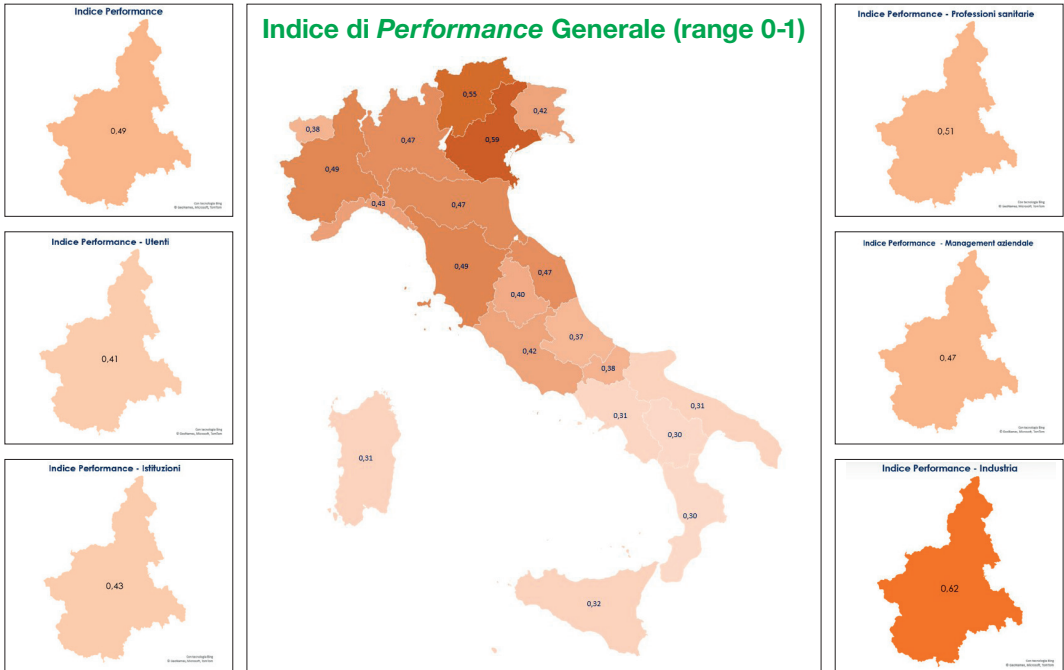
Nello specifico, quest'ultima è costituita da sei barre, una per ognuna delle Dimensioni di valutazione della *Performance*: Appropriatezza, Equità, Sociale, Esiti, Economico-finanziario ed Innovazione; la lunghezza della barra fornisce una misura del contributo della Dimensione alla *Performance*.

Ogni barra è suddivisa in tre 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.

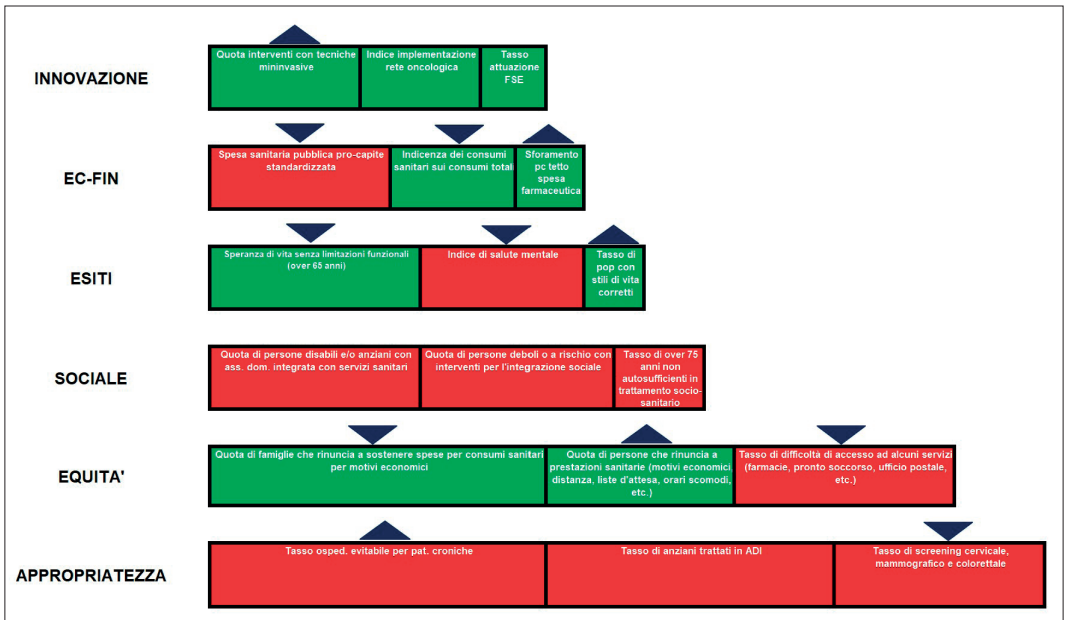
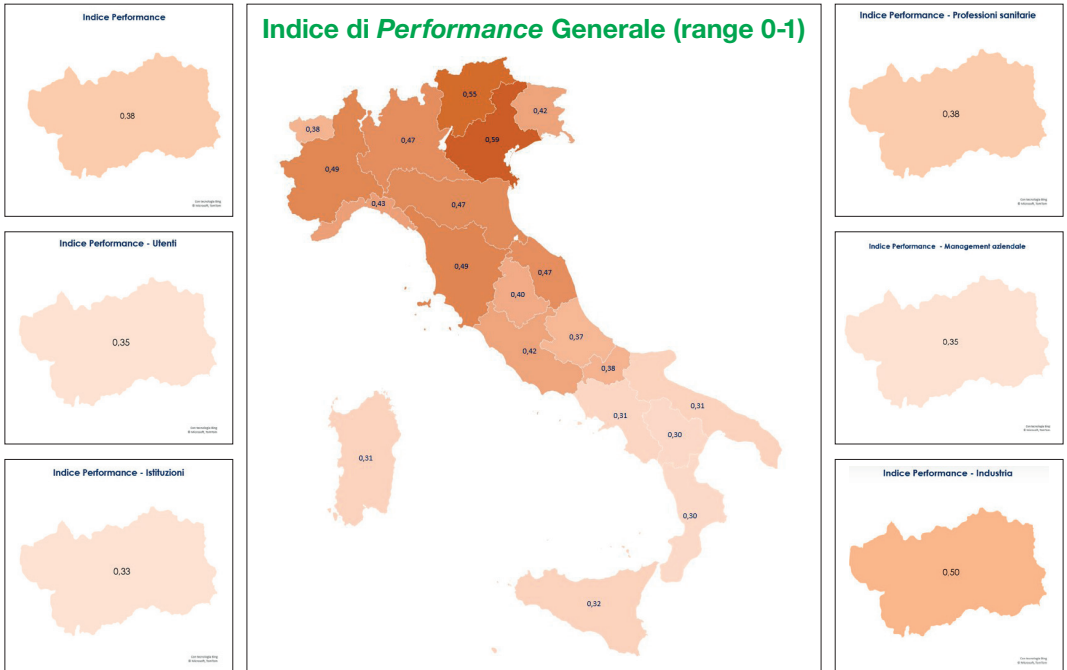
Per quasi tutti gli indicatori (13 su 18), ad eccezione dei tre del Sociale, e dei due dell'area Innovazione, FSE e implementazione rete oncologica, per i quali non si disponeva di dati pregressi, è stata altresì indicata la dinamica; in particolare, il triangolo rivolto verso l'alto è indicativo di un miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno 2019, quello verso il basso di un peggioramento. L'assenza del triangolo è indicativo di una sostanziale invarianza (variazioni entro il 5%) del valore.

I diciotto indicatori considerati sono i seguenti:



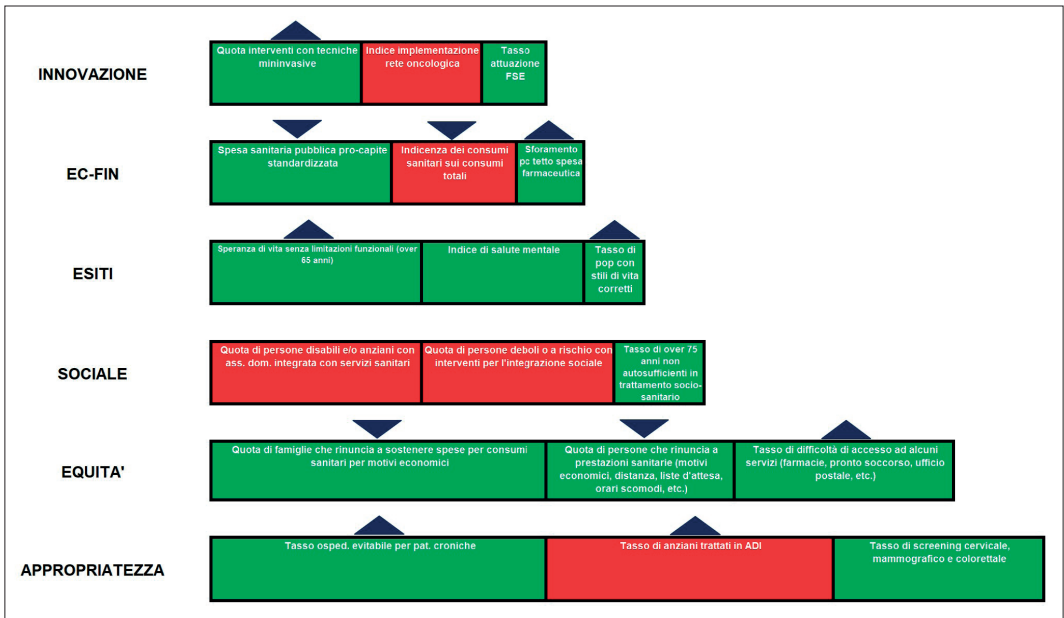
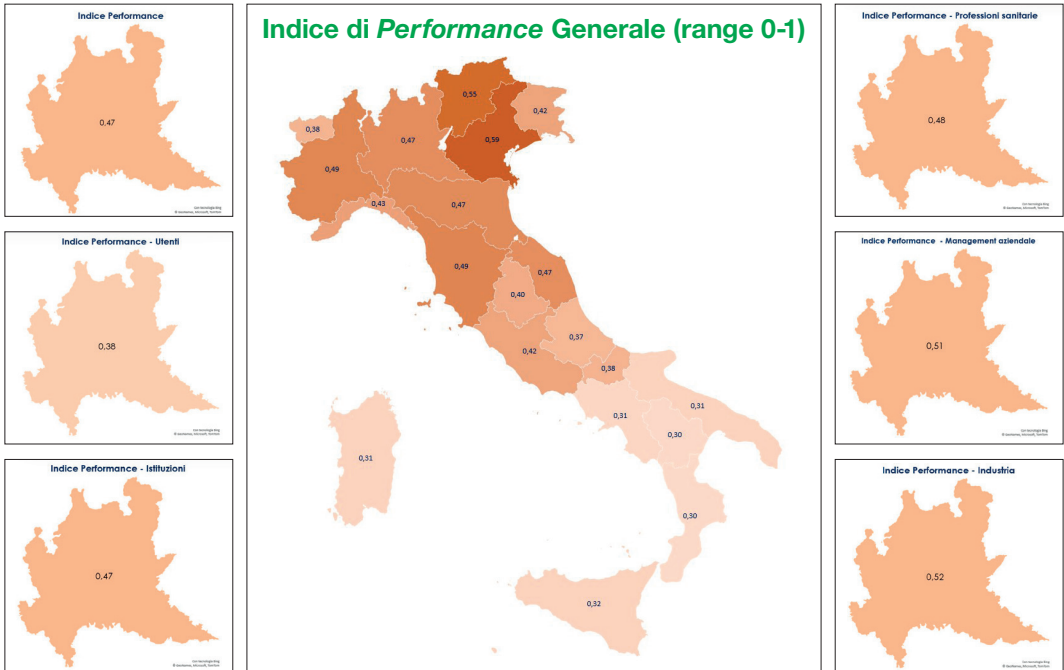
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

