

“Le *Performance* Regionali”



**X edizione
2022**

D. d'Angela
B. Polistena
F. Spandonaro





“Le Performance Regionali” **X edizione (2022)**

***Le opportunità di tutela socio-sanitaria
a livello regionale***



Sommario

Indice delle figure	5
Credits	9
Expert Panel	11
Executive summary	19
1. Introduzione	23
2. Metodologia	26
3. Dieci anni di indicatori di <i>Performance</i>	29
4. La valutazione della <i>Performance</i> nel 2025: il parere dell'<i>Expert Panel</i>	39
5. Risultati	41
5.1. La selezione degli indicatori di <i>Performance</i>	41
5.2. Le funzioni di valore degli indicatori	67
5.3. La composizione degli indicatori	93
5.4. Riflessioni sul contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i>	96
6. La <i>Performance</i> socio-sanitaria	99
7. Riflessioni finali	106
Schede indicatori	109

Indice delle figure

Figura 1	Quota ricoveri ordinari in acuzie con DRG inappropriati Dinamica II-VII edizione	30
Figura 2	Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite Dinamica II-X edizione	31
Figura 3	Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici Dinamica I-VIII edizione	32
Figura 4	Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie Dinamica III-VIII edizione	33
Figura 5	Mortalità evitabile Dinamica III-IX edizione	34
Figura 6	Aspettativa di vita in buona salute alla nascita Dinamica VI-X edizione	35
Figura 7	Quota interventi chirurgici eseguiti con tecniche mininvasive Dinamica VII-X edizione	36
Figura 8	Quota di utenti che hanno attivato il FSE Dinamica VI-IX edizione	37
Figura 9	Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche Giudizio sulla rilevanza	44
Figura 10	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 Giudizio sulla rilevanza	45
Figura 11	Tasso di <i>screening</i> cervicale, mammografico e colonrettale Giudizio sulla rilevanza	46
Figura 12	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata Giudizio sulla rilevanza	48
Figura 13	Quota spesa sanitaria totale su PIL pro-capite Giudizio sulla rilevanza	49
Figura 14	Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali Giudizio sulla rilevanza	50
Figura 15	Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie Giudizio sulla rilevanza	52
Figura 16	Quota di popolazione che sperimenta un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati Giudizio sulla rilevanza	53



Figura 17	Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione per patologie oncologiche Giudizio sulla rilevanza	54
Figura 18	Aspettativa di vita in buona salute alla nascita Giudizio sulla rilevanza	56
Figura 19	Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti Giudizio sulla rilevanza	57
Figura 20	Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero Giudizio sulla rilevanza	58
Figura 21	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopiche e/o robotiche) Giudizio sulla rilevanza	60
Figura 22	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base Giudizio sulla rilevanza	61
Figura 23	Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate relativamente ai documenti del nucleo minimo Giudizio sulla rilevanza	62
Figura 24	Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale Giudizio sulla rilevanza	64
Figura 25	Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari Giudizio sulla rilevanza	65
Figura 26	Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari Giudizio sulla rilevanza	66
Figura 27	Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche Funzione di “valore” per Categoria	68
Figura 28	Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde Funzione di “valore” per Categoria	69
Figura 29	Tasso di screening cervicale, mammografico e colonrettale Funzione di “valore” per Categoria	70
Figura 30	Dimensione appropriatezza Funzione di “valore” per indicatore	71
Figura 31	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata Funzione di “valore” per Categoria	72
Figura 32	Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite Funzione di “valore” per Categoria	73

Figura 33	Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali Funzione di “valore” per Categoria	74
Figura 34	Dimensione Economico-Finanziaria Funzione di “valore” per indicatore	75
Figura 35	Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie Funzione di “valore” per Categoria	76
Figura 36	Quota di popolazione che sperimenta un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati Funzione di “valore” per Categoria	77
Figura 37	Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione di residenza per patologie oncologiche Funzione di “valore” per Categoria	78
Figura 38	Dimensione Equità Funzione di “valore” per indicatore	79
Figura 39	Aspettativa di vita in buona salute alla nascita Funzione di “valore” per Categoria	80
Figura 40	Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti Funzione di “valore” per Categoria	81
Figura 41	Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero Funzione di “valore” per Categoria	82
Figura 42	Dimensione Esiti Funzione di “valore” per indicatore	83
Figura 43	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive Funzione di “valore” per Categoria	84
Figura 44	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base Funzione di “valore” per Categoria	85
Figura 45	Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate relativamente ai documenti del nucleo minimo Funzione di “valore” per Categoria	86
Figura 46	Dimensione Innovazione Funzione di “valore” per indicatore	87
Figura 47	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	88
Figura 48	Quota di persone, disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare Funzione di “valore” per Categoria	89

Figura 49	Quota di persone, disabili, anziani e/o con disagio, che ricevono <i>voucher</i> , assegno di cura o buono socio-sanitario Funzione di “valore” per Categoria	90
Figura 50	Dimensione Sociale Funzione di “valore” per indicatore	91
Figura 51	Contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> per Categoria	97
Figura 52	Variazioni del contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> X vs IX edizione	98
Figura 53	Indice di <i>Performance</i> regionale	99
Figura 54	Indice di <i>Performance</i> Categoria Utenti	101
Figura 55	Indice di <i>Performance</i> Categoria Istituzioni	102
Figura 56	Indice di <i>Performance</i> Categoria Professioni Sanitarie	103
Figura 57	Indice di <i>Performance</i> Categoria <i>Management</i> aziendale	104
Figura 58	Indice di <i>Performance</i> Categoria Industria medicale	105

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
- 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
- GENNARI Giulia
C.R.E.A. Sanità
- POLISTENA Barbara
C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

Comitato Scientifico del Progetto

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

Expert Panel**Industria**

- ARCANGELI Emanuela
Amgen
- BARBIERA Maurizio
Boeinger Inghelim
- BORLOTTI Barbara
Nestlè Health Science
- DI STASI Francesca
W.L. Gore
- DONNINI Nello
Abbvie
- FIORAVANTI Laura
Takeda
- GIOVANNITTI Massimo
Eli Lilly
- LAUDATI Sergio
Sanofi
- PONZIANELLI Anna
Novartis
- PRIA Emanuele
Gilead Sciences
- PRISCO Luisanna
Astellas
- SCACCABAROZZI Massimo
Presidente Farindustria
- FATIGA Francesco
Janssen
- SOFFIENTINI Maria Elena
Lundbeck



Istituzioni

- ANNICHIARICO Massimo
Assessorato Sanità e Integrazione Socio-Sanitaria, Regione Lazio
- BOLDI Rossana
Vicepresidente Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati
- CINQUE Ettore
Assessore Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale Regione Campania
- COSCIONI ENRICO
Presidente AGENAS
- DEGRASSI Flori
Componente Osservatorio Medicina di Genere ISS, Presidente ANDOS
- DENUZZO Antonello
Sindaco di Francavilla Fontana (BR)
- ESPOSITO Ernesto
Commissario Sanità Regione Calabria
- FLEGO Gaddo
*Direttore Sanitario Ospedale Evangelico Internazionale;
Coordinatore Rete Ligure HTA, Regione Liguria*
- FLOR Luciano
Direttore Generale Assessorato Sanità, Servizi Sociali, Regione Veneto
- IANNONE Primiano
Già Direttore Centro Nazionale Eccellenza Clinica, Qualità e Sicurezza delle Cure ISS
- IANESELLI Franco
Sindaco di Trento
- MONTANARO Vito
Direttore Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale Regione Puglia
- NEGRI Simone
Sindaco di Cesano Boscate
- RADICE Lorenzo
Sindaco di Legnano
- RUSCITTI Giancarlo
Direttore Dipartimento Salute Politiche Sociali della Provincia Autonoma di Trento
- TRIPALDI Domenico
Direttore Generale Dipartimento Politiche della Persona, Regione Basilicata
- URBANI Andrea
Direttore Generale Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute

Management aziendale

- BENINI Patrizia
Direttore Generale Istituto Oncologico Veneto
- BONELLI Gianni
Direttore Generale ASST dei 7 Laghi
- BORASO Flavio
Direttore Generale ASL AT
- 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 Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord
- CARRADORI Tiziano
Direttore Generale AUSL Romagna
- CASATI Giorgio
Direttore Generale ASL Roma2
- CATTINA Grazia
Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero Unico ASL di Nuoro
- COLETTI Roberto
Direttore Generale ARNAS Civico Palermo
- CORRADI Maria Paola
Direttore ARES 118 Lazio
- 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
- D'INNOCENZO Marinella
Direttore Generale ASL Rieti
- FRITTELLI Tiziana
Direttore Generale A.O. San Giovanni Addolorata, Roma

- GENTILI Gilberto
Direttore Generale USL Umbria 1
- 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
- MARCOLONGO Adriano
Direttore Generale AOU Sant'Andrea di Roma
- MISCIO Leonardo
Direttore Sanitario Istituto Tumori di Napoli
- QUINTAVALLE Giuseppe
Direttore Generale Policlinico Tor Vergata
- 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 VCO
- SILVESTRI Norberto
Già Direttore Sanitario Campus Biomedico - Roma
- SOSTO Gennaro
Direttore Generale ASL Napoli III Sud
- TANESE Angelo
Direttore Generale ASL Roma 1
- TIDORE Marcello
Direttore Generale ASL Cagliari
- TUBERTINI Mario
Istituto di Montecatone Bologna
- VOLPE Gennaro
Direttore Generale ASL Benevento - Presidente CARD

Professioni sanitarie

- ANNICCHIARICO Giuseppina
Coordinatrice del Co.Re.Ma.R. (Coordinamento Regionale Malattie Rare - ARES Puglia)
- BALZANELLI Mario Giosuè
Presidente SIS118
- BASILE Francesco
Presidente Società Italiana di Chirurgia
- BOGGI Ugo
Presidente S.I.T.O - Società Italiana Trapianti d'Organo
- CALABRESE Nicola
Vice Segretario Nazionale FIMMG
- COLAO Annamaria
Presidente Società Italiana di Endocrinologia
- CONSOLI AGOSTINO
Presidente SID - Società Italiana di Diabetologia
- CUSANO Francesco
Presidente ADOI
- 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 CIANNI Graziano
Presidente AMD
- DE IACO Facio
Presidente SIMEU - Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza
- DI LORENZO Nicola
già Presidente SICOB
- ESPOSITO Giovanni
Presidente GISE
- FAVARETTI Carlo
Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano
- FERRO Antonio
Presidente SITI Società Italiana di Igiene
- GERLI Roberto
Presidente Società Italiana di Reumatologia

- GUARINI Alessandra
*Presidente ANOTE-ANIGEA (Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche)
(Associazione Nazionale Infermieri di Gastroenterologia e Associati)*
- JANIRI Luigi
Presidente FIAP – Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia
- LANDI Francesco
Presidente SIGG – Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
- MARTINI Romeo
Presidente Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare
- MONTORSI Marco
Rettore Humanitas
- PAOLUCCI Stefano
SIRN - Società Italiana di Riabilitazione Neurologica
- PELISSERO Gabriele
Presidente AIOP
- PIETRANTONIO Filomena
Fadoi - Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti
- ROVIELLO Franco
Presidente Società Italiana di Chirurgia Oncologica
- STARACE Fabrizio
Presidente Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica
- TOSSALI Maria Letizia
AITNE - Associazione Italiana Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- ZANETTI Michela
Presidente Società Italiana Nutrizione Parenterale ed Enterale

Utenti

- ACETI Tonino
Presidente Salutequità
- CELANO Antonella
Presidente APMAR
- MANCUSO Anna Maria
Presidente Salute Donna
- MANDORINO Anna Lisa
Presidente 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
Vice Presidente ANAP Onlus



Ringraziamenti

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

abbvie

AMGEN®

astellas

Boehringer
Ingelheim

Lilly

GILEAD
Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

GORE

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson

Lundbeck

Nestlé
HealthScience

NOVARTIS

sanofi

Takeda

Executive summary

Il progetto *Performance Regionali* del C.R.E.A. Sanità, giunto nel 2022 alla sua X edizione, intende 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.

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

La misura della *Performance* deve, quindi, prevedere una composizione delle diverse Dimensioni e anche delle diverse Prospettive.

La trasparenza sui “pesi” di composizione adottati e anche sui processi per la loro elicitazione è, chiaramente, essenziale in termini di *accountability* dell’esercizio, è rappresenta un punto qualificante della metodologia.

Insieme alla costituzione di un *Expert Panel* dedicato, che conta ormai oltre 100 componenti, afferenti a cinque categorie di *stakeholder*: Utenti, Istituzioni, Professioni sanitarie, *Management* aziendale, Industria medicale).

In questa annualità si è, in particolare, voluto consolidare l’estensione della valutazione alla dimensione Sociale, anche con la partecipazione nell’*Expert Panel* di rappresentanti degli Enti locali.

Si è convenuto di inserire tra le Dimensioni quella Sociale, a cui afferiscono indicatori sull’assistenza domiciliare erogata dai Comuni, l’inserimento lavorativo delle persone affette da disagio mentale e il riconoscimento di *voucher* e bonus economici a favore dei cittadini con disagio.

In occasione della ricorrenza della decima edizione della progettualità, si è anche sviluppata una analisi specificamente dedicata alla dinamica degli indicatori nel tempo adottati.

In particolare, si è elaborato un focus su quelli utilizzati per almeno cinque edizioni del progetto: ne sono stati identificati otto (1 di Appropriatelyzza, 1 Economico-Finanziario, 2 di Equità, 2 di Esiti, 2 di Innovazione).

Dalla dinamica registrata negli anni è emerso un miglioramento di molti di questi indicatori, che ha interessato soprattutto le realtà del Centro e del Mezzogiorno, permettendo una riduzione del *gap* rispetto alle altre ripartizioni geografiche.

Rimangono due zone d’ombra: quella generale relativa alla variabilità dello sviluppo della digitalizzazione; e quella del peggioramento dell’equità nel Sud, che esaspera le disparità già esistenti.

Passando ai risultati della valutazione 2022, aggregando i risultati per Dimensione, si osserva come Esiti, Sociale ed Appropriatelyzza contribuiscano per circa il 60% alla *Performance*, in modo abbastanza equidistribuito: 22,1%, 18,0% e 17,7% rispettivamente; segue la Dimensione Equità (16,6%) e poi quella Innovazione ed Economico-finanziaria, che contribuiscono rispettivamente per il 13,1% ed il 12,5%.

Sebbene con alcune apprezzabili differenze quantitative, il Sociale è nelle prime tre posizioni nella Prospettiva di Utenti, Professioni sanitarie ed Industria; gli Esiti è tra le prime tre Dimensioni per tutte le categorie di *stakeholder*, ad eccezione di Istituzioni e *Management*; quest’ultima categoria, insieme al *Management*, esprime priorità “gestionali”, in termini di risorse, appropriatezza ed innovazione.

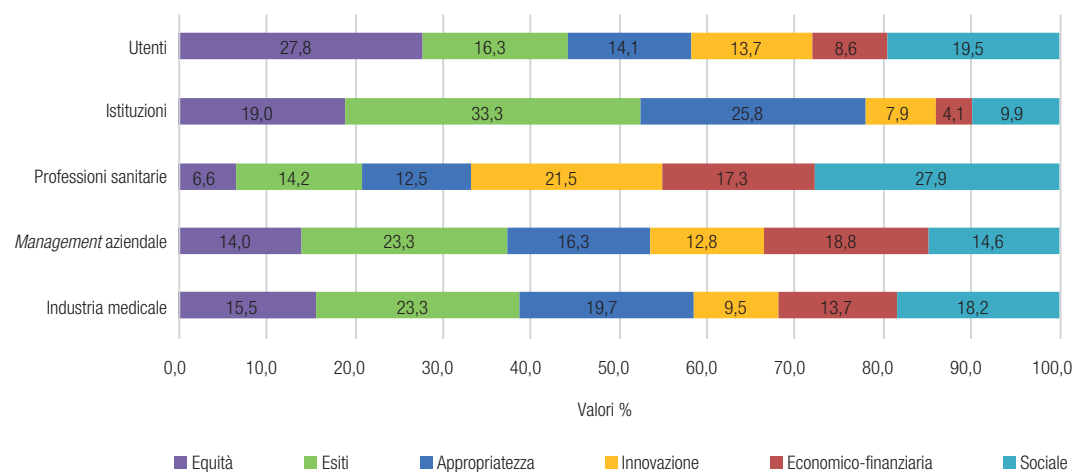
Rispetto alla precedente edizione, si registra una riduzione notevole del “peso” associato alle Dimensioni Equità ed Esiti (-15,3 e -10,1 punti percentuali rispettivamente); si riduce anche il peso della Dimensione Economico-finanziaria (-1,9 punti percentuali); è invece in aumento il contributo di Appropriatazza e Innovazione (+5,5 e +3,6 punti percentuali rispettivamente).

La dinamica dei “pesi”, in particolare l’incremento di Appropriatazza e Innovazione, sembra poter essere messa in relazione con il disegno di ammodernamento del SSN formulato a seguito degli stanziamenti di risorse per investimenti di cui al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR); ed anche all’importanza dell’innovazione organizzativa e tecnologica (vaccini etc.), per contrastare efficacemente la pandemia.

In continuità con i risultati delle precedenti edizioni del progetto, si evidenzia come la *Performance* sia un concetto intrinsecamente dinamico: gli indicatori ed i pesi di composizione continuano a modificarsi nel tempo, adeguandosi all’evoluzione dei fattori politici e culturali di contesto, in particolare con le tendenze delle politiche sanitarie.

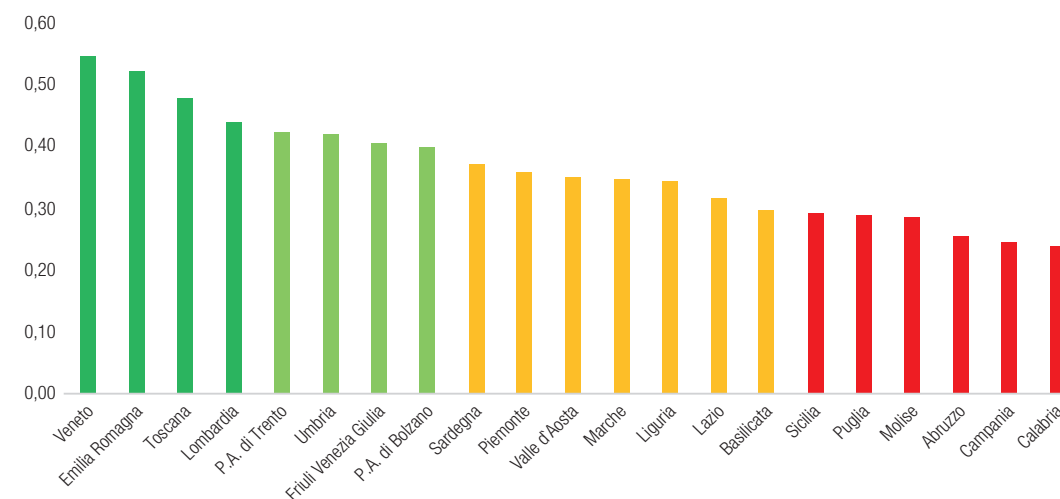
Per quanto concerne il *ranking* di *Performance* regionale, nel 2022 si oscilla da un massimo del 54% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 24%: il risultato migliore lo ottiene il Veneto ed il peggiore la Regione Calabria.

Contributo delle Dimensioni alla Performance Per Categoria



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

Indice di Performance regionale



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

Secondo le valutazioni del *Panel*, anche le migliori *Performance* regionali risultano ancora significativamente distanti da una *Performance* ottimale.

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

Quattro Regioni sembrano avere livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre: Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Lombardia.

Di queste due hanno livelli di *Performance* che superano la soglia del 50% (rispettivamente Veneto ed Emilia Romagna, con il 54% ed il 52%).

Toscana e Lombardia si posizionano a ridosso delle prime, con una valutazione al 48% e al 44%.

Nel secondo gruppo, troviamo quattro Regioni, con livelli dell’indice di *Performance* superiori al 40%: P.A. di Trento, Umbria, Friuli Venezia Giulia e P.A. di Bolzano.

Nel terzo gruppo troviamo Sardegna, Piemonte, Valle d’Aosta, Marche, Liguria e Lazio e Basilicata, con livelli di *Performance* abbastanza omogenei, ma inferiori, compresi nel range 30-40%.

Infine, 6 Regioni, Sicilia, Puglia, Molise, Abruzzo, Campania e Calabria, hanno livelli di *Performance* che risultano inferiori al 30%.

Nel miglior risultato del Veneto e dell’Emilia Romagna, ha inciso significativamente l’introduzione della nuova Dimensione Sociale, che simmetricamente ha penalizzato (ulteriormente) la Calabria: questa Regione negli anni rimane stabilmente ultima e non si evidenziano segnali significativi di recupero.

Anno dopo anno, rimane pressoché costante la composizione del gruppo delle Regioni che si situano nell’area dell’“eccellenza”; come anche quella del gruppo, nume-

ricamente rilevante, delle Regioni (tutte meridionali) che purtroppo rimangono nell'area intermedia e critica.

In conclusione, la nuova crescita di importanza della Dimensione Sociale e di quella degli Esiti, sembra indicare una maggiore consapevolezza, probabilmente rafforzata durante la fase dell'emergenza, sul fatto che una effettiva tutela richiede una concreta integrazione tra sanità e sociale, superando la separazione di ruoli e competenze sin qui adottata.

Guardando al futuro del progetto, l'*Expert Panel*, consapevole del fatto che la Società italiana è in una fase di transizione, ha anche approfondito le tematiche che si ritiene dovranno essere oggetto di valutazione nei prossimi anni.

La valutazione richiede l'implementazione di nuovi flussi informativi; senza pretesa di esaustività, è emersa, in particolare, l'esigenza di misurare gli accessi dei cittadini alle Centrali Operative Territoriali e alle Case di Comunità, nonché considerare il loro impatto sull'associazionismo tra MMG/PLS e specialisti del territorio; analogamente l'*Expert Panel* ritiene che sarà necessario monitorare l'effettiva alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, specialmente in termini di estensione dei suoi contenuti anche alle prestazioni sociali, come anche a quelle sanitarie erogate dalle strutture private. Ancora, tra le tematiche è emersa l'esigenza di erogare una assistenza al domicilio con professionisti specificatamente formati, soprattutto per le famiglie unipersonali, prevedendo attività formative dedicate a tale ambito, già a livello universitario.

Si tratta di indicatori finalizzati, in ultima istanza, a misurare il rendimento delle azioni che verranno implementate nei prossimi anni in attuazione del PNRR: misurazione essenziale se si vuole che gli stanziamenti possano rappresentare davvero un investimento, scongiurando il potenziale pericolo di un finanziamento di azioni incapaci di generare quei miglioramenti di efficienza e efficacia dei servizi che sono necessarie per la sopravvivenza del nostro *Welfare* socio-sanitario nazionale e regionale.

1. Introduzione

Il progetto “*Performance Regionali*” del C.R.E.A. Sanità, giunto nel 2022 alla sua decima annualità, si pone l'obiettivo di fornire una valutazione del livello regionale di tutela di cui dispongono i cittadini, grazie all'assistenza sanitaria e sociale erogata.

La valutazione vuole rappresentare una occasione di riflessione sulle opportunità di tutela, in primis della salute, ma più in generale socio-sanitaria, della popolazione residente nelle diverse Regioni, considerando gli effetti generati da una congerie di fattori, quali i servizi pubblici disponibili, ma anche, ad esempio, il contesto ambientale e socio-economico di vita.

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

Sulla base di questa assunzione, decliniamo la *Performance* in modalità multidimensionale.

Inoltre, adottiamo una logica multi-prospettica: l'assunzione, peraltro confermata dai risultati delle precedenti edizioni della progettualità, è che i “diversi” *stakeholder* dei sistemi socio-sanitari di fatto sono portatori di prospettive non sovrapponibili in tema di *Performance*.

Per la sintesi delle Dimensioni e delle Prospettive è stata sviluppata una metodologia “democratica” di composizione, che tiene 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 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 nel 2012 dal *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità già consorzio promosso dall'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”); la metodologia richiede l'apporto di un qualificato *Panel* di esperti, che è anche il “motore” dei processi di affinamento annuale dell'approccio.

Al *Panel* è affidato il compito di individuare annualmente le Dimensioni di *Performance* e, a seguire, gli indicatori ritenuti rappresentativi delle stesse; scelte che si determinano alla luce delle “priorità” nelle politiche di tutela maturate nel periodo.

Il *Panel*, inoltre, rappresenta il campione su cui si elicitano le preferenze, con cui viene alimentato il processo di composizione delle Prospettive e delle Dimensioni, che porta all'indice sintetico di valutazione.

Alla X annualità del progetto hanno contribuito 107 componenti del *Panel*, con una distribuzione sostanzialmente bilanciata tra le diverse categorie di *stakeholder* e le diverse ripartizioni geografiche di provenienza. In particolare, fanno parte del *Panel*:

- 2 *supervisor* del progetto
- 17 rappresentanti delle Istituzioni: 5 nazionali e 8 regionali e 4 locali
- 9 rappresentanti degli Utenti/Cittadini: fra questi 9 Presidenti/Coordinatori nazionali di Associazioni dei pazienti
- 30 rappresentanti delle Professioni sanitarie: tutti Presidenti Nazionali di Società Scientifiche.
- 35 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.
- 14 rappresentanti dell'Industria: 13 Dirigenti di aziende medicali (farmaci e dispositivi medici) e 1 Presidente di Associazione di categoria.

L'approccio metodologico adottato, operativamente, prevede quattro fasi:

- 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.

In relazione all'ultima fase, si chiarisce che il “valore relativo” rappresenta le disponibilità espresse dagli *stakeholder* a scambiare peggiori determinazioni di un indicatore con migliori di un altro, a parità di valutazione complessiva della *Performance*.

Le evidenze generate dal progetto nelle sue diverse edizioni 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*.

Prima di passare all'analisi dei risultati, è ancora opportuno segnalare alcune modifiche qualificanti della metodologia adottate in questa X edizione (2022) del progetto.

In primo luogo, alla luce della consapevolezza della relazione inscindibile tra sanità e sociale, e del ruolo che spetta agli Enti Locali (in primis i Comuni) nell'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), e in continuità con la partecipazione al *Panel* di alcuni Sindaci già sperimentata nella precedente edizione, è stata introdotta una nuova *Dimensione* di valutazione: quella Sociale.

La Dimensione Sociale adottata nelle precedenti edizioni è invece stata denomi-

nata Equità.

In secondo luogo, quest'anno il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità ha proposto al *Panel* un set di 39 indicatori, precedentemente selezionati, con l'indicazione di esprimere per ognuno di essi un livello di gradimento/importanza in una scala 1-9, con il fine di giungere a selezionare i 3 ritenuti più “qualificanti”, per ognuna delle sei Dimensioni predeterminate di valutazione: Appropriatezza, Economico-Finanziaria, Equità, Esiti, Innovazione, e Sociale.

La selezione degli indicatori è avvenuta utilizzando un processo di *consensus*, a cui sono stati invitati a partecipare tutti i componenti del *Panel*, adottando il metodo *Delphi* (descritto nella sezione metodologica).

Sulla base delle indicazioni del *Panel* sviluppate nella precedente edizione, nella fase di pre-selezione sono stati introdotti anche degli indicatori di resilienza.

A seguire, durante il *meeting* dell'*expert Panel*, tenutosi a Roma il 26 Maggio 2022, ci si è concentrati sull'evoluzione del quadro generale del SSN e sulle modifiche a medio termine da apportare al sistema degli indicatori: è emerso dal dibattito l'importanza di considerare che il sistema è entrato in una fase di transizione, che ci si attende porterà ad una significativa evoluzione grazie all'“extra” finanziamento previsto con il *Recovery Fund*, e alle sue conseguenze, in primis l'emanazione del cosiddetto “D.M. 71”, che prevede la riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Il seguito del *report*, dopo un breve riepilogo della metodologia di lavoro, riporta una analisi degli indicatori rimasti costanti nel primo decennio di progettualità, nonché della loro dinamica nelle diverse Regioni; quindi, descrive il processo e gli esiti della *consensus* sugli indicatori; passa poi ad analizzare l'esito dell'elicitazione delle preferenze del *Panel*, in tema di funzioni di valore degli indicatori e 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; infine, conclude il *Report*, una riflessione sugli sviluppi e sulle implicazioni 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.crea-sanita.it) per i dettagli strettamente metodologici, ci limitiamo qui a osservare come la metodologia utilizzata è sostanzialmente rimasta invariata rispetto all'edizione precedente, al netto ovviamente degli indicatori di *Performance* utilizzati, garantendo così continuità alle analisi; tuttavia, va ricordato che, anno dopo anno, la metodologia è stata affinata, subendo modifiche e integrazioni tese a renderla sempre più aderente alla finalità primaria del progetto: in particolare, quella di produrre una misura sintetica (*Performance*) del livello di tutela socio-sanitaria di cui i cittadini possono godere nei loro luoghi di residenza regionale; tale misura è ottenuta componendo valutazioni espresse con una logica multi-dimensionale e multi-prospettiva.

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

Preme ribadire che la valutazione non è orientata alla misura del grado di raggiungimento degli obiettivi dei Servizi Sanitari Regionali, ovvero non vuole limitarsi a misurare i risultati del sistema pubblico regionale di offerta: si persegue, piuttosto, l'obiettivo di allargare lo spettro di analisi alle diverse dimensioni delle azioni e condizioni che complessivamente incidono sulla tutela della salute.

In altri termini, si abbandona l'approccio tecnocratico, lasciando l'esercizio, evidentemente appannaggio di organismi istituzionali, di valutazione dei SSR, agli approcci che partono dagli obiettivi istituzionali e programmatici del *Welfare* pubblico: approcci che sono solitamente finalizzati a garantire l'*accountability* pubblica, ovvero alla misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di Sanità pubblica così come definiti all'interno del servizio sanitario nazionale e di quelli regionali.

Nel progetto *Performance* di C.R.E.A. Sanità, l'ambizione è invece duplice: quella di rappresentare una modalità “terza” di valutazione, e quella di riferirsi ai livelli di tutela e promozione sociale e sanitaria effettivamente accessibili per i cittadini a livello regionale, indipendentemente dalla loro fonte: l'ottica, come anticipato, è quella di valutare le opportunità di tutela di cui effettivamente dispongono i cittadini. In altri termini, si ambisce a fornire una indicazione sul livello di legittima aspettativa del cittadino nei confronti dei rischi socio-sanitari, perseguibile nei diversi contesti di residenza.

Passando agli aspetti strettamente metodologici del processo di valutazione, propeudicamente va ricordato che la metodologia assume che in campo socio-sanitario la natura della *Performance* abbia carattere di soggettività, multidimensionalità e sistematicità (Geert Bouckaert, 2008).

L'approccio adottato per l'implementazione operativa della valutazione è riconducibile al paradigma dell'analisi delle decisioni, largamente utilizzato nel *Project Management*; in pratica, 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 *Performance* alternative, fra le quali la finalità del ricercatore è giungere alla determinazione di quella ritenuta “migliore” e la “distanza” delle altre da questa. Seguendo la teoria delle decisioni, la scelta dell'alternativa migliore avviene determi-

nandone l'ordine di preferenza.

Si osservi, inoltre, che dall'assunzione di multidimensionalità della *Performance*, derivano almeno due conseguenze fra loro strettamente interrelate: la prima è quella per cui è necessario identificare e, quindi, esplicitare, le diverse Dimensioni che generano la *Performance* e gli obiettivi-indicatori che le rappresentano.

La seconda è che la *Performance*, essendo definita come una misura di sintesi delle varie Dimensioni, e dovendo quindi riassumere in un'unica espressione quantitativa gli esiti desumibili dagli indicatori, richiede di 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).

Si osservi che le Dimensioni sono, altresì, legate all'oggetto di analisi e al contesto sociale: ad esempio, nello specifico del caso italiano, è la “natura” pubblica (costituzionalmente garantita) della tutela, implica che l'Equità sia da ritenersi una Dimensione propria della *Performance* in campo socio-sanitario.

Le Dimensioni di *Performance* prefissate 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.

Un approccio basato sulla elicitazione delle preferenze, nel nostro caso quelle del *Panel*, assunto come rappresentativo delle diverse prospettive che convivono nella Società, ha la caratteristica di non scontare un atteggiamento “paternalistico” e/o tecnocratico, lasciando che gli ordini di preferenza si formino democraticamente nel rispetto delle specificità individuali. Corre l'obbligo ricordare che al *Panel* afferiscono soggetti appartenenti alle diverse e principali categorie di *stakeholder* del sistema socio-sanitario, portatori di interessi non necessariamente sovrapponibili: in definitiva, le diverse prospettive degli *stakeholder* esitano in diverse attribuzioni di Utilità (in senso economico) attribuite dagli stessi agli indicatori e alle relative determinazioni.

Vista da un'altra ottica, 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*; allo stesso tempo, 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).

Per quanto concerne lo sviluppo del processo di valutazione, nel mese di Maggio 2022 tutti i componenti dell'*expert Panel* della X 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, ed ha esitato nella selezione degli indicatori utilizzati a seguire per la misura della *Performance* (almeno 3 per Dimensione); nello specifico, i partecipanti hanno espresso il loro livello di accordo/disaccordo (assegnando un punteggio da 1 a 9) su *statements* relativi alla rilevanza di 39 indicatori

pre-selezionati ed elaborati dal C.R.E.A. Sanità. La fase propedeutica di predisposizione degli indicatori è stata deputata a renderli quanto più possibile specifici e confrontabili, mediante analisi ed elaborazioni tesi a garantirne/verificarne la standardizzabilità, rilevanza e disponibilità a livello regionale.

Il livello minimo di consenso è stato predeterminato dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità; tale livello è stato raggiunto già al primo *round*, permettendo di selezionare, fra gli indicatori ritenuti rilevanti, i 3 indicatori per Dimensione sui quali si fosse concentrato il maggiore consenso.

A seguire, il 26 Maggio 2022, si è svolto il *meeting dell'Expert Panel*: in tale occasione si è convenuto sull'importanza di aver introdotto la sesta dimensione di valutazione (Sociale), sebbene nella consapevolezza che il *dataset* informativo ad oggi disponibile è limitato e non coglie, quindi, alcuni aspetti, emersi durante i *work group* (si veda oltre il resoconto), ritenuti strategici in una ottica di riorganizzazione dell'assistenza extra-ospedaliera e della sua integrazione con il sociale.

Durante il *meeting* si è convenuto, altresì, sull'importanza, in prospettiva, di introdurre indicatori che possano misurare il “rendimento” delle azioni che verranno implementate nell'ambito del PNRR, nonché siano funzionali a misurare il “nuovo” servizio sanitario e sociale che si andrà a delineare nei prossimi anni, grazie agli ingenti investimenti programmati.

Il *Panel*, suddiviso in 7 gruppi *multistakeholder*, ha individuato aree e metriche che sarebbe opportuno introdurre nei prossimi anni, riportate sinteticamente nel seguito, nel paragrafo “La valutazione della *Performance* nel 2025: il parere dell'*Expert Panel*”.

Dopo i lavori di gruppo, 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, permette di stimare i “pesi” di composizione necessari per addivenire alla misura di *Performance*.

3. Dieci anni di indicatori di *Performance*

In occasione della ricorrenza della X edizione del progetto, si è ritenuto opportuno sviluppare un excursus degli indicatori di *Performance* selezionati negli anni; come descritto nella metodologia, essi sono cambiati nelle diverse edizioni, seguendo il modificarsi delle “priorità” del contesto: si è quindi optato per individuare quelli che sono rimasti nel *set* selezionato per almeno cinque annualità (tre per la Dimensione Innovazione, in quanto introdotta per la prima volta nella V edizione).

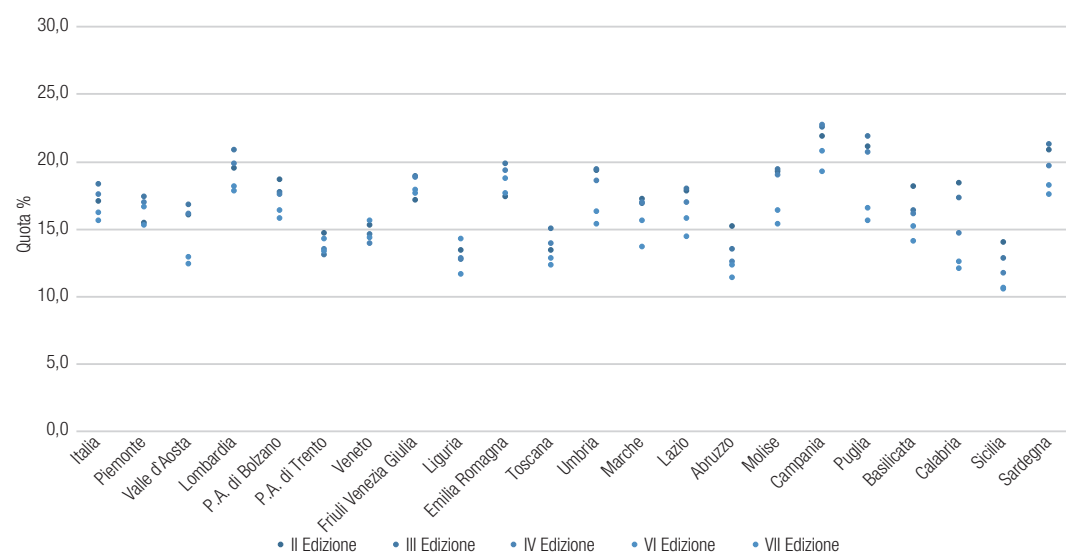
Di questi sono state analizzate le dinamiche registrate nel periodo di osservazione, con l'obiettivo di valutare se la scelta di tali metriche si sia effettivamente accompagnata a miglioramenti in termini di tutele regionali.