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



■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

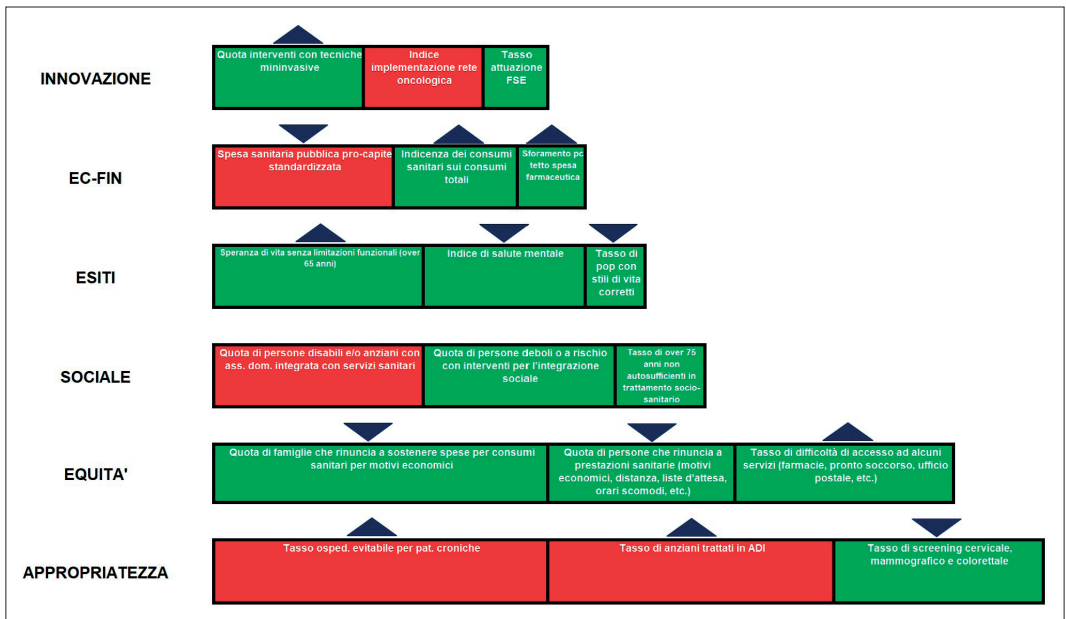
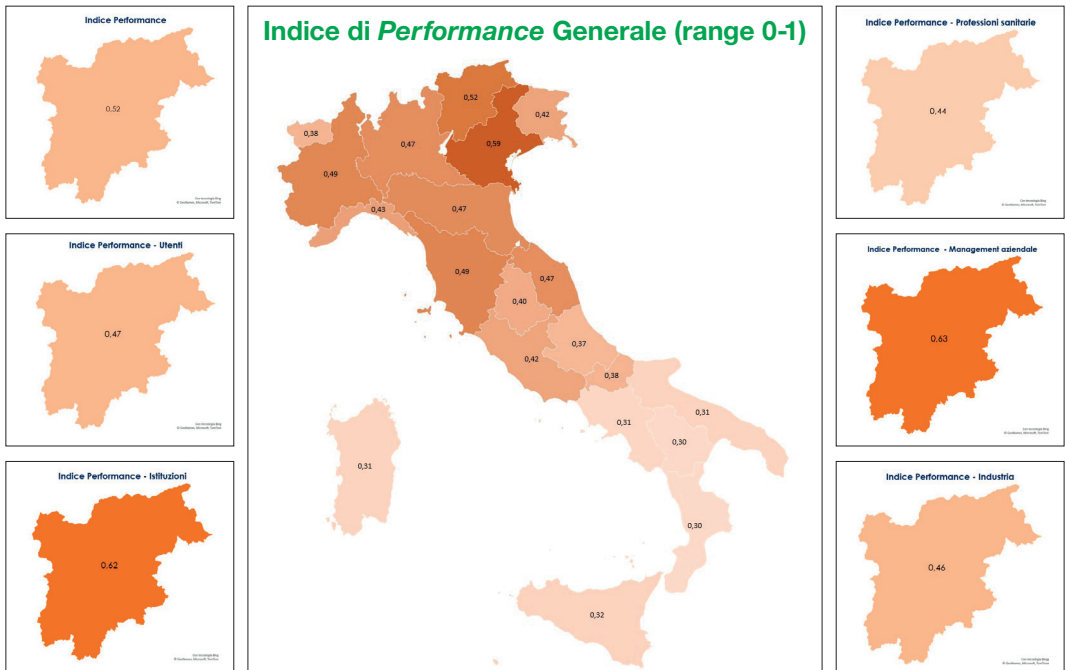
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019



■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

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

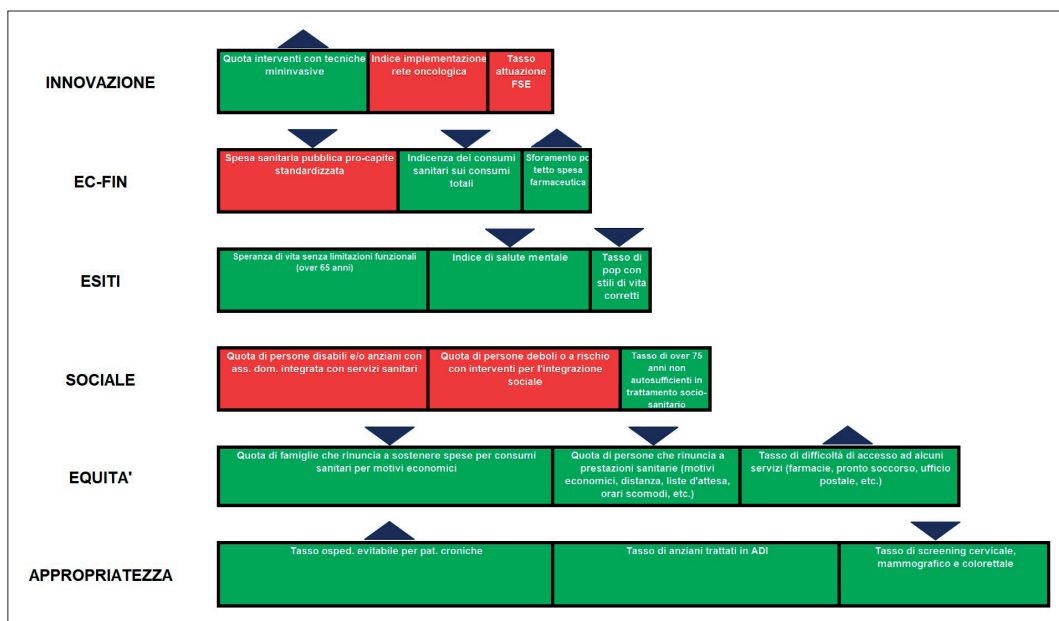
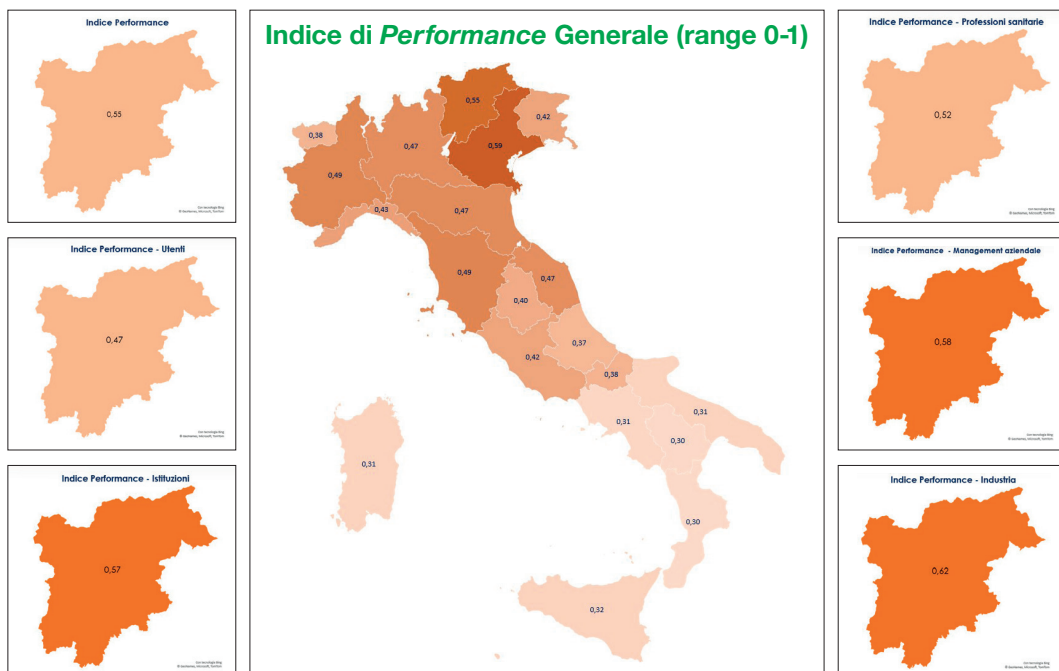
Provincia Autonoma di Bolzano



■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

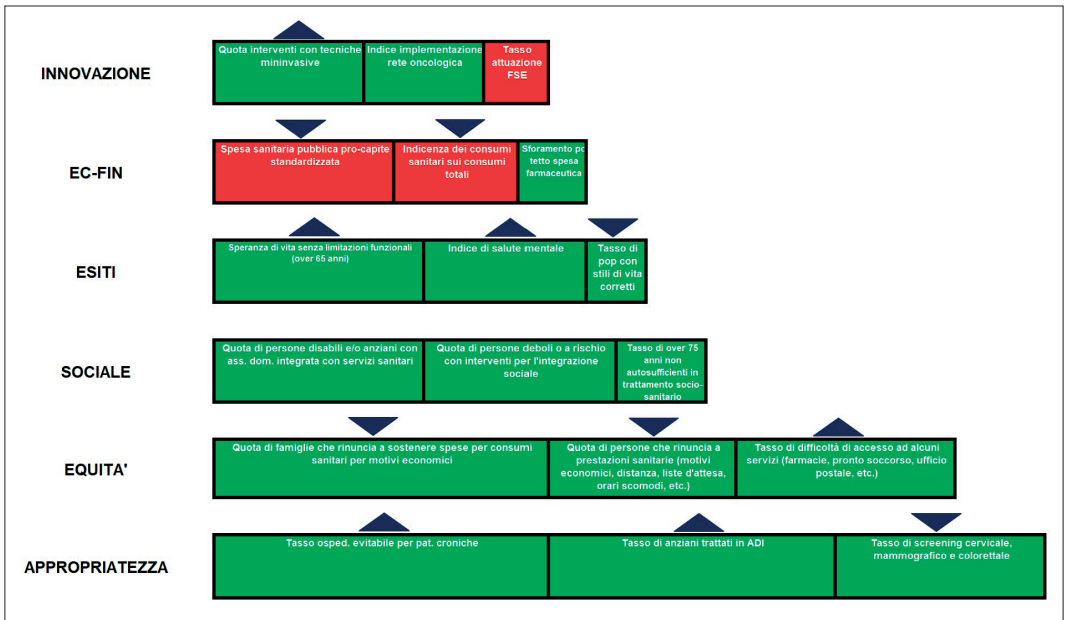
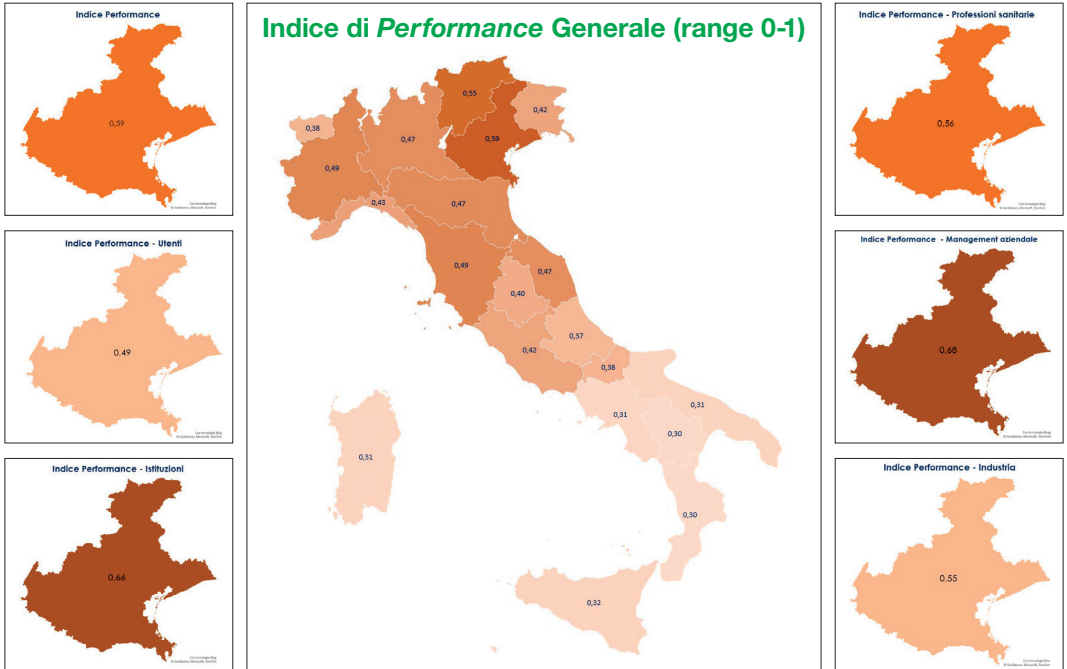
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