Su 61 indicatori selezionati (riportati in Appendice), 8 (7,4%) sono stati adottati per almeno 6 anni; nello specifico:

- Per la Dimensione Appropriatazza
 - o “Quota ricoveri ospedalieri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatazza” (II, III, IV, VI e VII ed.)
- Per la Dimensione Economico-finanziaria
 - o “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata” (II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X)
- Per la Dimensione Equità
 - o “Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici” (I, III, IV, VI, VII, VIII ed.)
 - o “Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie” (III, IV, VI, VII e VIII ed.)
- Per la Dimensione Esiti
 - o “Mortalità evitabile” (III, IV, VII, VIII e IX ed.)
 - o “Speranza di vita in buona salute alla nascita” (VI, VII, VIII, IX e X ed.)
- Per la Dimensione Innovazione
 - o “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive” (VII, VIII, IX e X ed.)
 - o “Quota attivazione/alimentazione del FSE” (V, VI, VII, VIII, IX e X ed.)

Iniziando dalla Dimensione Appropriatelyzza, per l'indicatore “Quota di ricoveri ordinari in acuzie con DRG inappropriati” (Figura 1), nel periodo II-VII edizione, si registra un miglioramento dell'8,5% (da 17,0% a 15,6%). In 8 Regioni (Umbria, Marche, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia) la riduzione è stata superiore al 20%, permettendo loro, nell'ultima edizione, di raggiungere livelli più bassi della media nazionale.

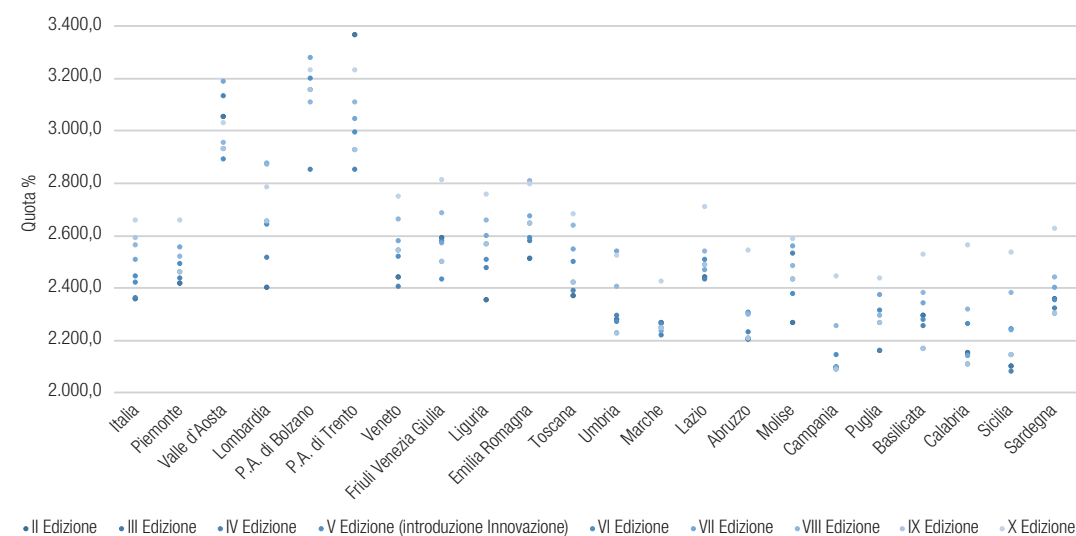
Figura 1
Quota ricoveri ordinari in acuzie con DRG inappropriati
Dinamica II-VII edizione



Fonte: elaborazione su dati Progetto “Le Performance Regionali” (anni vari)

Per la Dimensione Economico-finanziaria, l'indicatore “Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite” (Figura 2), adottato a partire dalla II edizione, ha registrato un aumento complessivo del +12,7%. In tutte le realtà, ad eccezione di Trento e Bolzano, si è registrata una crescita, seppure di entità limitata, che ha interessato soprattutto le realtà del Mezzogiorno, così da comportare una riduzione del *gap* di spesa tra le Regioni: il *gap* è passato dal 65% della II edizione al 33% dell'ultima (X).

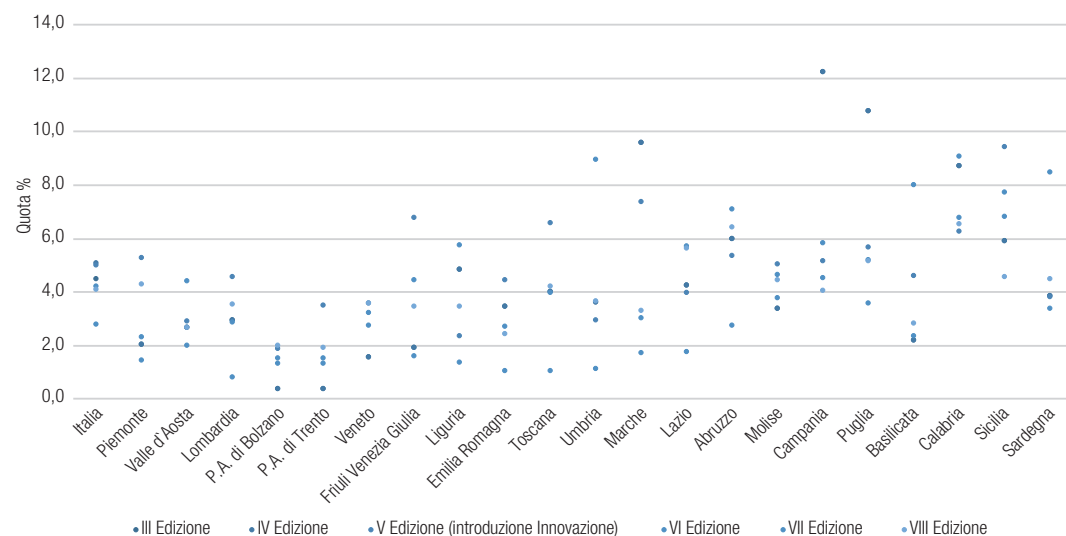
Figura 2
Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite
Dinamica II-X edizione



Fonte: elaborazione su dati Progetto “Le Performance Regionali” (anni vari)

Per l'indicatore (Equità), “Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie” (Figura 3), possiamo osservare come tra la I e l'VIII ed. si sia registrata, a livello nazionale, una riduzione media dal 4,5% al 4,1%. Nello specifico, in 7 Regioni si è registrata una riduzione del fenomeno: si tratta prevalentemente di realtà che avevano una incidenza del fenomeno molto più alta della media; la riduzione massima, pari a 8 punti percentuali (p.p.), si è registrata in Campania, la minima, pari a un p.p., in Emilia-Romagna: la prima ha raggiunto il livello medio nazionale e la seconda ha ulteriormente migliorato il suo livello rispetto alla media Italia. Gli incrementi, dove si sono verificati, sono stati molto contenuti: da un massimo di 2,2 punti percentuali del Piemonte ad un minimo di 0,2 della Toscana; entrambe le realtà hanno raggiunto un livello prossimo a quello medio nazionale (4,2% e 4,3% rispettivamente).

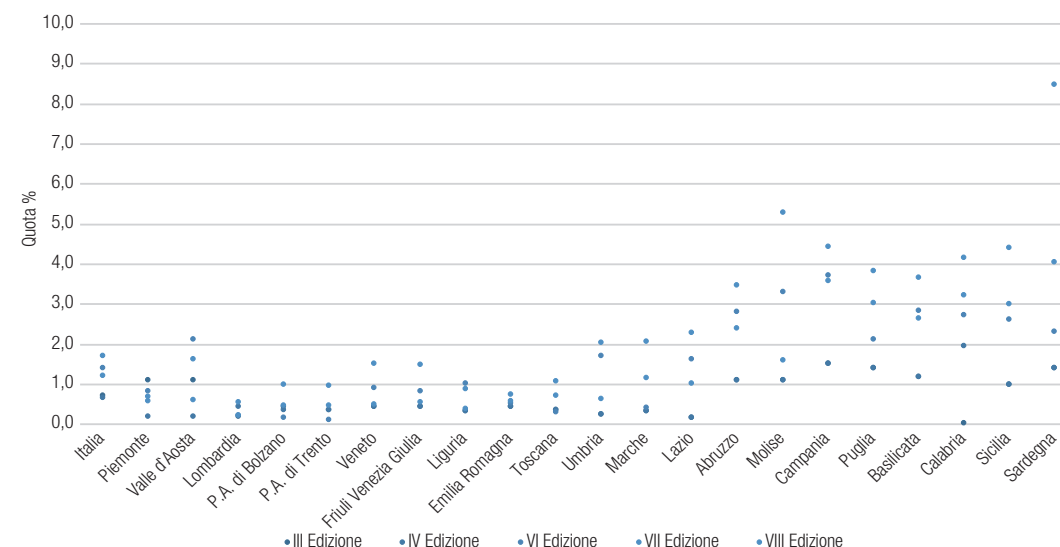
Figura 3
Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
Dinamica I-VIII edizione



Fonte: elaborazione su dati Progetto “Le Performance Regionali” (anni vari)

Dall'analisi dell'indicatore (sempre Equità) “Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie”, emerge come, tra la III e l'VIII ed., si sia registrata un aumento complessivo medio di 1 punto percentuale, passando da 0,7% a 1,7%. Nello specifico, due Regioni, Piemonte e Valle d'Aosta, hanno registrato una riduzione (nel periodo di -0,4 e -0,5 p.p.) continuando a mantenere livelli inferiori alla media nazionale; la crescita del fenomeno ha interessato soprattutto le Regioni del Mezzogiorno, con un incremento massimo di 4,2 punti percentuali del Molise e di 1,5 della Basilicata, che hanno quindi raggiunto valori di incidenza oltre due volte maggiori della media Italia (5,3% e 4,1% rispettivamente).

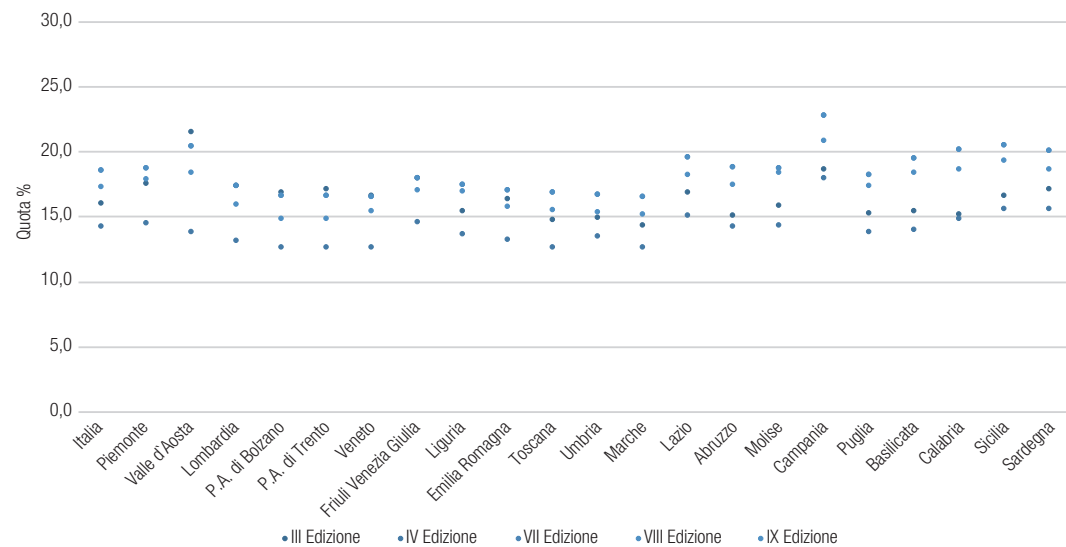
Figura 4
Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie
Dinamica III-VIII edizione



Fonte: elaborazione su dati Progetto “Le Performance Regionali” (anni vari)

Passando alla Dimensione Esiti, e all'indicatore “Mortalità evitabile” (Figura 5), dall'analisi della dinamica registrata tra la III e la IX edizione, emerge un peggioramento del valore di 1,2 giorni perduti pro-capite. Nello specifico, in 7 Regioni, Valle d'Aosta, Lombardia, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna, si è registrato un miglioramento del fenomeno: ad esclusione della prima Regione, che nell'ultima edizione registra un valore peggiore della media nazionale (+1,1 giorni perduti), tutte le altre presentano valori inferiori (di almeno 1,5 giorni). Il peggioramento del fenomeno ha interessato soprattutto il Centro ed il Mezzogiorno, che registrano valori peggiori della media Italia, da un minimo di 1 giorno in più (Abruzzo) in più ad un massimo di 3,2 (Campania).

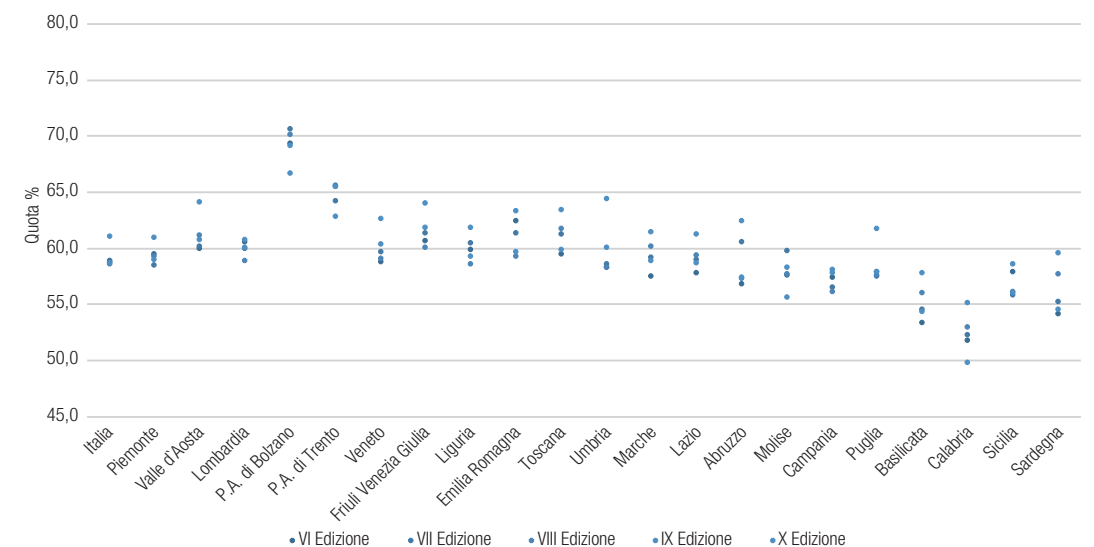
Figura 5
Mortalità evitabile
Dinamica III-IX edizione



Fonte: elaborazione su dati Progetto “Le Performance Regionali” (anni vari)

Sempre nella Dimensione Esiti, l'indicatore “Speranza di vita in buona salute alla nascita” (Figura 6), nelle ultime cinque edizioni, ha registrato un miglioramento del 3,7% (61 nella X ed.). Solo in due realtà, PP.AA. di Trento e Bolzano, si è registrato un lieve peggioramento (-3,9% e -0,2%), ma va ricordato che registrano entrambe valori superiori alla media nazionale di circa il 10% (65,4 e 66,6 anni rispettivamente). Dodici Regioni (Centro e Mezzogiorno) registravano una aspettativa di vita in buona salute inferiore alla media Italia: di queste nove hanno registrato un incremento complessivo nel quinquennio superiore al 6%.

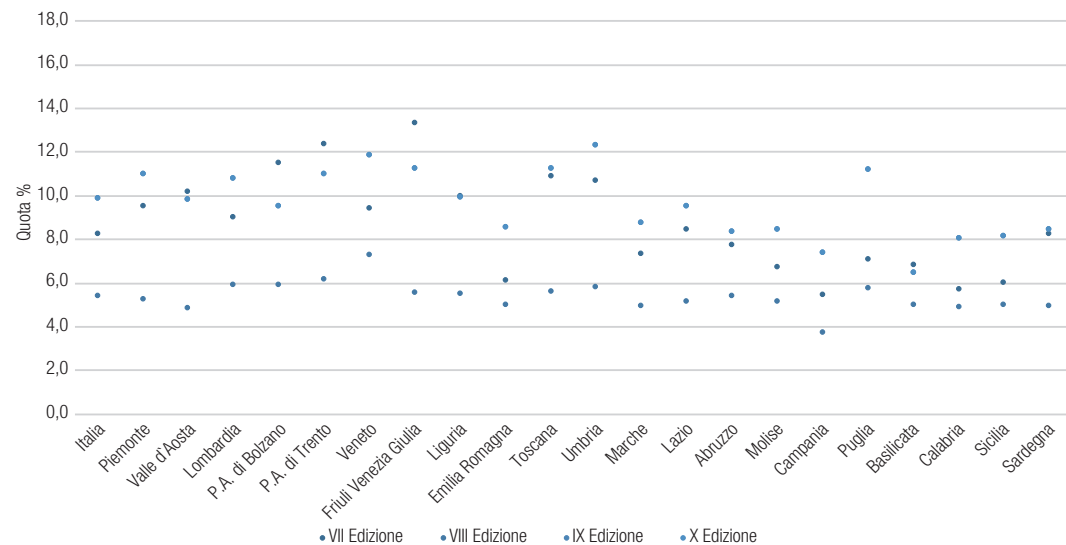
Figura 6
Aspettativa di vita in buona salute alla nascita
Dinamica VI-X edizione



Fonte: elaborazione su dati Progetto “Le Performance Regionali” (anni vari)

Dell'indicatore di Innovazione “Quota di interventi chirurgici eseguiti con tecniche mininvasive”, dobbiamo osservare che la dinamica, nel periodo VII-X ed., descrive un miglioramento del ricorso a tale approccio, in media, di 1,6 punti percentuali. Valle d'Aosta, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Friuli Venezia Giulia e Basilicata sono le uniche realtà che hanno registrato una riduzione (-0,4, -2,0, -1,3, -2,1, -0,1 e -0,4 p.p. rispettivamente), sebbene, ad esclusione dell'ultima, tutte abbiano continuato a registrare livelli di ricorso superiori alla media nazionale. In tutte le altre realtà, soprattutto del Centro e del Mezzogiorno, si è registrato un aumento che ha comportato una riduzione del *gap* rispetto alle altre ripartizioni geografiche.