Provincia Autonoma di Trento



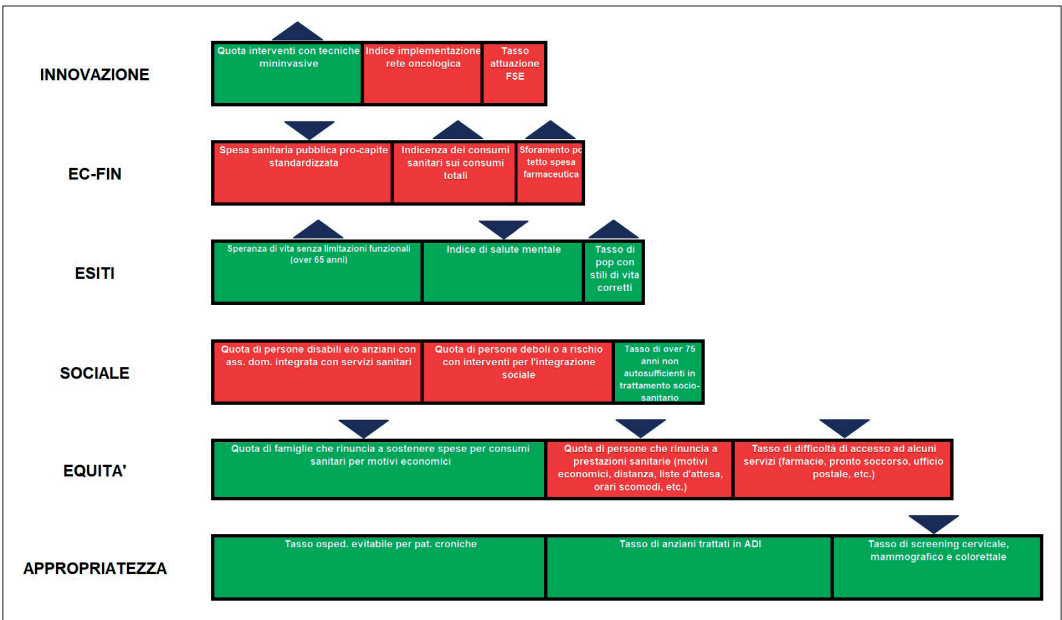
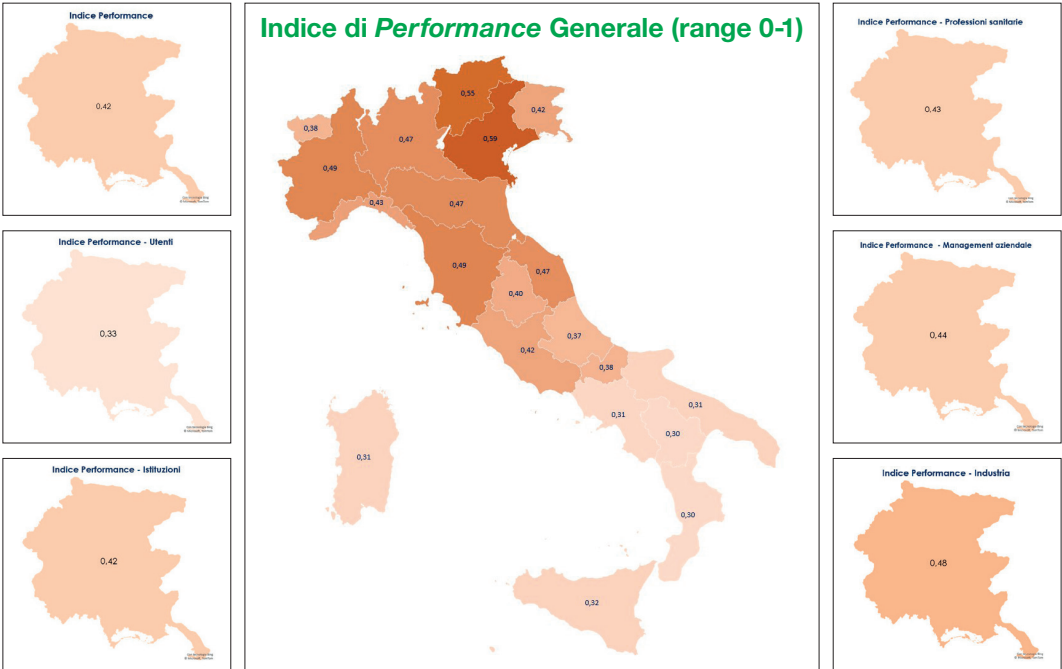
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

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



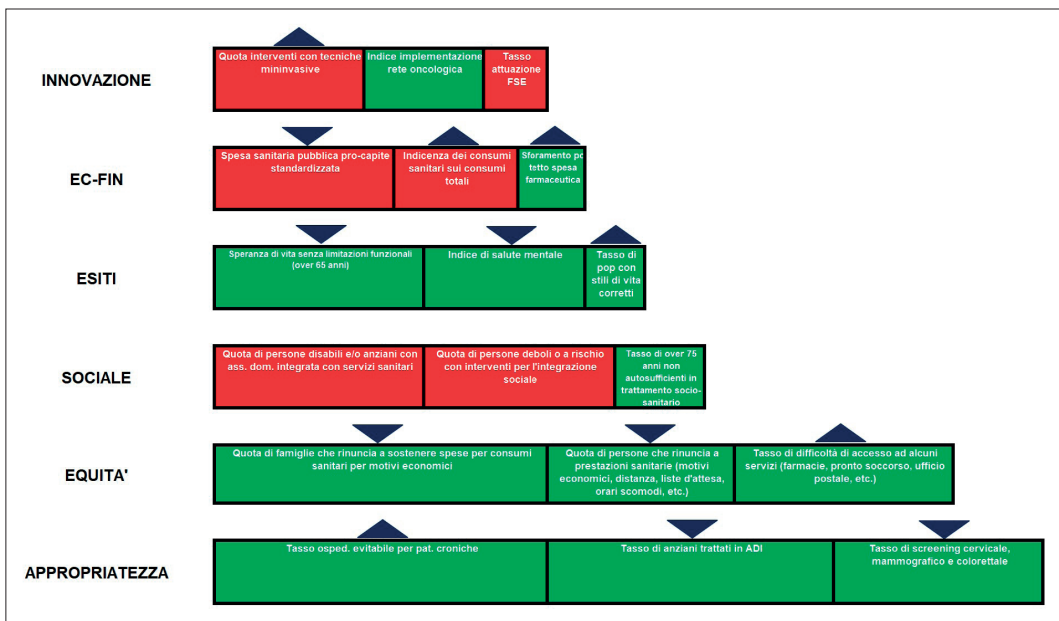
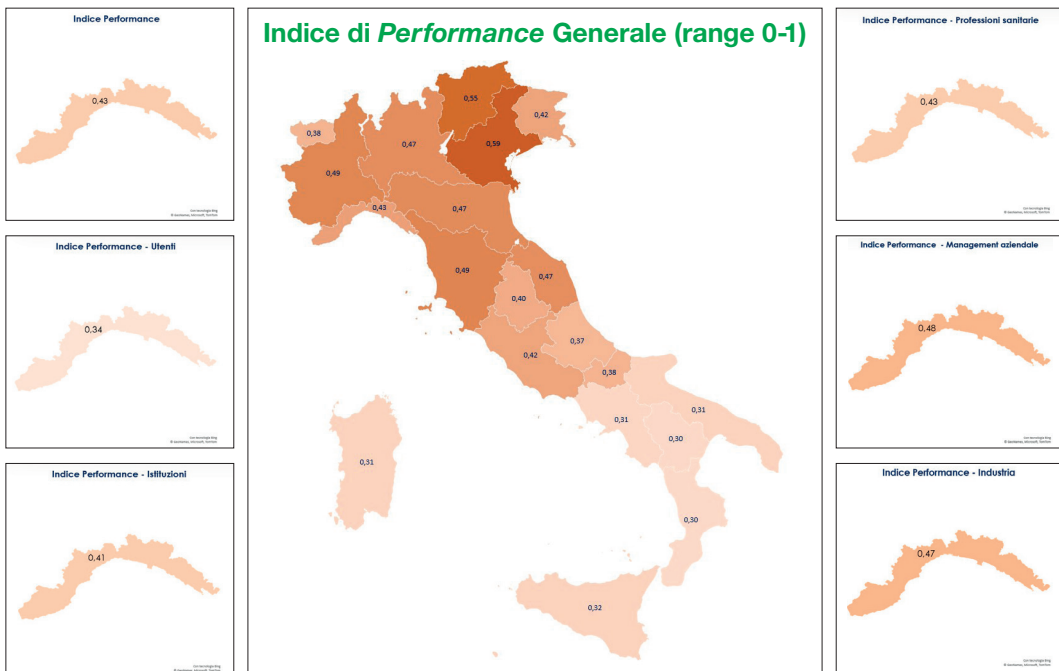
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

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



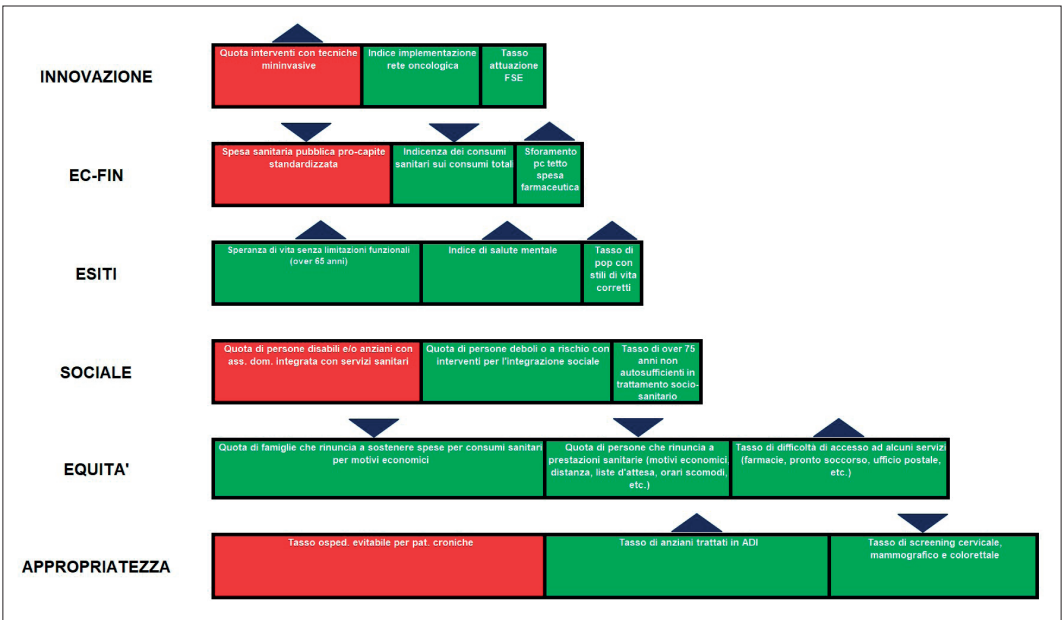
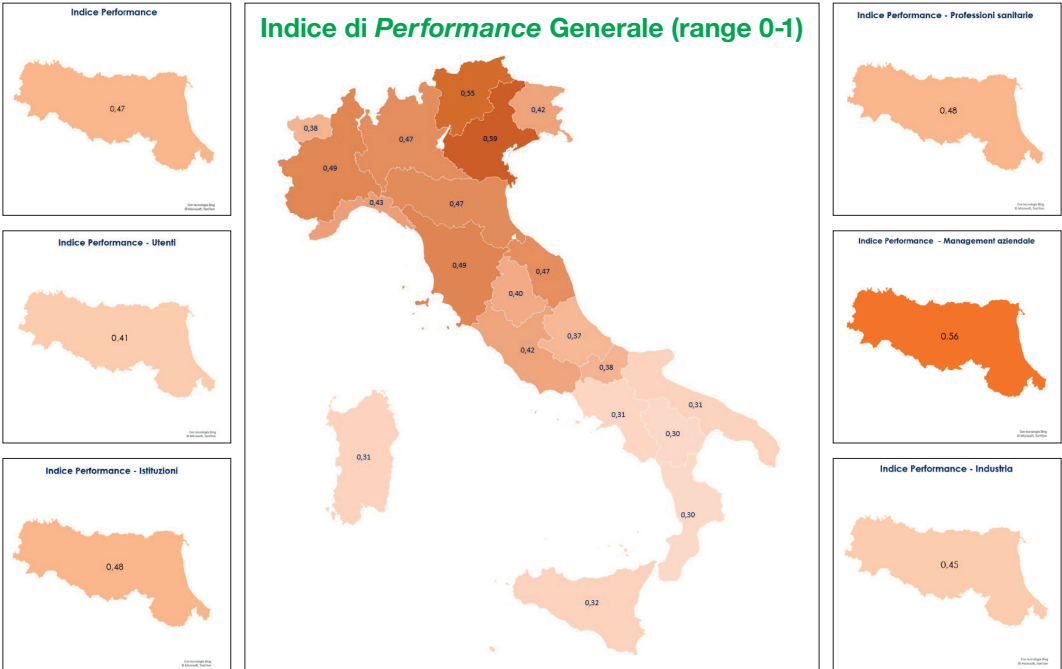
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

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



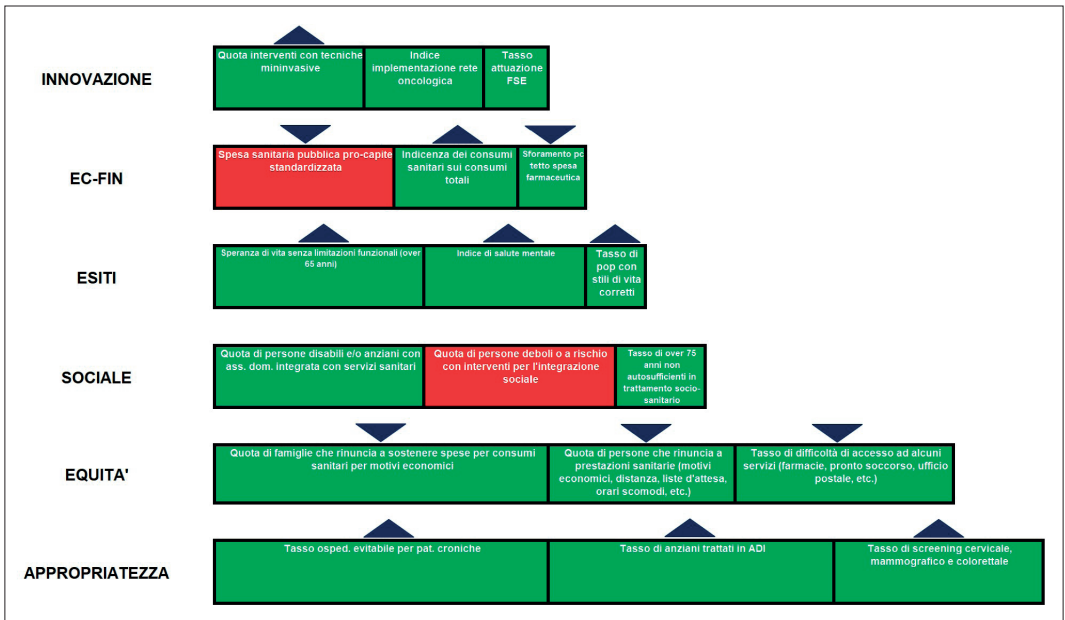
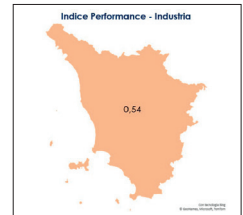
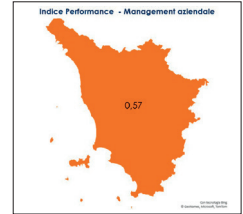
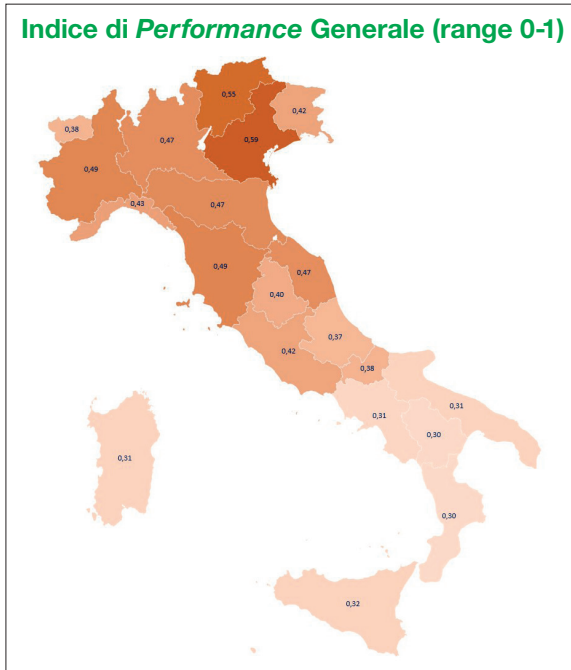
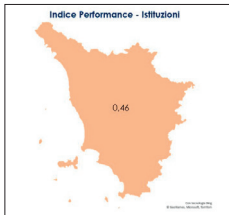
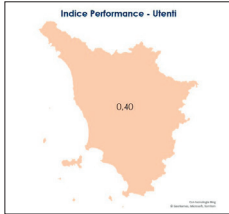
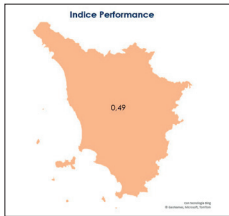
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

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



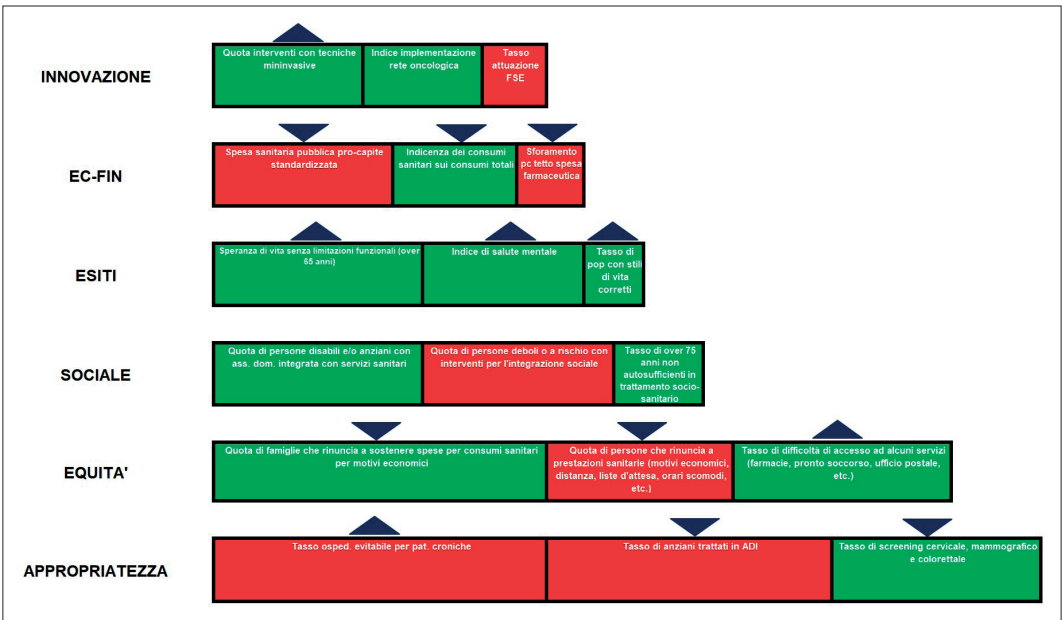
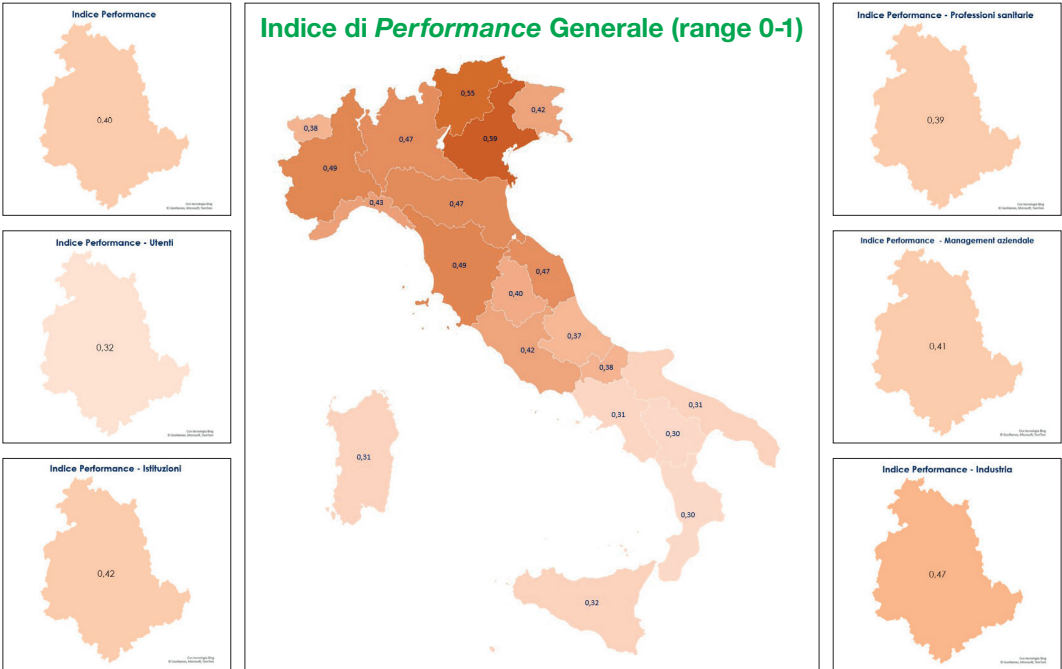
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