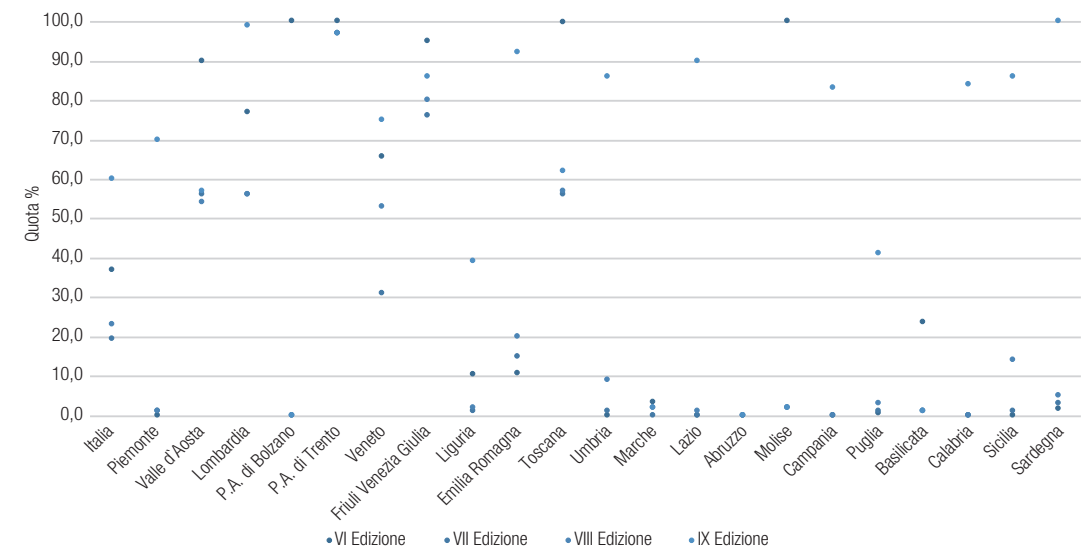
Figura 7
Quota interventi chirurgici eseguiti con tecniche mininvasive
Dinamica VII-X edizione



Fonte: elaborazione su dati Progetto “Le Performance Regionali” (anni vari)

L'indicatore di Innovazione “Quota di utenti che hanno attivato il FSE” (Figura 8), nel periodo dalla VI alla IX edizione, ha registrato un incremento di 23 punti percentuali a livello nazionale, raggiungendo nella IX edizione il 60%. A livello regionale si riscontra una importante variabilità, sia in termini di livelli, che di variazione. Nell'ultima edizione (X) l'indicatore è stato sostituito con uno può indicativo dell'effettiva implementazione del FSE, riguardante la quota di prestazioni inserite nel FSE rispetto a quelle effettivamente erogate, sebbene limitatamente alle prestazioni previste nel nucleo minimo indicato nelle linee guida ministeriali. Anche per quest'ultimo indicatore la variabilità di livello tra le Regioni è elevata: si passa dall'0,2% della Campania al 91,6% dell'Emilia Romagna (Italia pari a 27,1%).

Figura 8
Quota di utenti che hanno attivato il FSE
Dinamica VI-IX edizione



Fonte: elaborazione su dati Progetto “Le Performance Regionali” (anni vari)

Riepilogando, di tutti gli indicatori adottati nei primi dieci anni di progettualità, otto sono stati adottati per più di 5 anni (di cui i due di Innovazione per più di tre, essendo stata introdotta questa dimensione a partire dalla V edizione); di essi quattro non sono stati riconfermati (almeno) nelle ultime due edizioni. In particolare, i due della Dimensione Equità non sono stati riconfermati nelle ultime tre edizioni, perché sostituiti da uno, costruito ex novo, che sintetizza entrambi i fenomeni (Disagio economico per spese sanitarie); quello di Esiti “Mortalità evitabile” e quello di Appropriatazza “Quota di ricoveri ordinari in acuzie con DRG inappropriati”, non sono stati riconfermati e l’analisi della loro dinamica, soprattutto per il secondo, conferma che di fatto si è registrato un miglioramento.

Tale miglioramento è servito, soprattutto, a ridurre i *gap* tra le Regioni.

“L’aspettativa di vita in buona salute alla nascita” continua ad essere ritenuto un indicatore rappresentativo della misura degli Esiti, e peraltro ha registrato miglioramenti soprattutto nelle realtà del Mezzogiorno che hanno così “accorciato” le distanze rispetto alle altre ripartizioni geografiche.

L’indicatore di Innovazione relativo all’approccio chirurgico mininvasivo ha registrato un miglioramento in tutte le Regioni, ad eccezione di poche che, però, registrano livelli di ricorso alla tecnica superiori alla media nazionale.

Quello relativo invece al FSE, pur avendo registrato miglioramenti, mantiene nel tempo una significativa variabilità regionale.

Infine, l’indicatore relativo alla spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata, adottato in quasi tutte le edizioni, ha registrato una crescita nel periodo, seppure limitata, con dinamiche tali da ridurre il *gap* tra la Regione con spesa più elevata e quella con spesa più bassa (dal 65% al 33%).

Complessivamente, l’analisi condotta dimostra che negli anni gli indicatori monitorati hanno in generale descritto un *trend* in miglioramento, specialmente se letti dal punto di vista della riduzione dei *gap* fra Regioni. Miglioramenti che si accompagnano a due “zone d’ombra”: il permanere di una forte variabilità regionale in tema di sviluppo della digitalizzazione del sistema e, specialmente, un peggioramento dell’equità nelle Regioni del Mezzogiorno, che tende a esasperare le disparità fra Nord e Sud del Paese.

4. La valutazione della Performance nel 2025: il parere dell’Expert Panel

La X 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 prevedono una radicale riorganizzazione dell’assistenza extra-ospedaliera.

Il Piano è stato finanziato per contrastare gli effetti depressivi dell’emergenza sanitaria generata dal Covid-19, anche in termini economici e sociali.

Il *Recovery Fund* e la conseguente allocazione di risorse specifiche sulla Sanità e sulla inclusione Sociale, rappresentano un’occasione irripetibile per determinare un cambio di prospettiva nei servizi alla persona e conseguentemente sulla valutazione delle tutele.

Durante il *Panel meeting*, come accennato nella sezione metodologia del presente report, il *Panel* si è interrogato sulle tematiche, e relative metriche, che sarà opportuno introdurre nel futuro per poter adeguare la valutazione della Performance al nuovo contesto; nello specifico, ci si è chiesto quali siano le aspettative nei confronti delle Centrali Operative Territoriali, delle Case di Comunità etc., ma anche, più in generale, dalla digitalizzazione dei servizi.

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

Per quanto concerne le Case della Comunità, interpretate quale punto di riferimento per la gestione del percorso dei pazienti cronici, si potrebbe adottare quale indicatore di presa in carico, la quota di pazienti cronici (compresi oncologici) gestiti. La valorizzazione di tale indicatore richiede evidentemente la disponibilità di sistemi informativi finalizzati a rilevare il numero di cronici, nonché il loro “luogo” di presa in carico.

Per la funzionalità della Case di Comunità, intese anche come opportunità per favorire l’associazionismo (reti MMG, reti MMG-specialisti territoriali etc.), un indicatore potrebbe essere il numero di reti di medici e/o specialisti attive in rapporto al numero delle Case di Comunità. L’alimentazione di tale indicatore richiede evidentemente la disponibilità sia di una anagrafica delle Case di Comunità, sia delle reti di MMG/specialisti territoriali attive.

Inoltre, le Case di Comunità dovrebbero rappresentare il luogo dell’integrazione socio-sanitaria. Sarebbe, quindi, auspicabile superare la frammentazione degli ambiti nello stesso distretto socio-sanitario. Tale aspetto potrebbe essere misurato con un indicatore che misuri il numero di ambiti territoriali in rapporto al numero di distretti socio-sanitari. L’alimentazione di tale indicatore necessita nella disponibilità di una anagrafica, regionale e quindi nazionale, sui distretti socio-sanitari e sugli ambiti territoriali.

Il *Panel* ritiene, inoltre, che in futuro debba essere potenziata la formazione, non solo a livello universitario, delle figure che lavorano in 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. Evidentemente occorre un potenziamento della formazione specifica, nonché il riconoscimento di incentivi aziendali per chi recluta figure con profili professionali adeguati.

Altro aspetto strategico appare essere il potenziamento della gestione del paziente cronico sul territorio, e il monitoraggio dell’aderenza ai PDTA (ove disponibili), mediante l’introduzione esplicita di “veri” indicatori di “aderenza” nei PDTA. Un indicatore rappre-

sentativo del fenomeno potrebbe essere quello della quota di PDTA che dispongono di indicatori di aderenza al percorso.

Ancora, in tema di digitalizzazione, quasi tutti gli intervenuti hanno convenuto che il FSE debba includere documentazione sanitaria (prodotta da enti pubblici e privati) ma anche sociale, in un formato “interrogabile”: questo richiederebbe indicatori che introducano e rilevino anche questa dimensione.

Nell’ambito della digitalizzazione, sarebbe auspicabile potenziale l’uso della telemedicina al domicilio per incrementare il numero di pazienti che sono in continuo contatto con i servizi sanitari.

Ancora sarebbe auspicabile misurare in numero e la tipologia di pazienti che giungono in Case di Comunità, COT, PUA, le relative tempistiche di accesso etc..

La valutazione della *Performance* nei prossimi anni non potrà non considerare la quota di pazienti oncologici che vengono trattati con terapie personalizzate adesione agli *screening* che alle campagne vaccinali, nonché l’individuazione precoce dei disagi mentali soprattutto nei giovani, etc..

Infine, data la strategicità della risorsa personale, sarà auspicabile monitorare il numero di posti messi a concorso che non vengono assegnati, analizzando per quale specialità e/o aree si delinei una maggiore criticità: questo anche al fine di meglio indirizzare gli incentivi.

5. Risultati

5.1. La selezione degli indicatori di *Performance*

La valutazione delle opportunità di tutela socio-sanitaria nelle diverse Regioni è stata effettuata su un *set* di 18 indicatori, 3 per Dimensione, selezionati a distanza dal *Panel* di esperti in funzione della loro rilevanza e attendibilità.

Come anticipato, in questa annualità del progetto è stata introdotta una nuova Dimensione di valutazione: quella Sociale.

Ricordiamo, altresì, che alla determinazione degli indicatori selezionati si è giunti attraverso una *consensus* effettuata su un set iniziale di 39 indicatori, preselezionati dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità, in base a criteri di replicabilità, specificità, standardizzabilità, robustezza, oltre che di possibilità di analisi a livello regionale.

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

DIMENSIONE	INDICATORE
Appropriatezza	Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (100.000 abitanti)
	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 (1.000 abitanti adulti)
	Tasso di <i>screening</i> cervicale, mammografico e colonrettale (%)
Economico-Finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata (€)
	Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite (%)
	Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali (%)
Equità	Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie (%)
	Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati (%)
	Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione per patologie oncologiche (%)

Esiti	Aspettativa di vita in buona salute alla nascita (anni)
	Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti (%)
	Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero (%)
Innovazione	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (%)
	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base (%)
	Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate relativamente ai documenti del nucleo minimo (%)
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 (%)
	Quota di persone disabili e/o anziani e/o con disagio, che ricevono <i>voucher</i> , assegno di cura o buono socio-sanitario (%)

Dimensione Appropriatelyzza

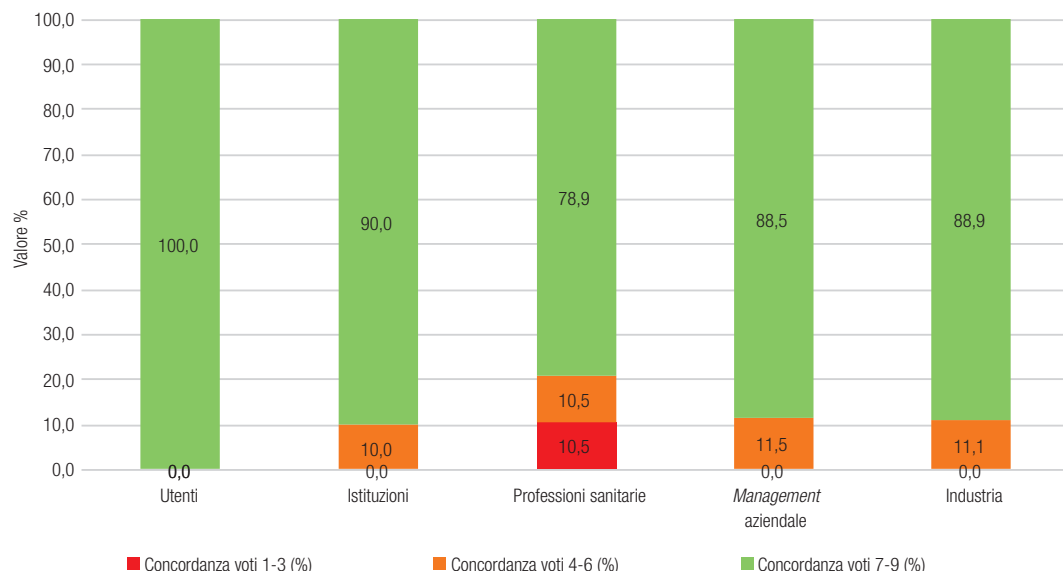
Per quanto concerne la Dimensione Appropriatelyzza, al primo *round* della *consensus* sono stati proposti otto indicatori: “Quota di interventi (carcinoma mammario, frattura del femore, angioplastica, by-pass aorto-coronarico, colecistectomia laparoscopica) effettuati in centri rispondenti ai requisiti previsti dal D.M. n.70/2015”, “Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell’adulto, malattie polmonari cronico-ostruttive, influenza nell’anziano)”, “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale”, “Quota ricoveri medici oltre soglia per *over 75*”, “Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni”, “Variazione 2020/2019 tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale”, “Variazione 2020/2019 tasso di interventi oncologici con priorità A” e “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”.

Il primo indicatore è legato ad una valutazione sull’appropriatezza clinico-organizzativa; il secondo è rappresentativo dell’appropriatezza del ricovero ed è utile a misurare la gestione extra-ospedaliera dei pazienti cronici; il terzo è rappresentativo del livello di adesione alle campagne di prevenzione; il quarto vorrebbe essere rappresentativo dell’appropriatezza extra-ospedaliera, in quanto implica la capacità di presa in carico degli anziani da parte dei servizi territoriali; il sesto è rappresentativo dell’appropriatezza clinica ed è anche un indicatore sensibile alla misura dell’impatto sulla salute della popolazione (ricordiamo che la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia); il sesto e il settimo sono rappresentativi della capacità di resilienza dei sistemi, nella misura in cui indicano la (non) variazione del numero di interventi chirurgici oncologici urgenti a causa della pandemia, nonché l’attività di prevenzione; l’ultimo è una misura indiretta della capacità di gestione del paziente da parte della guardia medica.

Per questa dimensione sono stati selezionati dal *Panel* gli indicatori: “Tasso di ospedalizzazione 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” e “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale”.

Al primo indicatore proposto, “Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche”, è stato attribuito un alto livello di accordo sulla rilevanza (e quindi sulla opportunità di inserimento), da oltre il 90% dei “votanti” (Figura 9).

Figura 9
Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche
Giudizio sulla rilevanza



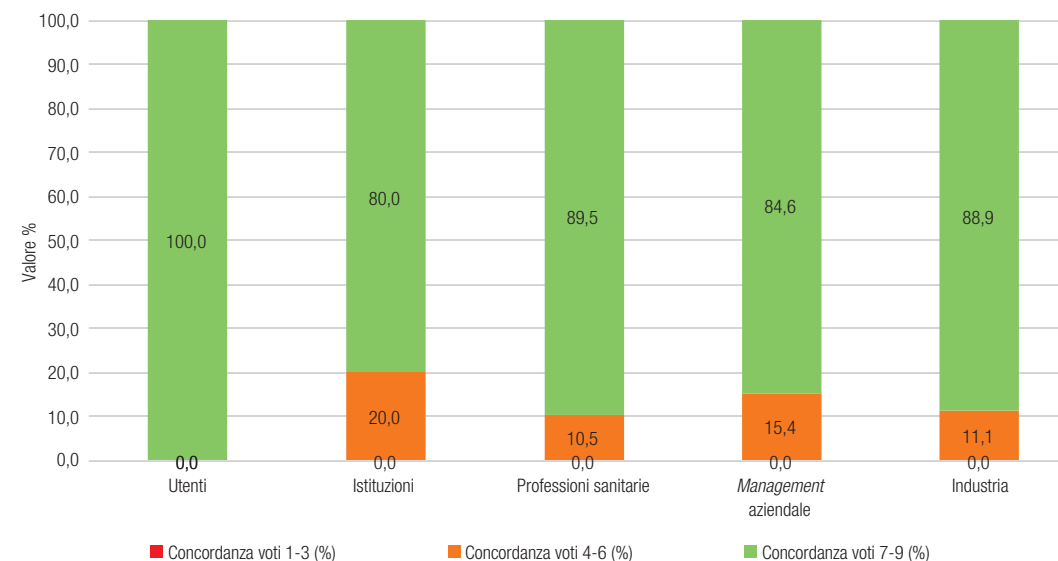
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 90% della categoria Istituzioni ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9 ed il 10% tra 4 e 6
- il 78,9% della categoria Professioni sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 ed il 10,5% tra 4 e 6 e 1 e 3
- l'88,5% della categoria Management Aziendale tra 7 e 9 e l'11,5% tra 4 e 6
- l'88,9% dei votanti dell'Industria medica, con l'11,1% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6.

Al secondo indicatore selezionato, “Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde”, è stato assegnato un punteggio fra 7 e 9 dall' 88,6% dei “votanti” (Figura 10).