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



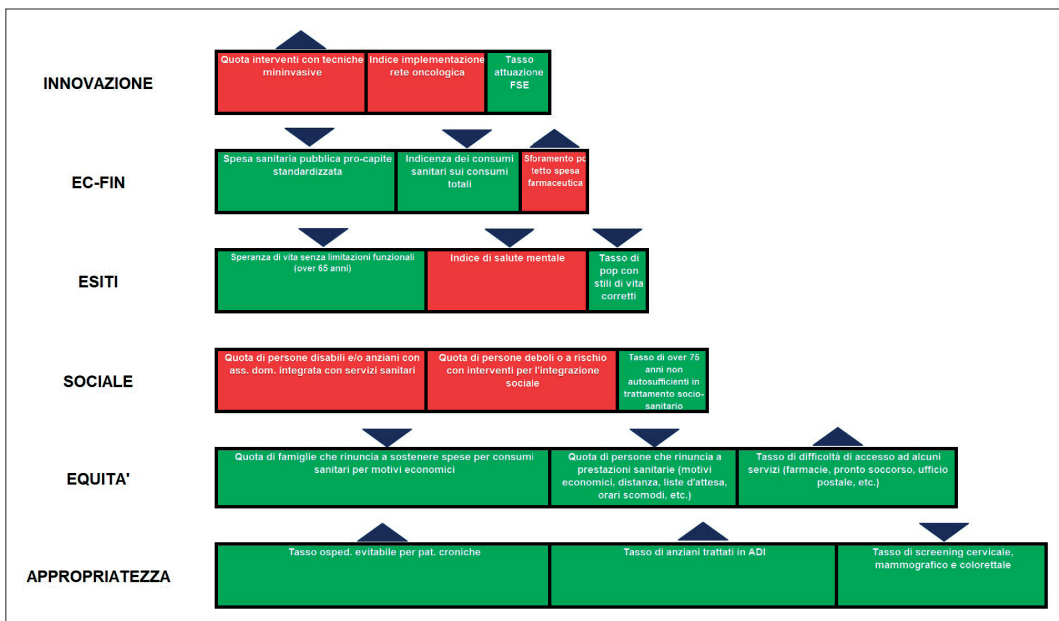
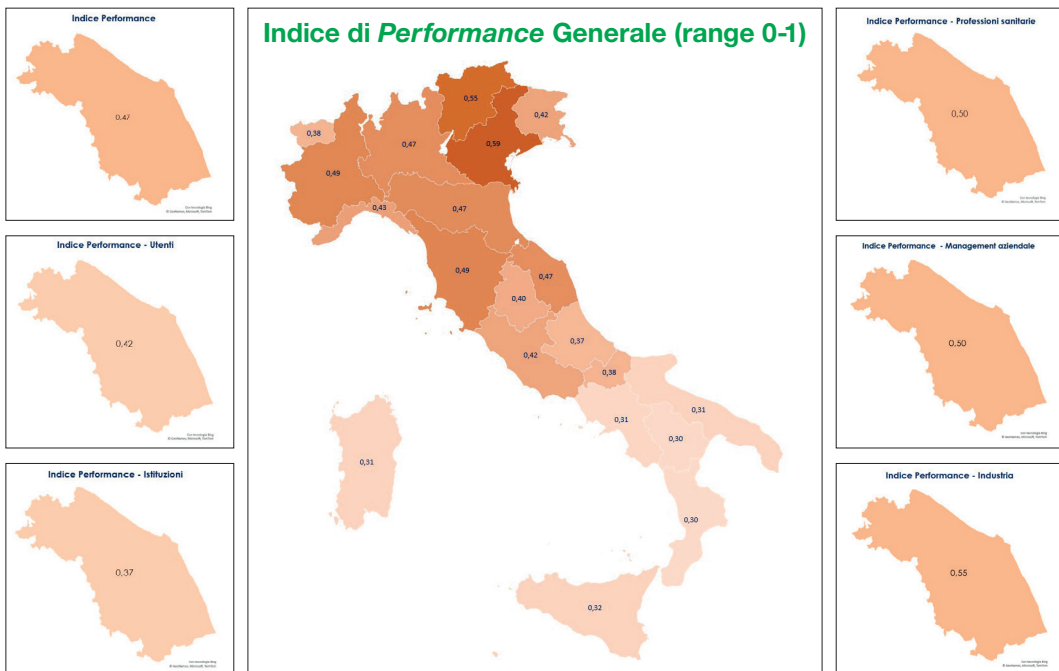
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

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



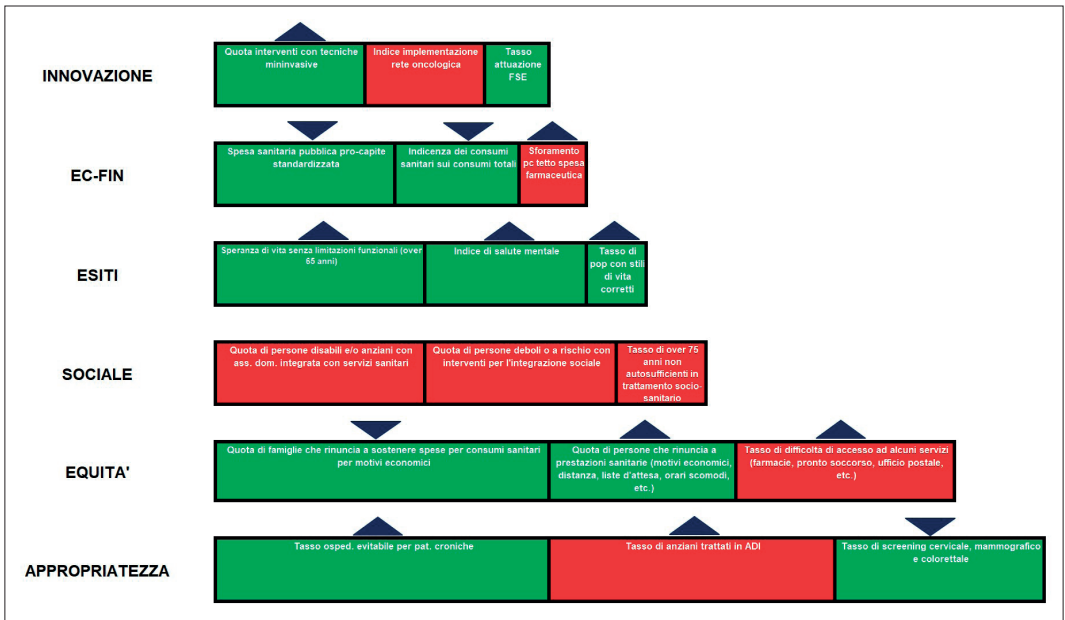
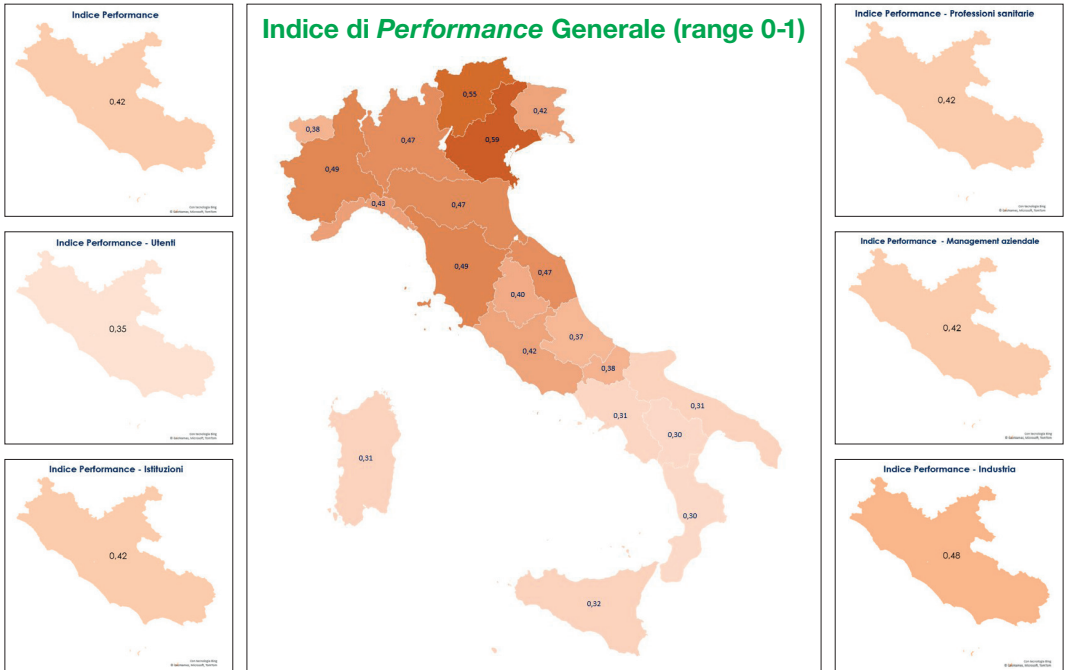
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

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



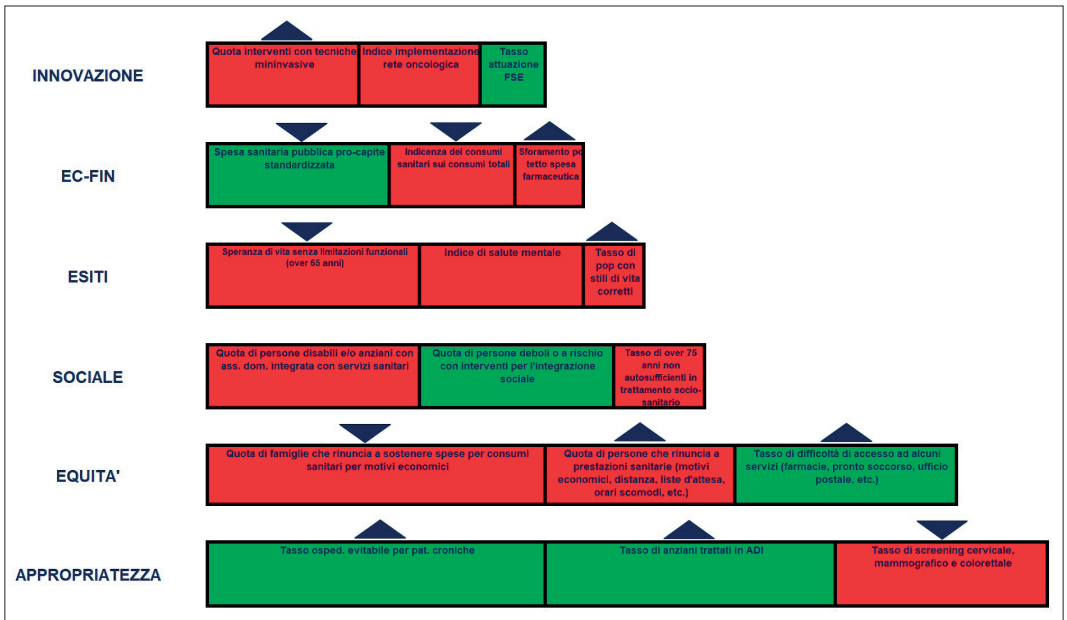
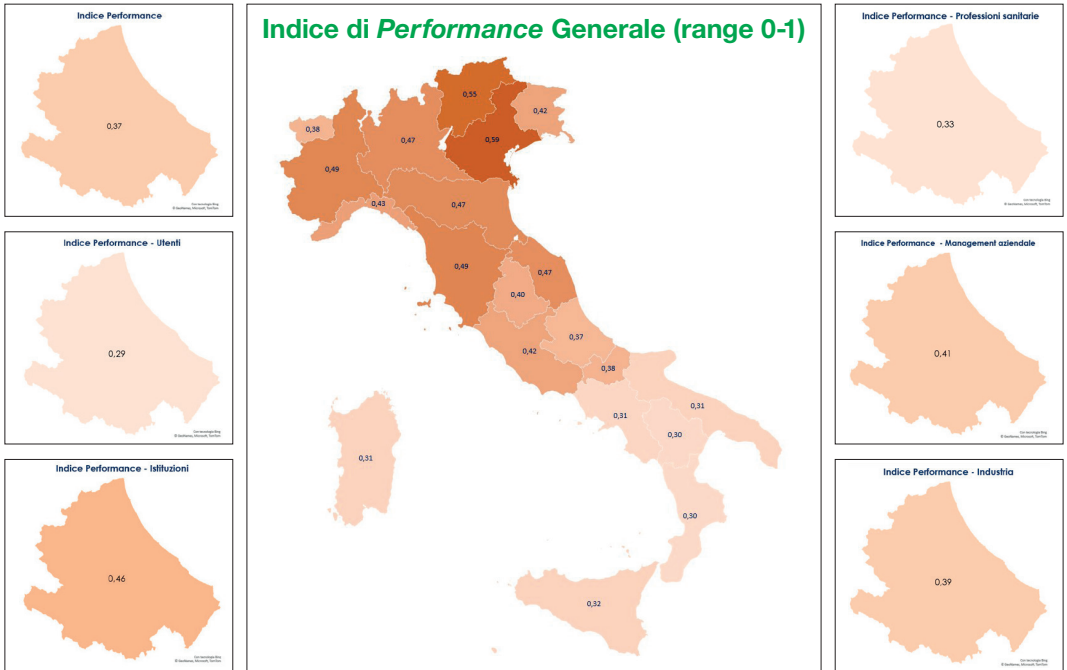
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

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



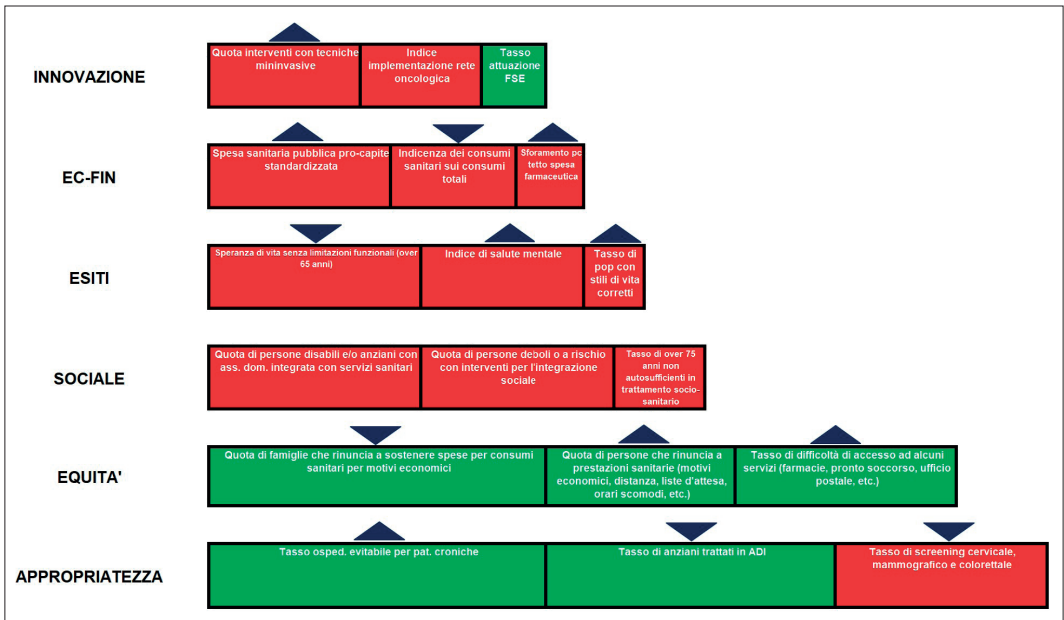
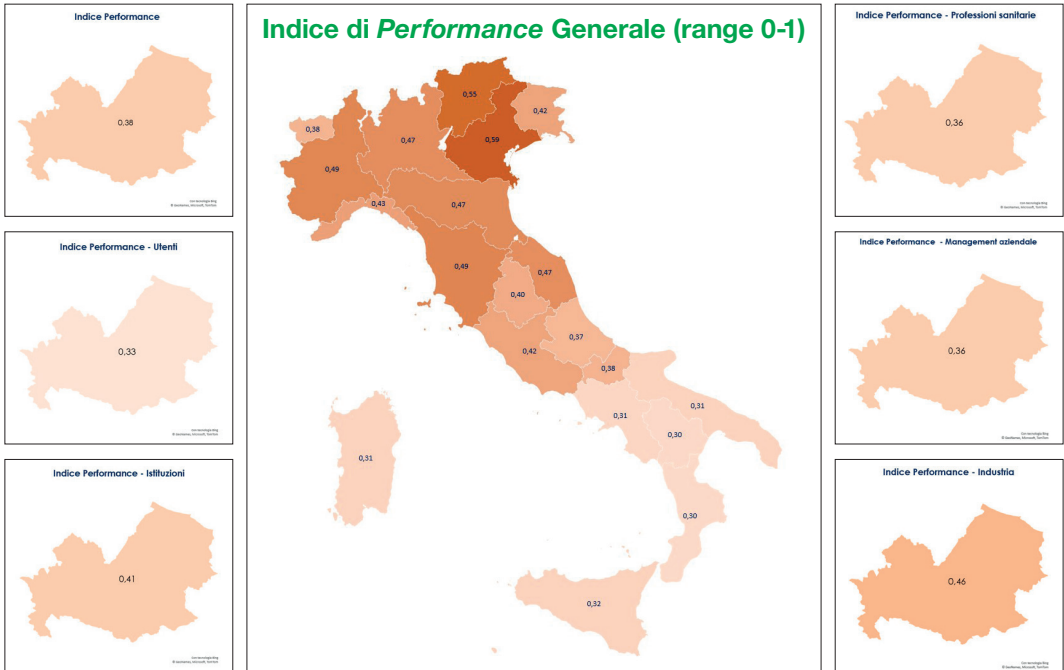
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

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



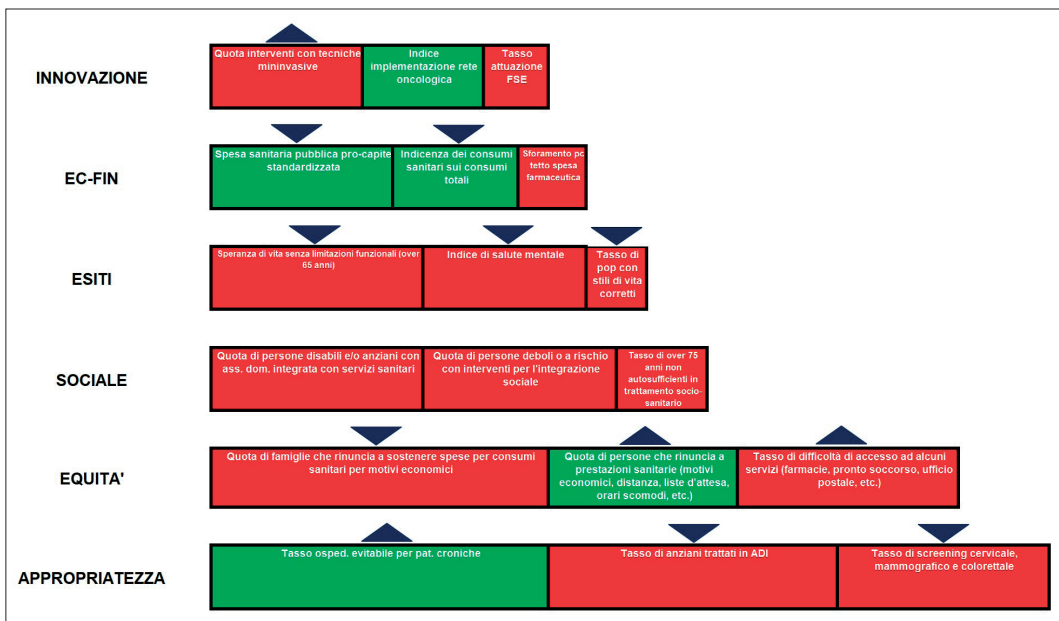
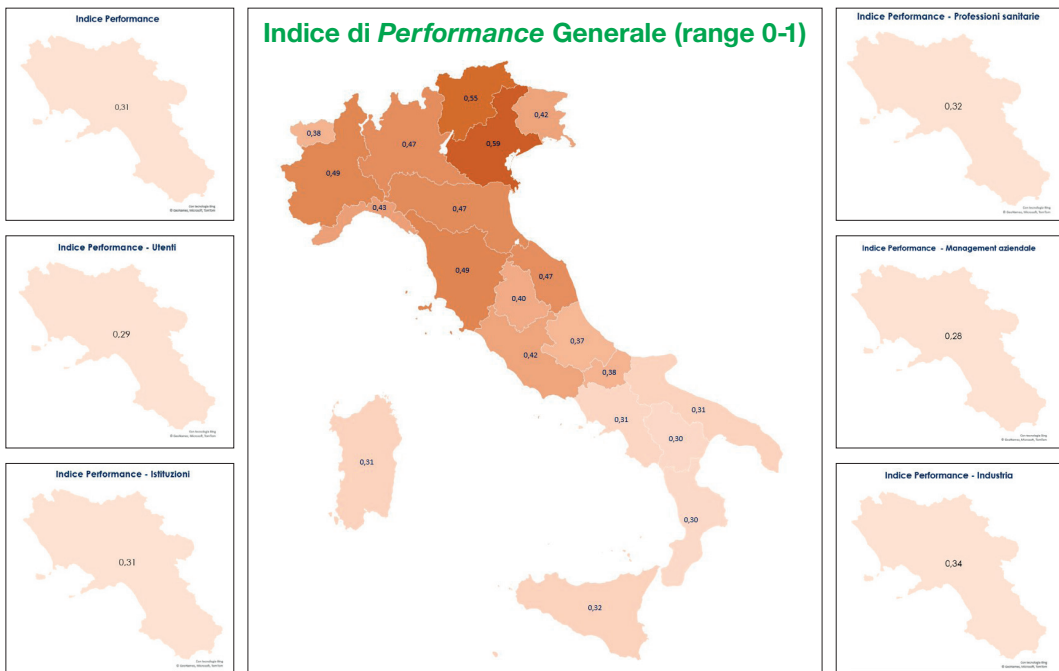
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

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



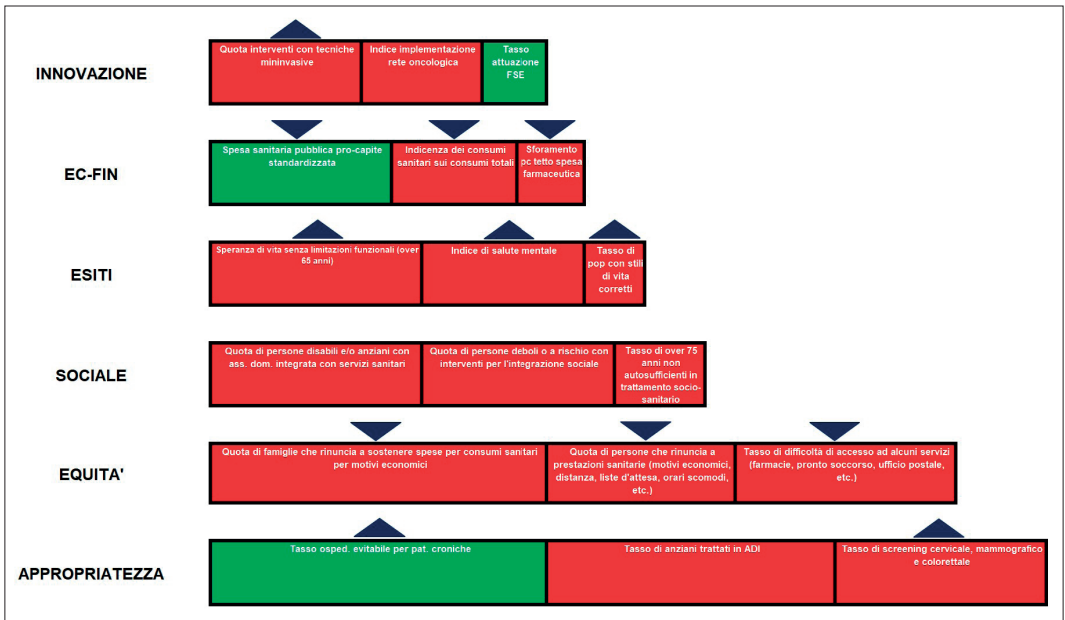
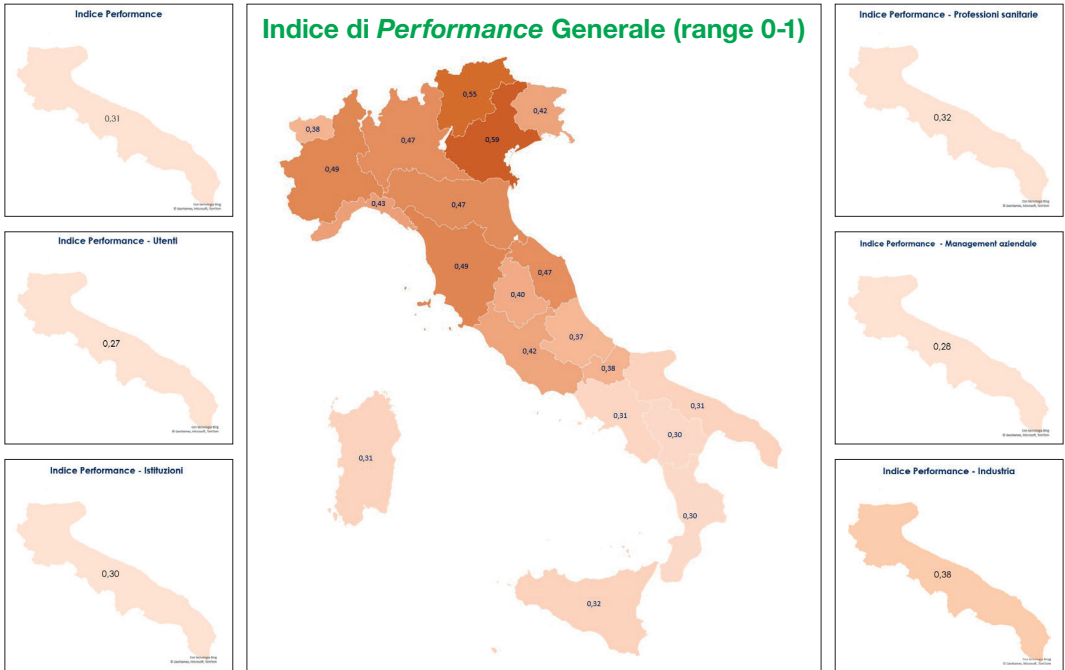
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