Figura 10
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
Giudizio sulla rilevanza



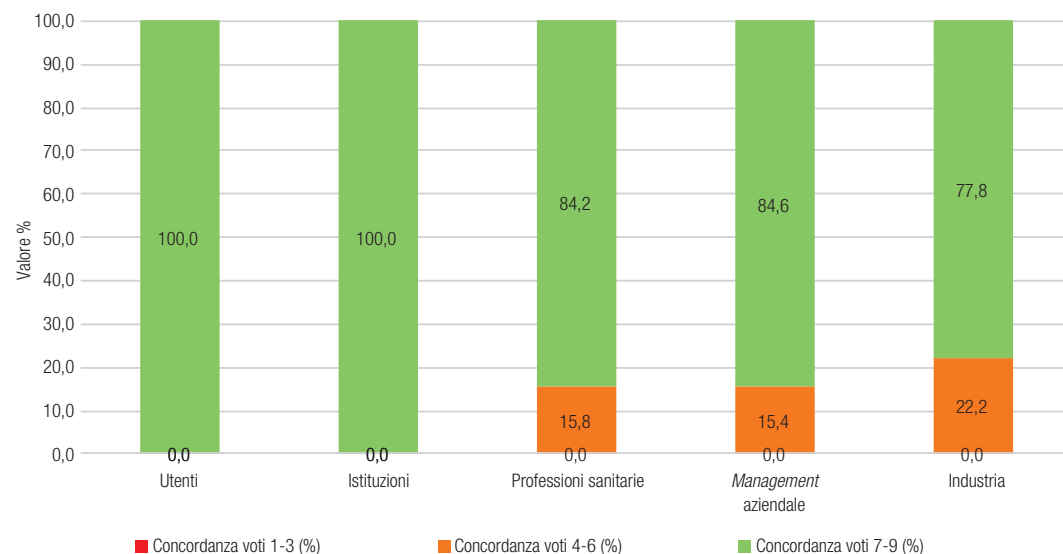
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- il 100,0% della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9
- l'80,0% della categoria Istituzioni ha attribuito un punteggio 7 e 9 ed il 20,0% tra 4 e 6
- l'89,5% della categoria Professioni sanitarie, con il 10,5% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6
- l'84,6% della categoria Management Aziendale ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 ed il 15,4% tra 4 e 6
- l'88,9% dei votanti dell'Industria medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 e l'11,1% tra 4 e 6.

Al terzo indicatore proposto, “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale”, è stato attribuito un punteggio fra 7 e 9, dal 89,3% dei “votanti” (Figura 11).

Figura 11
Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale
Giudizio sulla rilevanza



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- il 100,0% della categoria Utenti ha attribuito un punteggio tra 7 e 9
- il 100,0% della categoria Istituzioni, ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9
- l'84,2% dei votanti delle Professioni sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 ed il 15,8% tra 4 e 6
- l'84,6% del *Management* aziendale ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 ed il 15,4% tra 4 e 6
- il 77,8% della categoria Industria ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 ed il 22,2% tra 4 e 6.

Dimensione Economico-Finanziaria

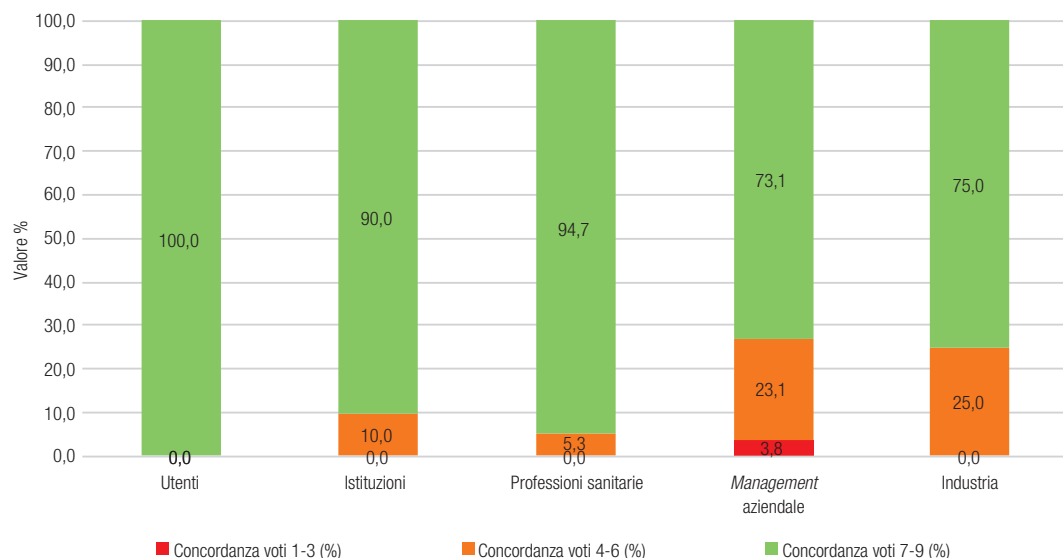
Per quanto concerne la Dimensione Economico-Finanziaria, sono stati proposti per la valutazione cinque indicatori: “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata”, “Disavanzo pro-capite”, “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali”, “Quota spesa sanitaria privata su quella totale”, e “Quota fra spesa sanitaria totale pro-capite e PIL pro-capite”.

Il primo indicatore considera l'onere per l'assistenza (sia pubblica che privata), standardizzato in quanto i bisogni delle popolazioni non sono omogenei (età etc.); il secondo indicatore sintetizza l'aspetto del rispetto dei *budget* pubblici ed è già “naturalmente” standardizzato per effetto dei meccanismi di riparto; il terzo riassume il rapporto fra disponibilità di risorse e consumi sanitari privati sostenuti dalle famiglie; il quarto è riferito all'onere per i servizi non coperti dalla tutela pubblica; infine l'ultimo affronta il rapporto fra disponibilità di risorse (PIL) e spesa sanitaria sostenuta.

Gli indicatori che sono stati selezionati per questa Dimensione sono: “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata”, “Quota fra spesa sanitaria totale pro-capite e PIL pro-capite” e “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali”.

Al primo indicatore proposto, “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata”, è stato attribuito un punteggio massimo (7-9) dal 86,6% dei “votanti” (Figura 12).

Figura 12
Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
Giudizio sulla rilevanza



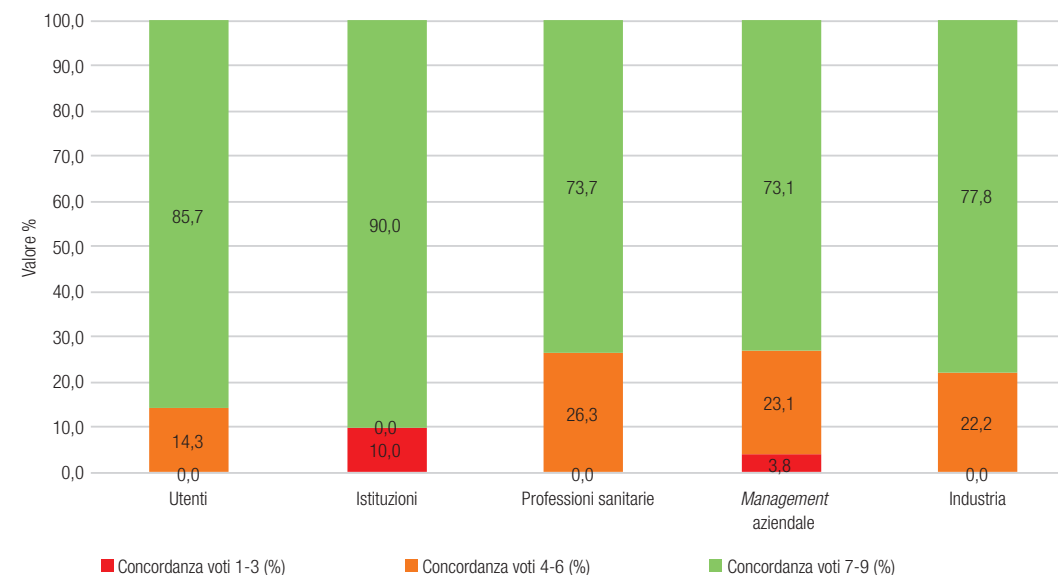
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- hanno attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9, il 100,0% della categoria Utenti
- il 90,0% dei votanti della categoria Istituzioni ha attribuito il valore tra 7 e 9 ed il 10,0% tra 4 e 6
- il 94,7% dei votanti delle Professioni sanitarie, con il 5,3 che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6
- il 73,1% della categoria *Management Aziendale* ha attribuito il valore tra 7 e 9, il 23,1% tra 4 e 6 ed il 3,8% tra 1 e 3
- il 75,0% della categoria Industria ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9 ed il 25,0% tra 4 e 6.

Al secondo indicatore, “Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite”, l'80,1% dei “votanti” ha assegnato un punteggio fra 7 e 9 (Figura 13).

Figura 13
Quota spesa sanitaria totale su PIL pro-capite
Giudizio sulla rilevanza



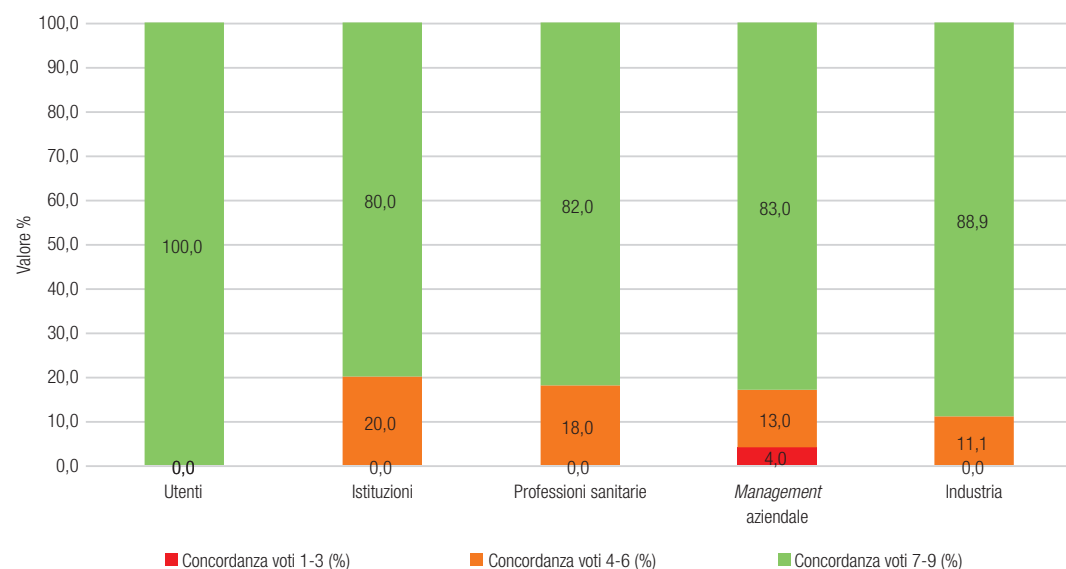
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- hanno attribuito un punteggio fra 7 e 9, l'85,7% della categoria Utenti ed il 14,3% tra 4 e 6
- il 90,0% dei votanti della categoria Istituzioni, con il 10,0% che ha attribuito un punteggio compreso tra 1 e 3
- il 73,7% dei votanti della categoria Professioni sanitarie con il 26,3% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6
- il 73,1% dei votanti della categoria *Management Aziendale*, con il 23,1% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6 ed il 3,8% tra 1 e 3
- il 77,8% dei votanti dell'Industria medica, con il 22,2% che ha attribuito un punteggio compreso tra 4 e 6.

Al terzo indicatore selezionato, “Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali”, è stato assegnato un punteggio fra 7 e 9 dall’86,8% dei “votanti” (Figura 14)

Figura 14
Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali
Giudizio sulla rilevanza



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- hanno attribuito un punteggio fra 7 e 9 il 100,0% della categoria Utenti
- l’80,0% della categoria Istituzioni, con un ulteriore 20,0% che ha attribuito un punteggio compreso tra 4 e 6
- l’82,0% della categoria Professioni sanitarie, con il 18,0% che ha dato un punteggio compreso tra 4 e 6
- l’83,0% della categoria *Management Aziendale*, con il 13,0% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6 ed il 4,0% tra 1 e 3
- l’88,9% dei votanti dell’Industria medica hanno attribuito un punteggio tra 7 e 9 e l’11,1% tra 4 e 6.

Dimensione Equità

Per la Dimensione Equità sono stati sottoposti alla valutazione i seguenti cinque indicatori: “Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie”, “Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati”, “Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione per patologie oncologiche”, “Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione”, “Quota di prestazioni ambulatoriali della classe di priorità D”.

I primi due indicatori sono stati proposti in quanto rappresentano una misura del disagio economico associato alle spese sanitarie; gli altri tre perché rappresentano una misura dell’equità di accesso alle cure nella Regione di residenza.

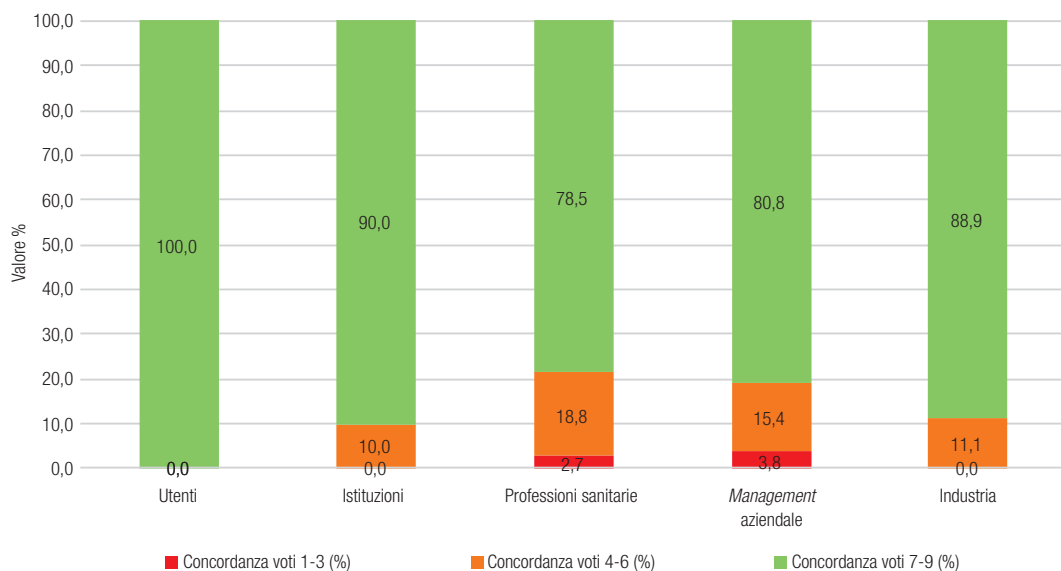
Per la Dimensione Equità, sono stati selezionati gli indicatori: “Quota di persone che rinuncia a curarsi”, “Quota di popolazione che sperimenta un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati” e “Quota di cittadini con patologie oncologiche che si curano fuori Regione di residenza”.

Il primo indicatore (“Quota di persone che rinuncia a curarsi”) si relaziona al principio di accesso universale alle cure; anche il secondo (“Quota di popolazione che sperimenta un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati”) che affronta l’aspetto dell’impatto economico dei consumi sanitari sui bilanci delle famiglie; infine, per quanto concerne il terzo indicatore (“Quota di cittadini con patologie oncologiche che si curano fuori Regione di residenza”), che è stato elaborato al netto della mobilità verso le Regioni adiacenti, esso rappresenta una *proxy* dei limiti all’accesso derivanti da una eventuale inadeguatezza dell’offerta nella propria Regione di residenza.

Per tutti e tre gli indicatori, oltre il 75% dei “votanti” appartenenti ad ogni categoria di *Stakeholder*, ha espresso un accordo sulla loro importanza/rilevanza, ai fini dell’inserimento nella misura di *Performance*, compreso tra 7 e 9.

Nello specifico, l'87,6% dei partecipanti al *Panel* ha ritenuto opportuno l'inserimento nella misura dell'indicatore “Quota di persone che rinuncia a curarsi” (Figura 15).

Figura 15
Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie
Giudizio sulla rilevanza



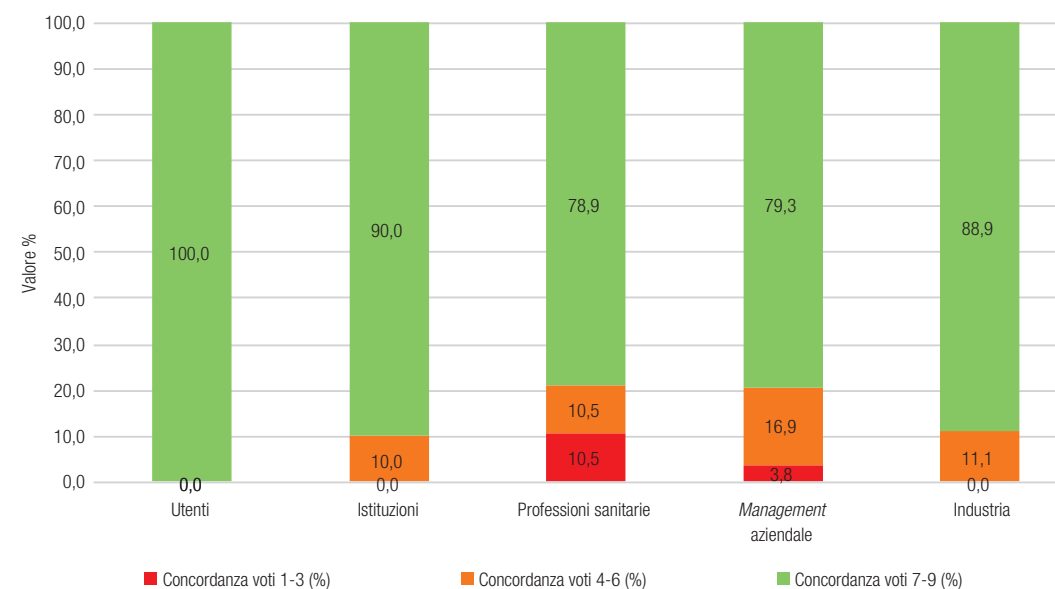
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

Nello specifico:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un alto grado di accordo sulla rilevanza, con un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 90,0% della categoria Istituzioni, con il 10,0% che ha assegnato un punteggio tra 4 e 6
- il 78,5% dei votanti delle Professioni sanitarie, con il 18% che ha assegnato un punteggio tra 4 e 6 e il restante 2,7% tra 1 e 3
- l'80,8% del *Management* aziendale con il 15,4% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6 e il 3,8% tra 1 e 3
- l'88,9% dell'Industria medica, con l'11,1% che ha assegnato un punteggio tra 4 e 6.

Per quanto concerne il secondo indicatore selezionato, “Quota di popolazione che sperimenta un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati”, è stato espresso un grado di accordo sulla rilevanza tra 7 e 9 dall' 90,2% dei votanti (Figura 16).

Figura 16
Quota di popolazione che sperimenta un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati
Giudizio sulla rilevanza



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In tutte le categorie di *stakeholder* si è registrato un alto grado di accordo sulla rilevanza, con punteggi medi compresi tra 7 e 9: il consenso è stato almeno pari all'80,0%, superando ampiamente la soglia prefissata del 75%.