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



■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

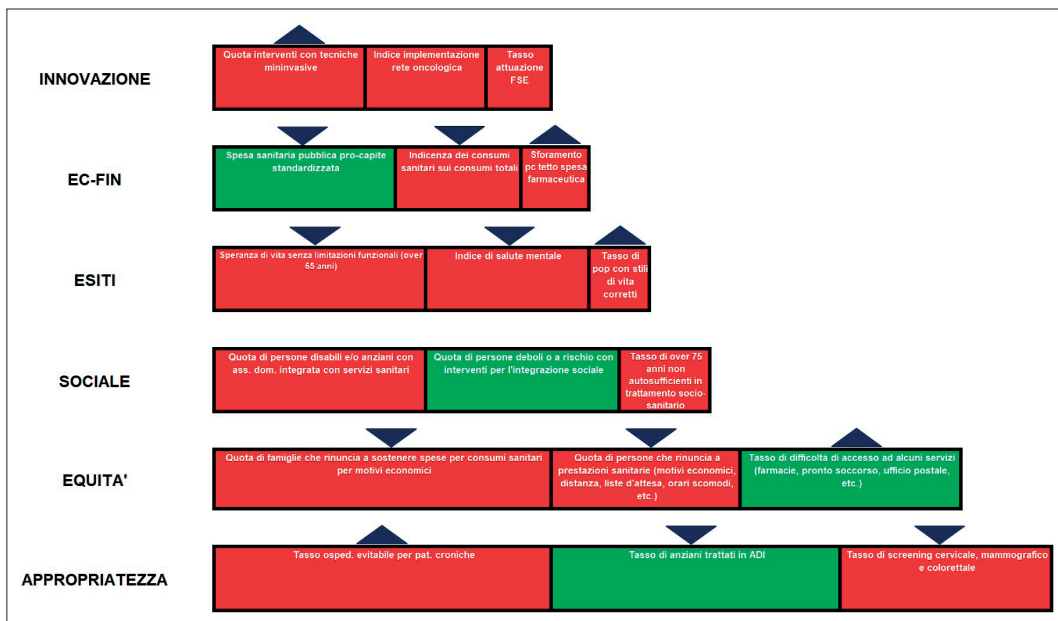
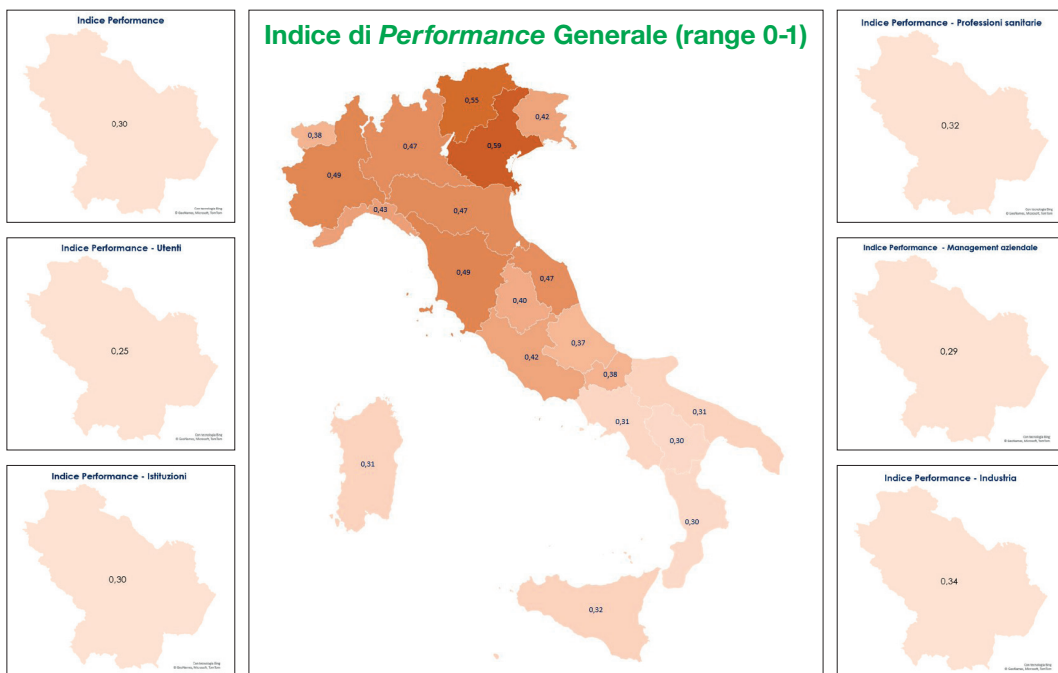
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019



■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

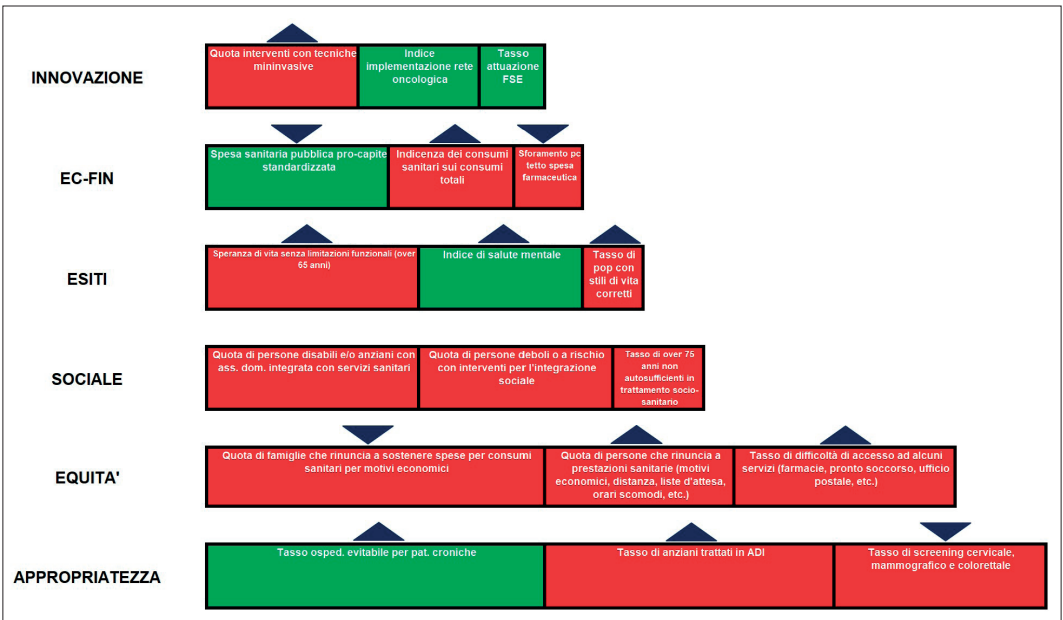
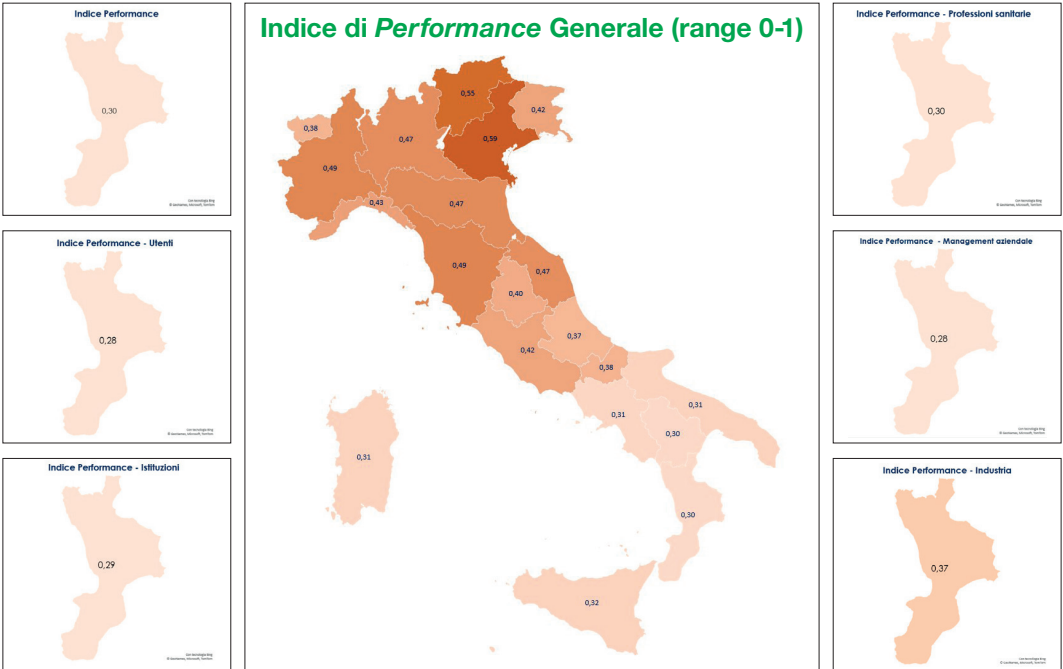
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

Basilicata



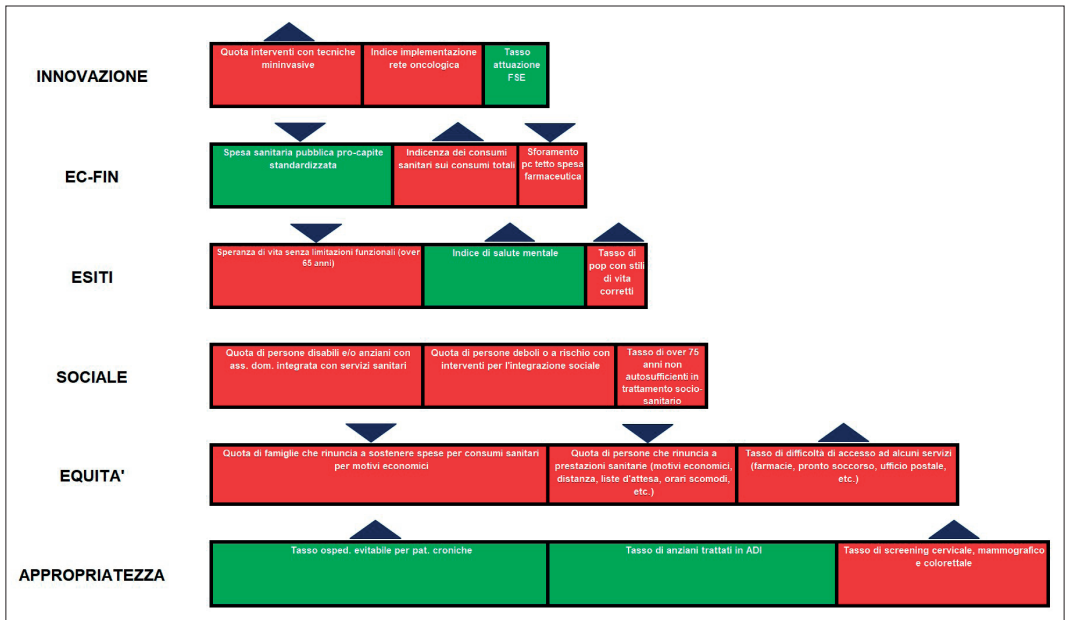
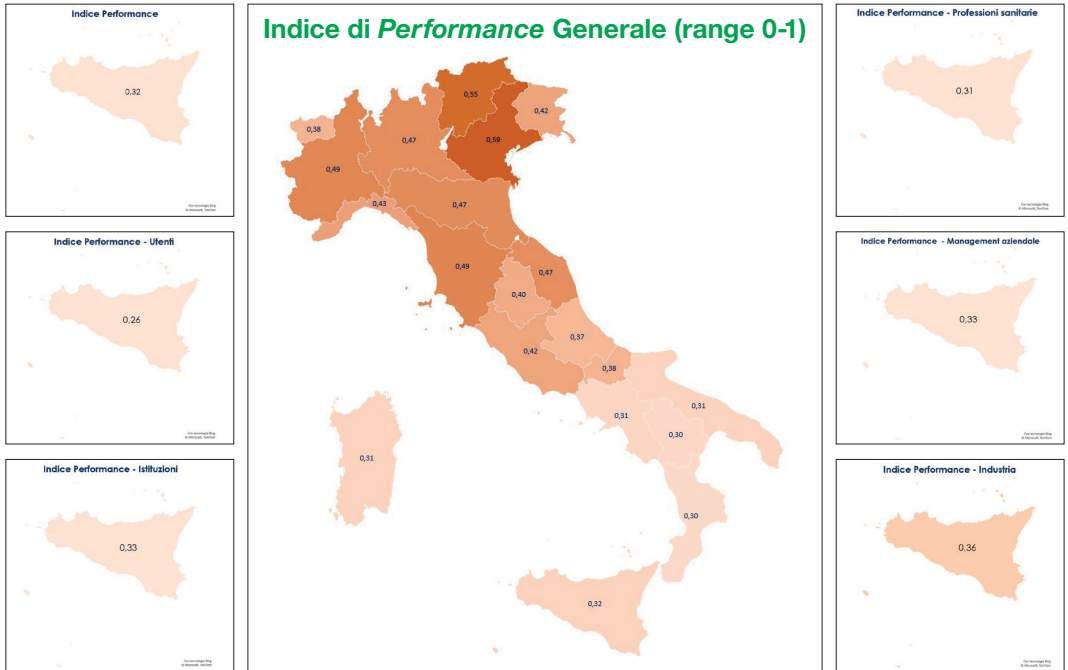
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