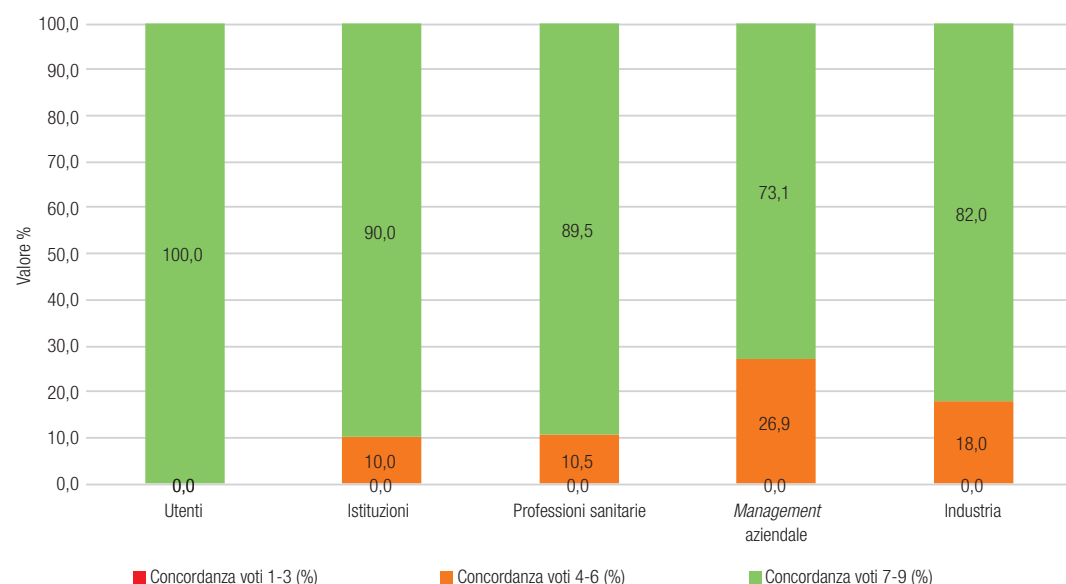
Nello specifico, hanno dato un punteggio fra 7-9:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti
- il 90,0% dei votanti delle Istituzioni, con un ulteriore 10,0% che ha assegnato un punteggio tra 4 e 6
- il 78,9% dei votanti delle Professioni sanitarie, con il 10,5% che ha assegnato un punteggio tra 4 e 6 e tra 1 e 3
- il 79,3% del *Management* aziendale, con il 16,9% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6 e il 3,8% tra 1 e 3
- l'88,9% dei votanti dell'Industria medica, con l'11,1% che ha assegnato un punteggio tra 4 e 6.

Al terzo indicatore selezionato “Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione per patologie oncologiche”, è stato assegnato un punteggio 7-9 dall’86,9% dei “votanti” (Figura 17).

Parte degli appartenenti alle Categorie Istituzioni, Professioni Sanitarie, *Management* Aziendale e Industria medica ha attribuito un punteggio compreso tra 4 e 6 (rilevanza importante).

Figura 17
Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione per patologie oncologiche
Giudizio sulla rilevanza



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

Nello specifico:

- il 100,0% dei votanti della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 90,0% dei votanti della categoria Istituzioni ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9 e il 10,0% tra 4 e 6
- l’89,5% dei votanti delle Professioni sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 9, il 10,5% tra 4 e 6
- il 73,1% del *Management* aziendale ha attribuito un punteggio fra 7 e 9 ed il 26,9% tra 4 e 6
- l’82,0% dei votanti dell’Industria medica ha attribuito un punteggio fra 7 e 9 ed il 18,0% tra 4 e 6.

Dimensione Esiti

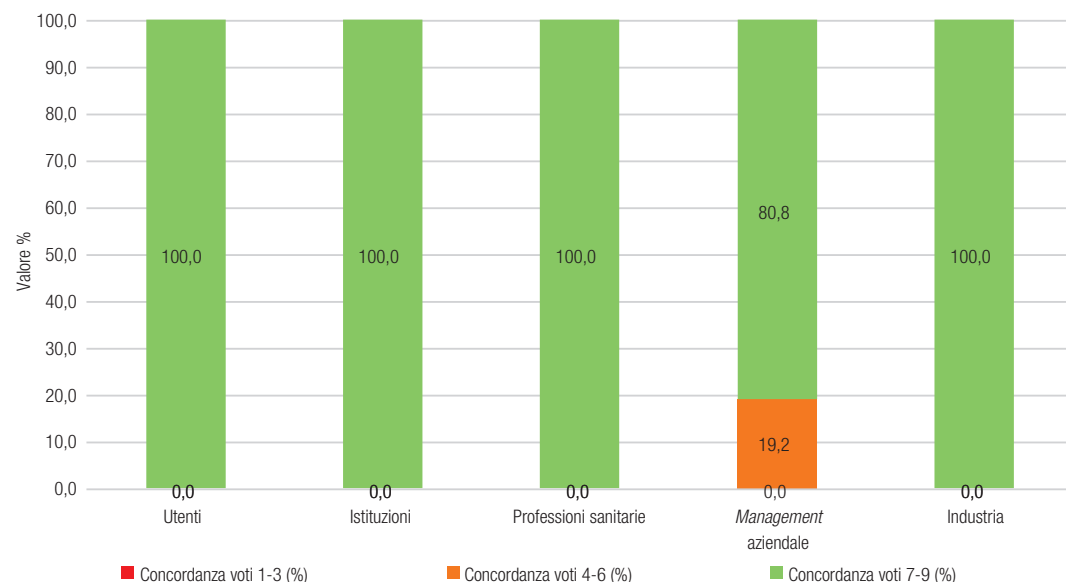
Per la Dimensione Esiti (di salute) sono stati sottoposti alla valutazione i seguenti undici indicatori: “Aspettativa di vita”, “Aspettativa di vita in buona salute”, “Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite”, “Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero”, “Numero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

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

Gli indicatori selezionati dal *Panel* sono: “Aspettativa di vita in buona salute alla nascita”, “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti” e “Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero”: per tutti, oltre l’80% dei “votanti” di ogni Categoria di *stakeholder* ha espresso un livello alto di accordo sulla rilevanza (attribuendo un punteggio compreso tra 7 e 9) e, quindi, sulla opportunità di inserimento nella misura di *Performance*.

Al primo indicatore proposto, “Aspettativa di vita in buona salute alla nascita”, è stato attribuito un punteggio 7-9 dal 96,2% dei “votanti” (Figura 18).

Figura 18
Aspettativa di vita in buona salute alla nascita
Giudizio sulla rilevanza



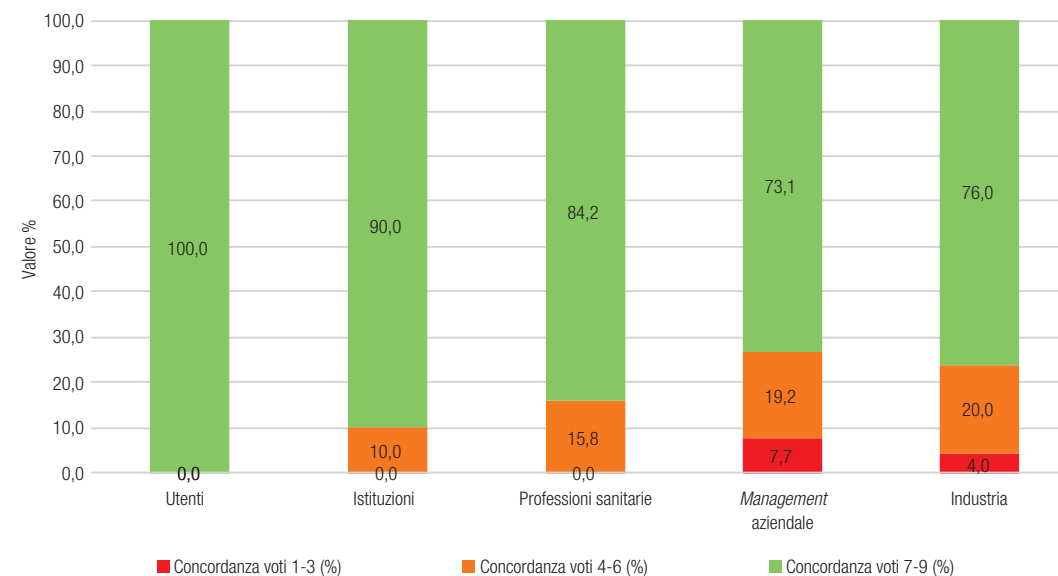
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- il 100% della categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 100,0% della categoria Istituzioni
- il 100,0% della categoria Professioni Sanitarie ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9
- l'80,8% della categoria *Management Aziendale* ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 ed il 19,2% tra 4 e 6
- il 100,0% dei votanti dell'Industria medica.

Al secondo indicatore, “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti”, è stato attribuito un punteggio fra 7 e 9 dall'84,7% dei “votanti” (Figura 19).

Figura 19
Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti
Giudizio sulla rilevanza



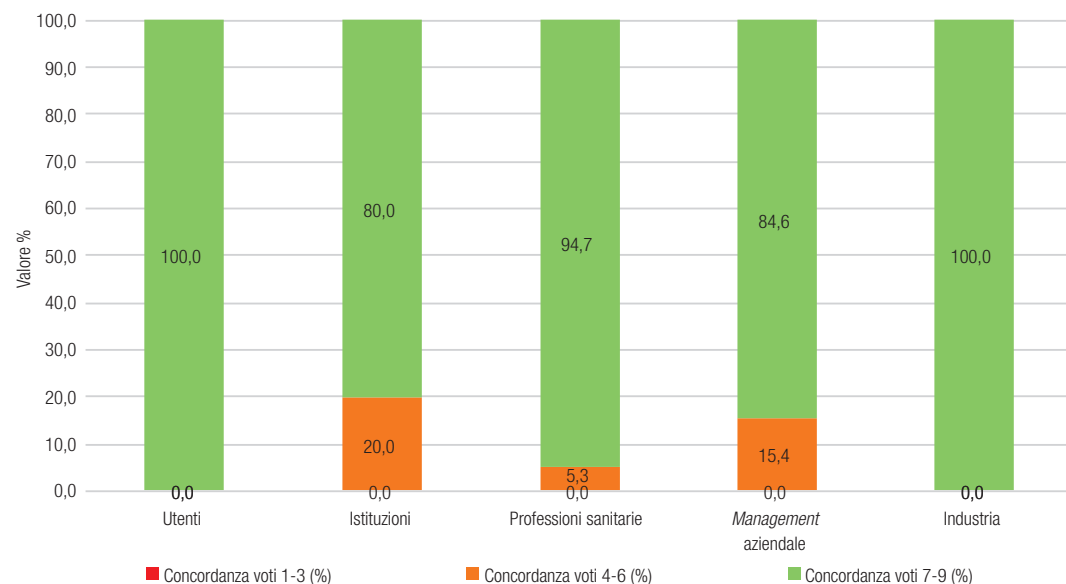
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- il 100,0% della categoria Utenti ha attribuito un punteggio tra 7 e 9
- il 90,0% della categoria Istituzioni ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 ed il 10,0% tra 4 e 6
- l'84,2% dei votanti delle Professioni sanitarie, con il 15,8% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6
- il 73,1% del *Management aziendale*, con il 19,2% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6 ed il 7,7% tra 1 e 3
- il 76,0% della categoria Industria medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 9, il 20,0% tra 4 e 6 ed il 4,0% tra 1 e 3.

Al terzo indicatore selezionato, “Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero”, il punteggio assegnato è stato fra 7 e 9 per il 91,9% dei “votanti” (Figura 20).

Figura 20
Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero
Giudizio sulla rilevanza



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- il 100,0% della categoria Utenti ha attribuito un punteggio tra 7 e 9
- l'80,0% della categoria Istituzioni ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 e il 20,0% tra 4 e 6
- il 94,7% dei votanti delle Professioni sanitarie con un punteggio tra 7 e 9 e il 5,3% assegna un punteggio tra 4 e 6
- l'84,6% del *Management* aziendale ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 e il 15,4 tra 4 e 6
- il 100,0% dei votanti dell'Industria medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 9.

Dimensione Innovazione

Per la Dimensione Innovazione, nel primo *round* di selezione, sono stati proposti sei indicatori: “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopiche e/o robotiche)”, “Quota DDD per farmaci innovativi”, “Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)”, “Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio”, “Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate relativamente ai documenti del nucleo minimo” e “Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base”.

Il primo è una misura dell'innovazione tecnologica; il secondo sintetizza l'innovazione tecnologica limitatamente all'ambito farmaceutico; il terzo misura il livello potenziale di informatizzazione nelle diverse Aziende Sanitarie; il quarto è potenzialmente indicativo di innovazione in ambito organizzativo (requisiti assistenziali elevati e presa in carico extra ospedaliera dei pazienti dimessi, rispettivamente); il quinto il livello effettivo di informatizzazione in termini di esaustività di inserimento nel FSE di documenti previsti nel nucleo minimo definito dalle linee guida ministeriali, rispetto alle prestazioni effettivamente effettuate; il sesto rappresenta il livello di ricorso all'assistenza domiciliare nella gestione del paziente.

I tre indicatori selezionati per questa Dimensione sono stati: “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopiche e/o robotiche)”, “Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base” e “Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate relativamente ai documenti del nucleo minimo”.

Il primo indicatore scelto, “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopiche e/o robotiche)”, ha ricevuto un punteggio fra 7 e 9 dall’88,2% dei “votanti” (Figura 21).

Figura 21
Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
(laparoscopiche e/o robotiche)
Giudizio sulla rilevanza



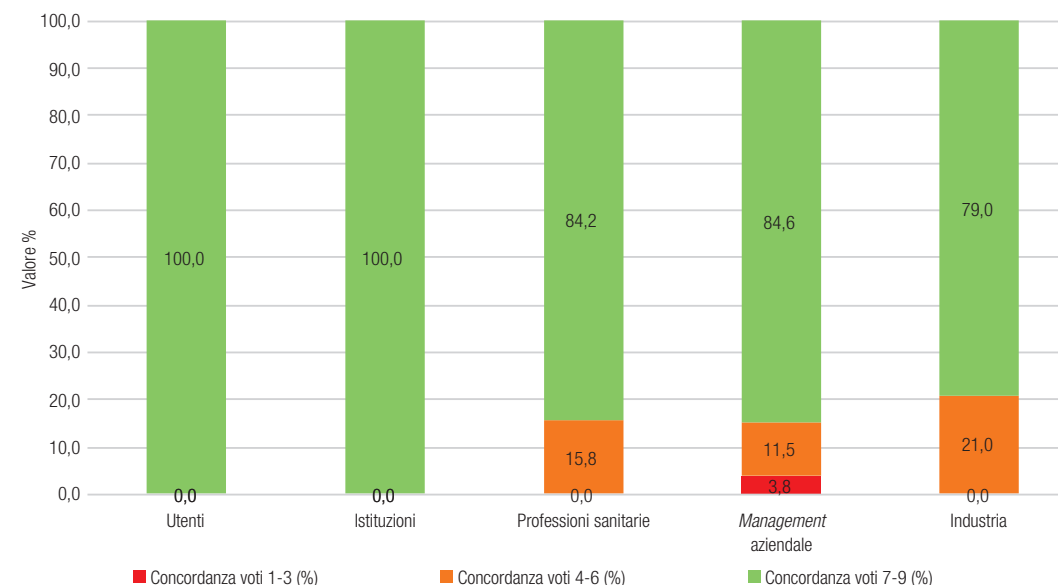
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- l’85,7% della categoria Utenti ha assegnato un punteggio compreso tra 7 e 9 ed il 14,3% tra 4 e 6
- il 100,0% dei votanti della categoria Istituzioni ha assegnato un punteggio compreso tra 7 e 9
- l’89,5% dei votanti della categoria Professioni sanitarie, con il 5,3% che ha assegnato un punteggio tra 4 e 6 e tra 1 e 3
- il 76,9% dei votanti della categoria *Management Aziendale*, con il 23,1% che assegna un punteggio tra 4 e 6
- l’88,9% dei votanti dell’Industria medica con l’11,1% che assegna un punteggio tra 4 e 6.

Al secondo indicatore, “Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base”, è stato accordato un livello di accordo sulla rilevanza massimo (tra 7 e 9) dall’89,6% dei “votanti” (Figura 22).

Figura 22
Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale
(CIA) base
Giudizio sulla rilevanza



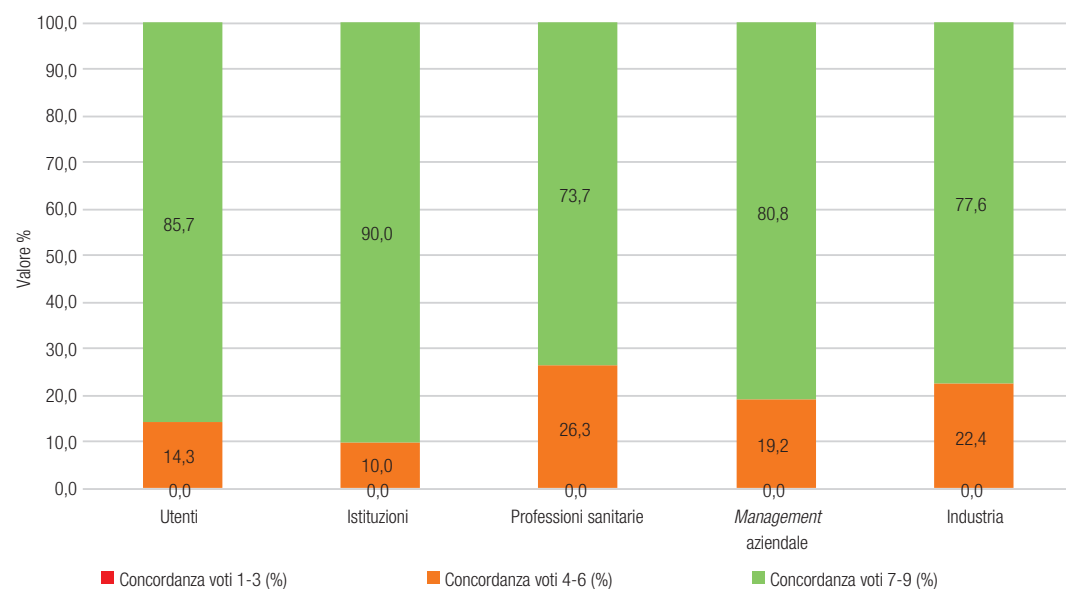
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- il 100,0% della categoria Utenti ha assegnato un punteggio tra 7 e 9
- il 100,0% della categoria Istituzioni ha assegnato un punteggio tra 7 e 9
- l’84,2% dei votanti della categoria Professioni sanitarie, con il 15,8% che ha attribuito un punteggio compreso tra 4 e 6
- l’84,6% dei votanti della categoria *Management Aziendale* ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9, l’11,5% tra 4 e 6, e il restante 3,8% poco importante (punteggio tra 1 e 3)
- il 79,0% dei votanti dell’Industria medica ha ritenuto l’indicatore molto importante (punteggio tra 7 e 9) ed il 21,0% importante (punteggio tra 4 e 6).