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



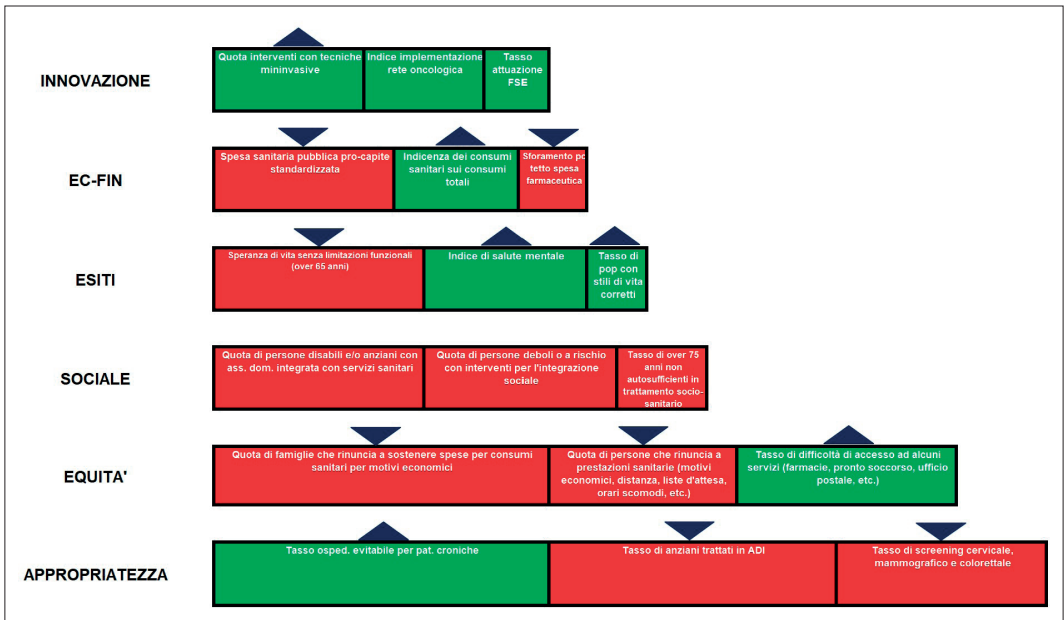
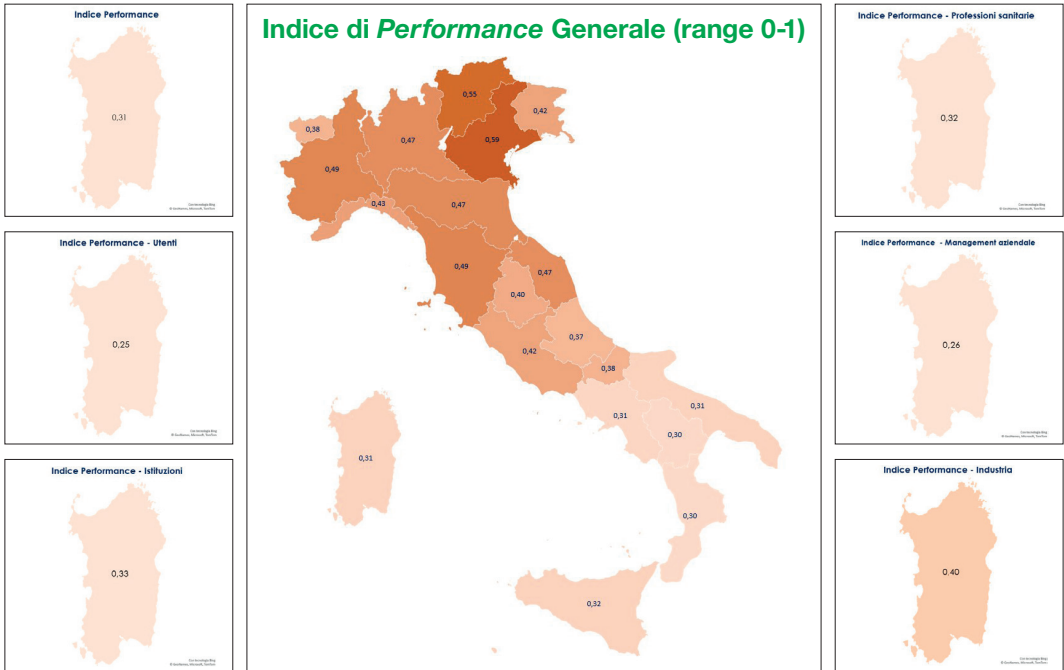
■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

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



■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

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



■ Valore migliore della media nazionale
■ Valore peggiore della media nazionale

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



SCHEDE INDICATORI





| DIMENSIONE | ID | INDICATORE |
|-----------------------|----|---|
| Equità | 1 | Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici |
| | 2 | Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.) |
| | 3 | Tasso di difficoltà di accesso ad alcuni servizi (farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, etc.) |
| Esiti | 4 | Speranza di vita senza limitazioni funzionali (<i>over 65 anni</i>) |
| | 5 | Indice di salute mentale |
| | 6 | Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti |
| Appropriatezza | 7 | Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche |
| | 8 | Tasso di <i>screening</i> cervicale, mammografico e colonrettale |
| | 9 | Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata |
| Innovazione | 10 | Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico |
| | 11 | Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive |
| | 12 | Indice di implementazione rete oncologica |
| Economico-Finanziaria | 13 | Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata |
| | 14 | Sforamento pro-capite tetto di spesa farmaceutica (ospedaliera e territoriale) |
| | 15 | Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali |
| Sociale | 16 | Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale) |
| | 17 | Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari |
| | 18 | Tasso di <i>over 75 anni</i> non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale |

DIMENSIONE EQUITÀ

INDICATORE N. 1

Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici

| | |
|------------------------|---|
| Descrizione | L'indicatore esprime la quota percentuale di famiglie che rinuncia a curarsi per motivi economici |
| Numeratore | Famiglie che rinunciano a sostenere spese sanitarie per motivi economici |
| Denominatore | Numero di famiglie residenti |
| Unità di misura | Valore in % |
| Fonte | Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su indagine 'Spesa delle famiglie' ISTAT |

INDICATORE N. 2

Quota di persone che rinuncia a prestazioni sanitarie (motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)

| | |
|------------------------|--|
| Descrizione | L'indicatore esprime la quota percentuale di persone che, negli ultimi 12 mesi, ha dichiarato di aver rinunciato a qualche visita specialistica o a esame diagnostico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler, o altro tipo di accertamento, ecc.) pur avendone bisogno, a causa di uno dei seguenti motivi: non poteva pagarla, costava troppo, scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi); lista d'attesa lunga |
| Numeratore | Persone che rinunciano a prestazioni sanitarie per motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi etc. |
| Denominatore | Popolazione totale |
| Unità di misura | Valore in % |
| Fonte | Indagine "BES", ISTAT |

INDICATORE N. 3

Tasso di difficoltà di accesso ad alcuni servizi (farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, etc.)

| | |
|------------------------|--|
| Descrizione | L'indicatore esprime la quota percentuale di famiglie che ha riscontrato molta difficoltà ad accedere ad almeno tre dei seguenti servizi: farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, asili, etc.) |
| Numeratore | Famiglie che hanno riscontrato molta difficoltà ad accedere ad almeno tre dei seguenti servizi: farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, asili, etc.) |
| Denominatore | Famiglie residenti |
| Unità di misura | Valore in % |
| Fonte | Indagine "BES", ISTAT |

DIMENSIONE ESITI

INDICATORE N. 4 Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)

| | |
|------------------------|--|
| Descrizione | L'indicatore esprime il numero medio di anni che una persona <i>over 65</i> 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. 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 (<i>36-Item Short Form Survey</i>), 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 <i>over 14</i> anni |
| Denominatore | - |
| Unità di misura | Valore assoluto |
| Fonte | Indagine "BES", ISTAT |

INDICATORE N. 6 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 ISTAT |

DIMENSIONE APPROPRIATEZZA

INDICATORE N. 7

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, 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. 8

Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale

| | |
|------------------------|---|
| Descrizione | L'indicatore esprime la quota di popolazione target che si è sottoposta a <i>screening</i> cervicale, mammografico e colonrettale |
| Numeratore | Numero di <i>screening</i> cervicale, mammografico e colonrettale eseguiti |
| Denominatore | Popolazione totale eleggibile (popolazione target per singola indagine) |
| Unità di misura | % popolazione <i>target</i> |
| Fonte | Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Indagine PASSI, ISS |

INDICATORE N. 9

Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata

| | |
|------------------------|--|
| Descrizione | L'indicatore esprime la quota <i>over 65</i> con attivata assistenza domiciliare integrata |
| 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 |

DIMENSIONE INNOVAZIONE

INDICATORE N. 10

Tasso di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico

| | |
|------------------------|--|
| Descrizione | L'indicatore di Attuazione, mira a rappresentare lo stato di avanzamento del progetto di sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) regionale e rappresenta la media di realizzazione dei singoli servizi previsti dal piano |
| Numeratore | Livello di implementazione degli indicatori di attuazione |
| Denominatore | Livello totale di attuazione degli indicatori |
| Unità di misura | Valori in % |
| Fonte | Agenzia per la sanità digitale |

INDICATORE N. 11

Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive

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

INDICATORE N. 12

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 | Valori in % |
| Fonte | AGENAS |

DIMENSIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

INDICATORE N. 13

Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata

| | |
|------------------------|--|
| Descrizione | L'indicatore esprime la spesa sanitaria pubblica per cittadino residente, standardizzata per le caratteristiche di bisogno della popolazione |
| Numeratore | Spesa sanitaria pubblica |
| Denominatore | Popolazione standardizzata |
| Unità di misura | Valori in € |
| Fonte | Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ragioneria dello Stato |

INDICATORE N. 14

Sforamento pro-capite tetto di spesa farmaceutica (acquisti diretti e convenzionata)

| | |
|------------------------|--|
| Descrizione | L'indicatore esprime l'eccedenza di spesa farmaceutica pro-capite rispetto al tetto di spesa previsto (ospedaliera e territoriale) |
| Numeratore | Spesa farmaceutica aggiuntiva rispetto al tetto di spesa previsto (acquisti diretti e convenzionata) |
| Denominatore | Popolazione totale |
| Unità di misura | Valori in € |
| Fonte | Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Rapporto OSMED (AIFA) |

INDICATORE N. 15

Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali

| | |
|------------------------|--|
| Descrizione | L'indicatore esprime la quota di consumi delle famiglie destinata alle spese sanitarie |
| Numeratore | Spesa per consumi sanitari privati delle famiglie |
| Denominatore | Spesa per consumi privati delle famiglie |
| Unità di misura | Valori in % |
| Fonte | Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT |

DIMENSIONE SOCIALE

INDICATORE N. 16

Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale)

| | |
|------------------------|---|
| Descrizione | L'indicatore esprime la quota di persone deboli o a rischio (affette da dipendenze, anziane o povere) che ricevono interventi per l'integrazione sociale da parte degli enti locali |
| Numeratore | Persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale |
| Denominatore | Persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) |
| Unità di misura | Valori in % |
| Fonte | Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT |

INDICATORE N. 17

Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari

| | |
|------------------------|---|
| Descrizione | L'indicatore esprime la quota 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 | Valori in % |
| Fonte | Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT |

INDICATORE N. 18

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> |
| Unità di misura | Per 1.000 ab. 75+ |
| Fonte | NSG, Ministero della Salute |



Finito di stampare
nel mese di giugno 2023 presso
Locopress industria grafica
Mesagne (Brindisi) - Italia
per conto di
Locorotondo editore
ISBN 978-88-99078-65-2

Locorotondo editore
ISBN 978-889907865-2



9 788899 078652