Al terzo indicatore, “Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate relativamente ai documenti del nucleo minimo”, è stato assegnato un punteggio tra 7 e 9 dal 91,6% dei “votanti” (Figura 23).

Figura 23
Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate
relativamente ai documenti del nucleo minimo
Giudizio sulla rilevanza



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- l'85,7% dei votanti della categoria Utenti hanno attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9 ed il 14,3% tra 4 e 6
- il 90,0% dei votanti della categoria Istituzioni hanno attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9 ed il 10,0% tra 4 e 6
- il 73,7% dei votanti delle Professioni sanitarie hanno attribuito un punteggio tra 7 e 9, con il 26,3% tra 4 e 6
- l'80,8% del Management aziendale, con il 19,2% che ha attribuito un livello di accordo medio (punteggio tra 4 e 6).

Dimensione Sociale

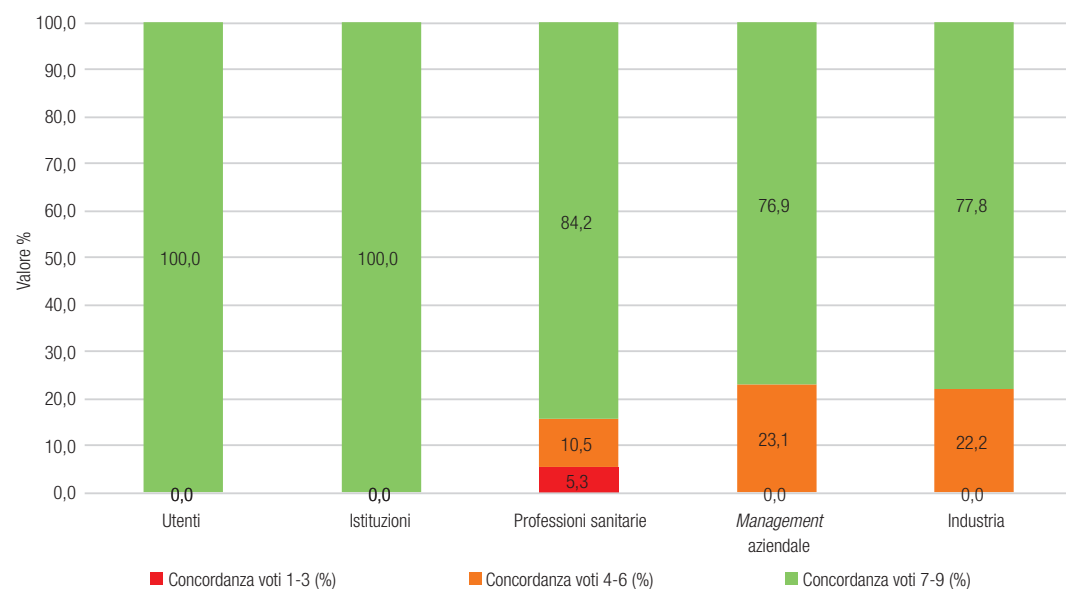
Per la Dimensione Sociale, sono stati proposti per la selezione quattro gli indicatori: “Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale”; “Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata 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 utenti con disagio mentale ai quali è stato favorito inserimento lavorativo”.

Il primo rappresenta il “livello”, in termini di utenti, di integrazione sociale garantito dagli Enti Locali per i soggetti deboli o a rischio; il secondo rappresenta il livello di assistenza domiciliare erogato dai Comuni; il terzo esprime l'entità di erogazione di sostegni economici verso disabili e/o anziani; infine, il quarto indicatore rappresenta una misura del livello di inserimento lavorativo favorito dagli enti locali per i soggetti affetti da disagio mentale.

Per questa dimensione sono stati selezionati “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”.

All'indicatore “Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale”, è stato assegnato un grado di accordo massimo sulla rilevanza (punteggio tra 7 e 9) dall' 87,8% dei “votanti” (Figura 24).

Figura 24
Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l'integrazione sociale
Giudizio sulla rilevanza



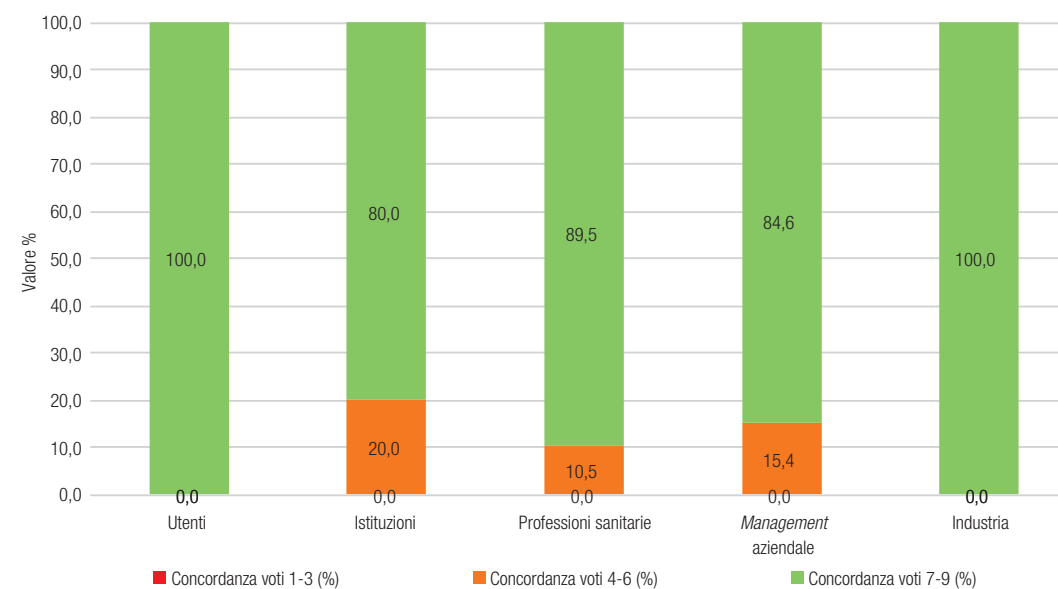
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- hanno attribuito un punteggio fra 7 e 9 il 100,0% della categoria Utenti
- il 100,0% della categoria Istituzioni, ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9
- l'84,2% della categoria Professioni sanitarie, con il 10,5% che ha dato un punteggio compreso tra 4 e 6 ed il 5,3% tra 1 e 3
 - il 76,9% della categoria Management Aziendale, con il 23,1% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6
 - il 77,8% dei votanti dell'Industria medica hanno attribuito un punteggio tra 7 e 9 ed il 22,2% tra 4 e 6.

Al secondo indicatore, Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari è stato attribuito un punteggio tra 7 e 9 dal 90,8% dei votanti (Figura 25).

Figura 25
Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
Giudizio sulla rilevanza



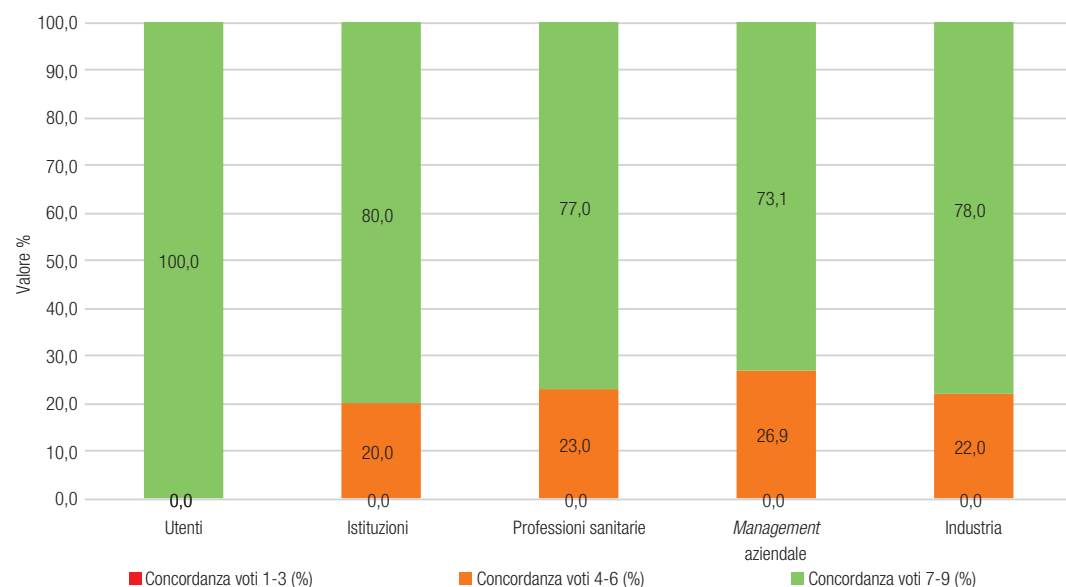
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- hanno attribuito un punteggio fra 7 e 9 il 100,0% della categoria Utenti
- l'80,0% della categoria Istituzioni, ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9 ed il 20,0% tra 4 e 6
- l'89,5% della categoria Professioni sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 e con il 10,5% che ha dato un punteggio compreso tra 4 e 6
- l'84,6% della categoria Management Aziendale, con il 15,4% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6
- il 100,0% dei votanti dell'Industria medica ha attribuito un punteggio tra 7 e 9.

Al terzo indicatore, “Quota di persone disabili e/o anziani, con disagio, che ricevono voucher, assegno di cura o buono socio-sanitario” è stato attribuito un punteggio tra 7 e 9 dall’81,6% dei votanti (Figura 26).

Figura 26
Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
Giudizio sulla rilevanza



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- il 100,0% della categoria Utenti ha assegnato un punteggio tra 7 e 9
- l’80,0% della categoria Istituzioni ha assegnato un punteggio tra 7 e 9 ed il 20,0% tra 4 e 6
- il 77,0% dei votanti della categoria Professioni sanitarie, con il 23,0% che ha attribuito un punteggio compreso tra 4 e 6
- il 73,1% dei votanti della categoria Management Aziendale ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9 ed il 26,9% tra 4 e 6
- il 78,0% dei votanti dell’Industria medica ha ritenuto l’indicatore molto importante (punteggio tra 7 e 9) ed il 22,0% di media importanza (punteggio tra 4 e 6).

5.2. Le funzioni di valore degli indicatori

Come descritto nella sezione metodologica, sulla base dell’elicitazione delle preferenze dei partecipanti al *Panel*, sono state stimate le funzioni “valore” degli indicatori: in altri termini si assume che non necessariamente il “valore” (Utilità) espressa dagli indicatori sia proporzionale a valore numerico delle loro determinazioni: per esemplificare, si ritiene che (non necessariamente) ad un raddoppio o un dimezzamento del valore assunto da un indicatore, corrisponda un raddoppio o dimezzamento del suo contributo alla *Performance*.

La funzione di “valore”, per ogni indicatore selezionato, è stata desunta a partire dalle valutazioni espresse da ogni componente del *Panel*, che 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: in particolare queste sono state scelte in corrispondenza del valore dell’indicatore “migliore” e “peggiore” (nazionale) e in 6 punti equidistanziati intermedi. In questa annualità è stata introdotta, per la prima volta, la possibilità di costruire funzioni di valore anche con andamenti non crescenti.

Il processo di attribuzione 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.

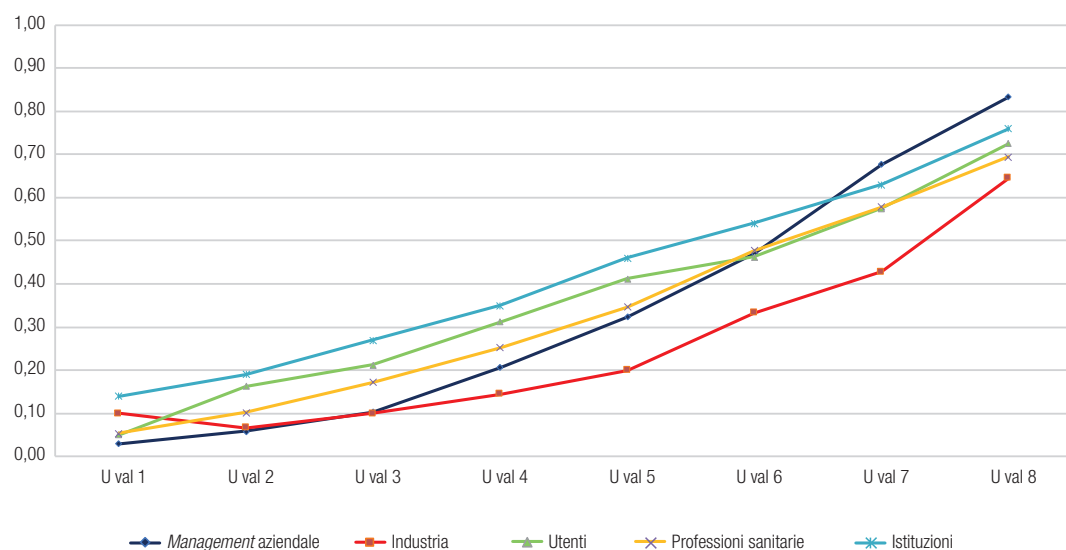
Dimensione Approprietezza

La funzione “valore” dell’indicatore “Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche” registra un andamento lineare per quasi tutte le Categorie ad esclusione dell’Industria e del *Management* aziendale, per le quali si evidenzia l’attribuzione di una utilità marginale crescente nella seconda metà della distribuzione.

Tutte le Categorie, escluse Industria ed 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 70% di quella massima per tutte le Categorie, ad eccezione del *Management* aziendale, che gli attribuisce un livello pari all’83%.

Figura 27
Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche
Funzione di “valore” per Categoria



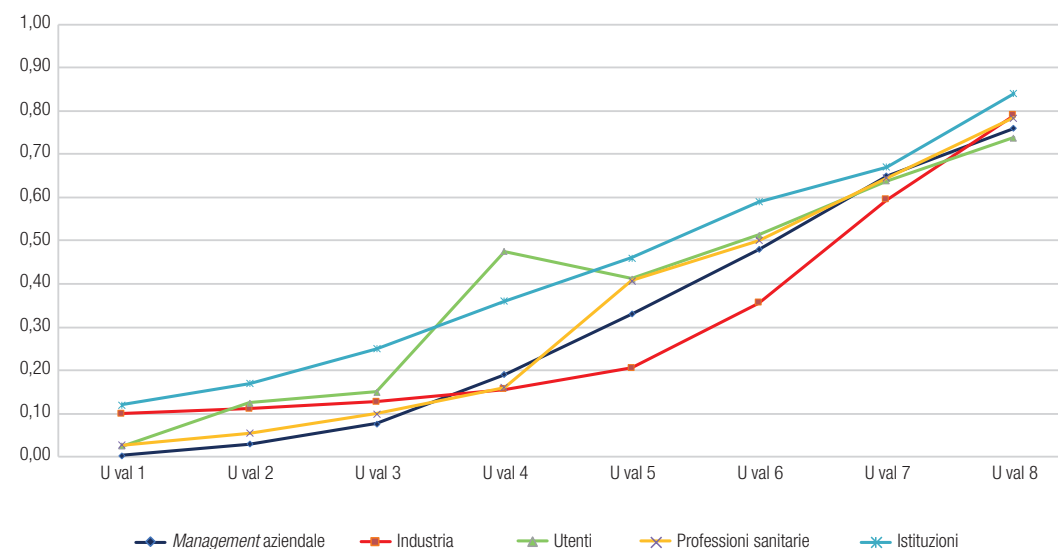
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

La funzione “valore” per il “Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde” ha un andamento lineare per tutte le Categorie ad eccezione dell’Industria, per la quale si riscontra un contributo alla *Performance* che cresce in modo più che proporzionale ai valori nella seconda metà della distribuzione: il contributo è considerato quasi nullo per valori della prima metà della distribuzione.

Le Professioni sanitarie e il *Management* aziendale “penalizzano” invece situazioni con alti livelli di ricorso al Pronto soccorso, associando a questi un livello di contributo alla *Performance* quasi nullo.

Il contributo alla *Performance* in corrispondenza del tasso di accesso più basso sono pari a circa l’80% di quella ottimale.

Figura 28
Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde
Funzione di “valore” per Categoria

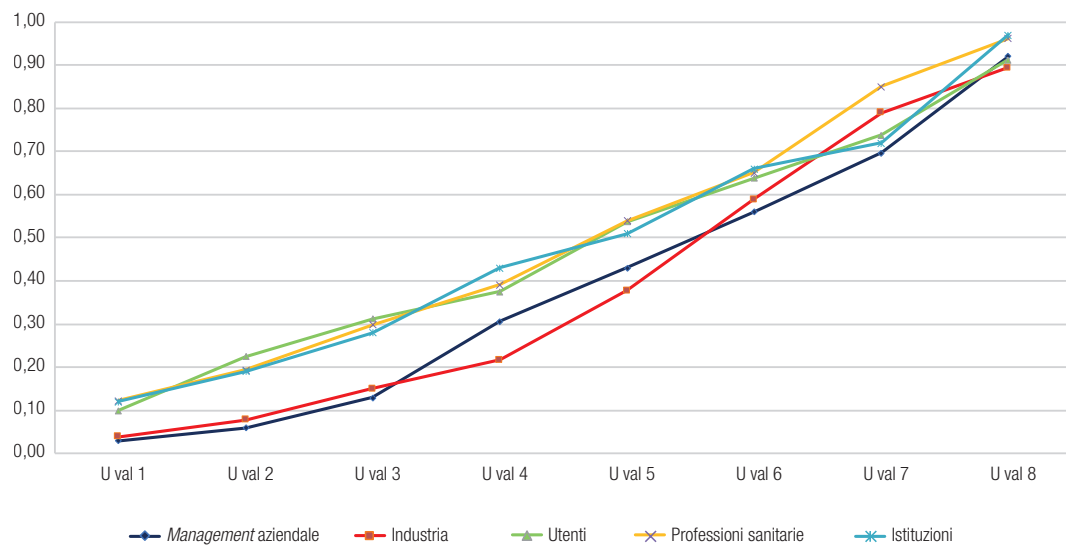


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Per l'indicatore “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale”, per tutte le Categorie la funzione ha un andamento lineare (ai miglioramenti dei tassi di adesione agli *screening* sono associati miglioramenti proporzionali di *Performance*; *Industria* e *Management* aziendale tendono a “penalizzare” le situazioni con livelli di adesione agli *screening* prossimi a quelli più bassi nazionali.

Per questo indicatore si registra, per tutte le Categorie, una “piena soddisfazione” per i valori che raggiungono i livelli migliori nazionali, con contributi superiori al 90% della *Performance* massima.

Figura 29
Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale
Funzione di “valore” per Categoria

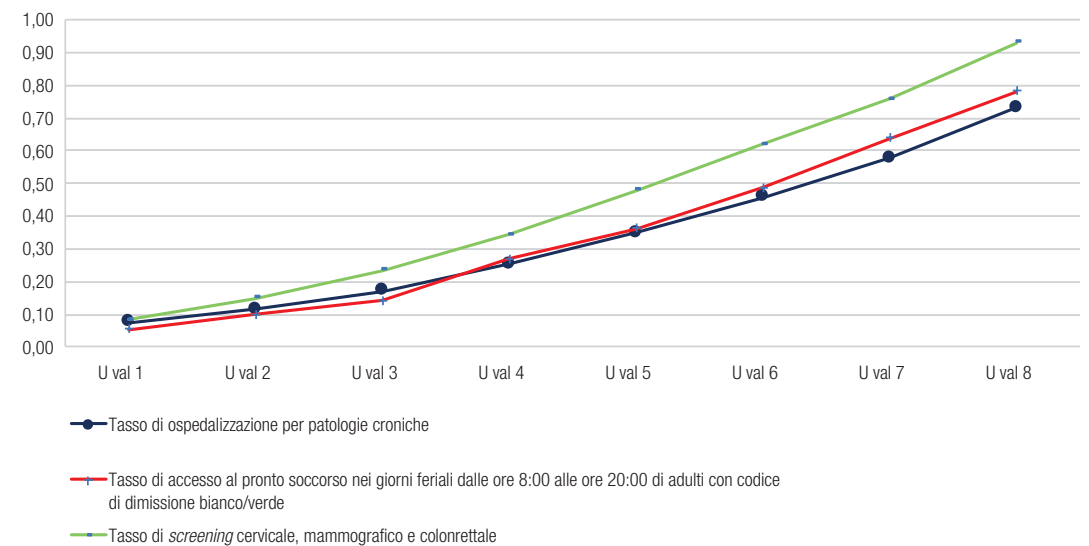


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Le funzioni di Utilità degli indicatori di Appropriatelyzza descrivono contributo alla *Performance* che in generale si dimostrano più che proporzionali al miglioramento dei valori degli indicatori, nella seconda metà delle distribuzioni, ovvero avvicinandosi ai livelli migliori.

I primi due indicatori raggiungono livelli di contributo massimo alla *Performance* non “pienamente soddisfacenti”, mentre il terzo è praticamente ottimale in corrispondenza dei valori massimi nazionali.

Figura 30
Dimensione appropriatezza
Funzione di “valore” per indicatore



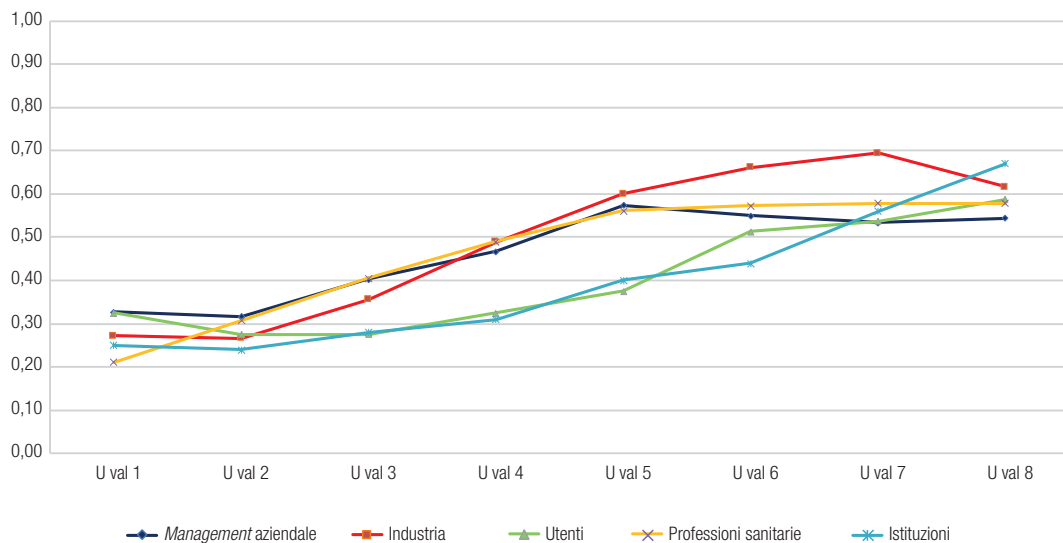
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Economico-Finanziaria

Nella Dimensione Economico-Finanziaria, la funzione di “valore” relativa all’indicatore “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata”, per la categoria delle Istituzioni, presenta un andamento che descrive una Utilità marginale decrescente nella prima metà della distribuzione, mentre per Industria e Professioni sanitarie si riscontra un andamento sigmosoidale.

Per tutte le Categorie riduzioni dei livelli di spesa sotto i valori presenti nella seconda metà della distribuzione non comportano miglioramenti in termini di *Performance*, che comunque arriva ad generare un contributo alla *Performance* che non supera il 65% di quella massima. Simmetricamente, in corrispondenza dei livelli maggiori di spesa (come riscontrati a livello nazionale), si associa un livello di *Performance* è intorno al 30% di quella massima possibile.

Figura 31
Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
Funzione di “valore” per Categoria

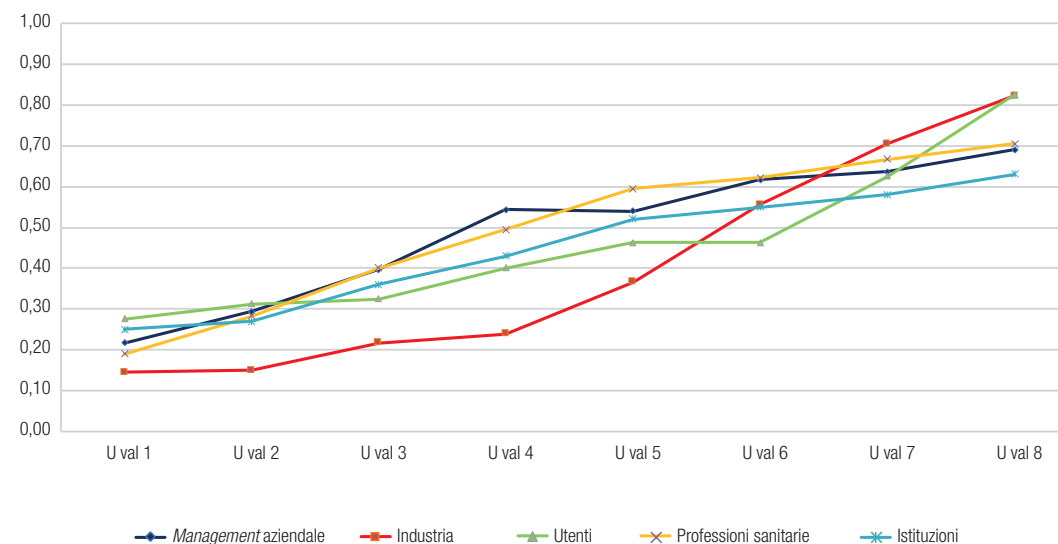


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla precedente edizione si riscontra una maggiore “penalizzazione” del contributo alla *Performance* in corrispondenza dei livelli inferiori di spesa sanitaria totale.

Per l’indicatore “Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite”, la funzione di “valore” presenta, per tutte le Categorie ad esclusione dell’Industria, nella seconda metà della distribuzione un andamento che descrive una Utilità marginale decrescente; per l’Industria invece, tale andamento si riscontra nella prima metà della distribuzione. Ad eccezione di Industria e Utenti che associano alle quote più alte di PIL assorbito un livello di contributo alla *Performance* prossimo all’80% di quella massima, in tutte le altre quest’ultimo risulta essere inferiore al 70%.

Figura 32
Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite
Funzione di “valore” per Categoria

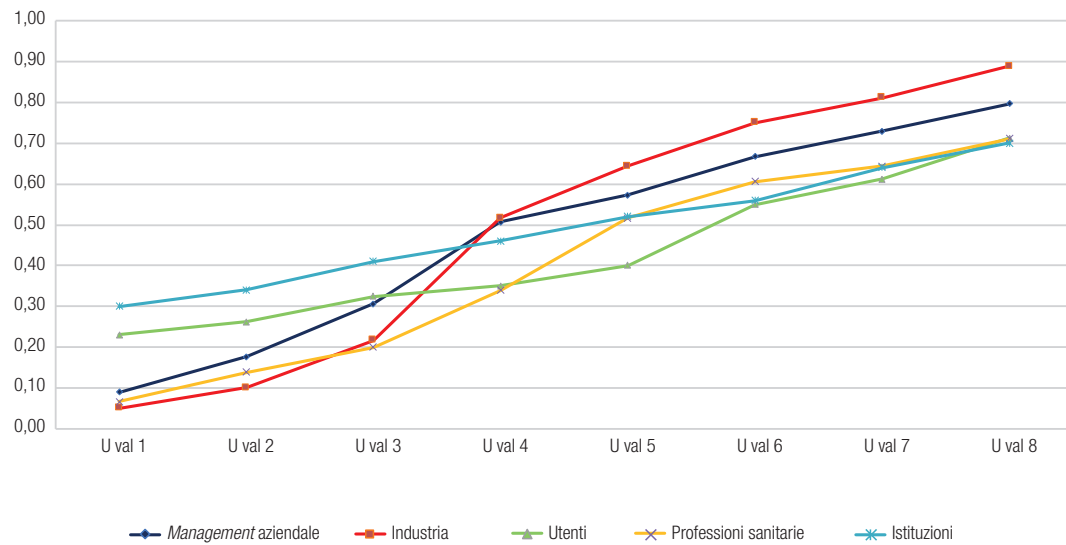


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto all’andamento riscontrato nella precedente edizione si osserva una minore “soddisfazione” degli *stakeholders* delle differenti Categorie, in particolare per quelli appartenenti alle Istituzioni, in corrispondenza di valori dell’indicatori che segnalano quote di PIL assorbite più elevate.

Il terzo indicatore della Dimensione Economico-Finanziaria, ovvero l’“Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali” presenta, andamenti sigmosoidali, che descrivono miglioramenti del contributo alla *Performance* nel primo e ultimo terzo della distribuzione dell’indicatore meno che proporzionali al miglioramento dei valori; fanno eccezione Utenti ed Istituzioni, che attribuiscono alla funzione un andamento lineare. L’Industria associa all’indicatore un livello maggiore di contributo alla *Performance*, pari al 90% del massimo ottenibile; per le restanti Categoria il livello è compreso tra il 70 e l’80%.

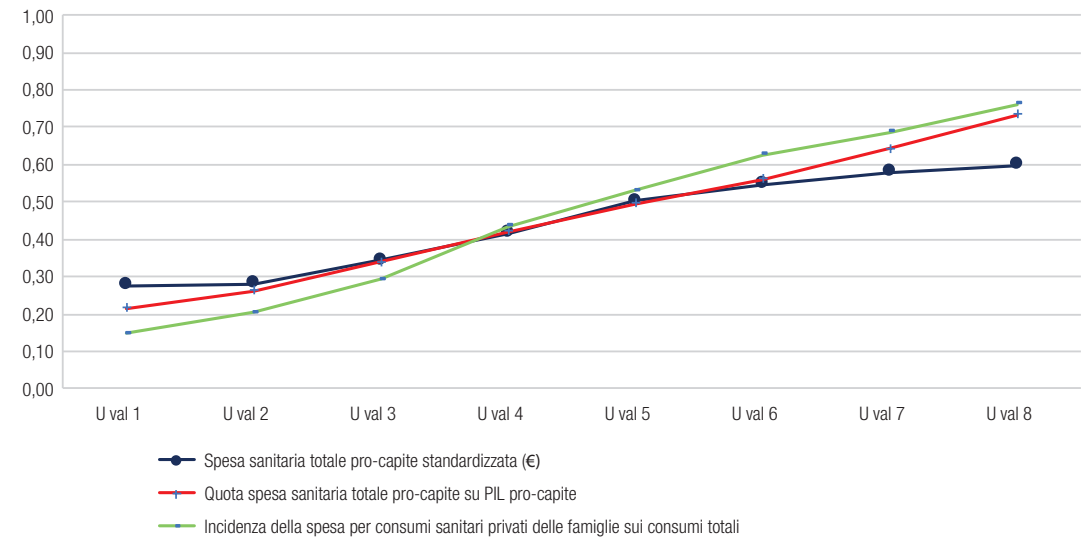
Figura 33
Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali
Funzione di “valore” per Categoria



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

Complessivamente, agli indicatori della Dimensione Economico-Finanziaria viene associato un andamento sigmosoidale, con miglioramenti modesti in termini di contributo alla *Performance* passando dal valore peggiore al migliore dell’indicatore.

Figura 34
Dimensione Economico-Finanziaria
Funzione di “valore” per indicatore



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

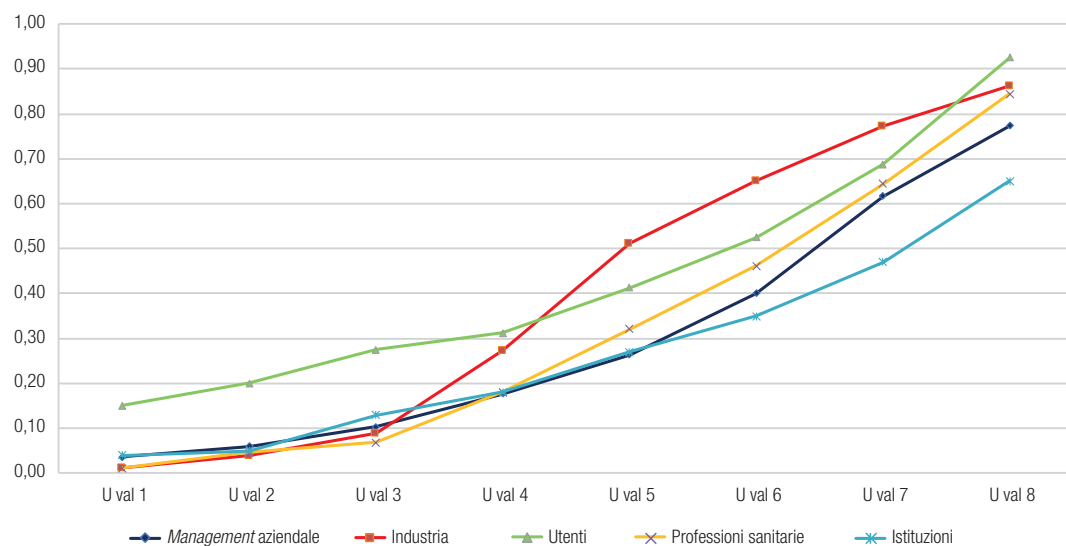
Dimensione Equità

La funzione di valore elicitata per l'indicatore “Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie” risulta omogenea fra le Categorie di *stakeholder* per i valori prossimi a quello peggiore, che vengono considerati sostanzialmente “inaccettabili” (contributo alla *Performance* prossimo a zero) da tutte le Categorie, ad eccezione degli Utenti.

Per l'Industria nella seconda metà della distribuzione si osserva una utilità marginale dell'indicatore decrescente, mentre per le restanti Categorie 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 Istituzioni e del *Management* aziendale, che al valore regionale migliore associano un valore rispettivamente pari al 65% e al 78% della *Performance* massima. Gli Utenti ritengono parzialmente accettabili livelli di rinuncia a sostenere spese sanitarie prossimi a quelli peggiori registrati nelle Regioni italiane.

Figura 35
Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie
Funzione di “valore” per Categoria



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

Per l'indicatore “Quota popolazione che sperimenta un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati”, i valori prossimi al livello nazionale peggiore registrano un contributo alla *Performance* prossimo a zero per tutte le Categorie; al diminuire dell'incidenza del disagio si registra un miglioramento proporzionale del livello di *Performance* per tutte le categorie ad eccezione degli Utenti per i quali è più che proporzionale.

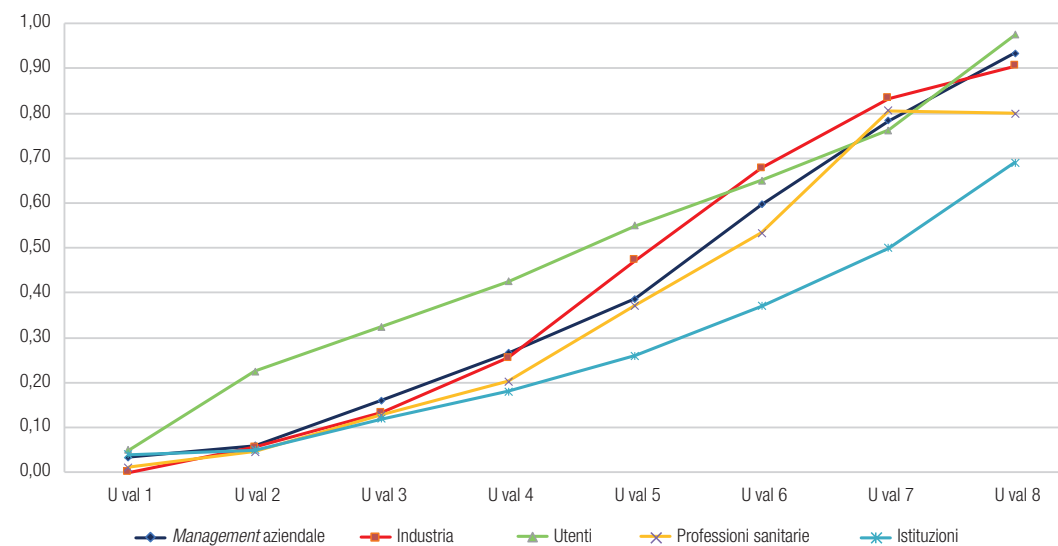
Alla seconda parte della distribuzione dei valori dell'indicatore, Industria, *Management* Aziendale e Professioni Sanitarie associano un incremento di *Performance* più che proporzionale al miglioramento del valore dell'indicatore. Istituzioni meno che proporzionale ed gli Utenti ritengono sia sostanzialmente proporzionale.

Per gli Utenti, il valore “migliore” riscontrato a livello nazionale è associato ad un livello di *Performance* prossimo al 100%.

Le Professioni Sanitarie ritengono che miglioramenti dell'indicatore per valori associati all'ultimo quarto della distribuzione non comportino miglioramenti in termini di *Performance*, che raggiunge per i valori massimi osservato un livello di contributo alla *Performance* pari a circa l'80% di quella massima.

Per l'indicatore si conferma una “aspettativa” maggiore da parte delle Istituzioni e delle Professioni sanitarie, le quali associano al valore regionale migliore una *Performance* rispettivamente pari al 69% e all'80% di quella ottimale.

Figura 36
Quota di popolazione che sperimenta un disagio economico a causa
dei consumi sanitari privati
Funzione di “valore” per Categoria



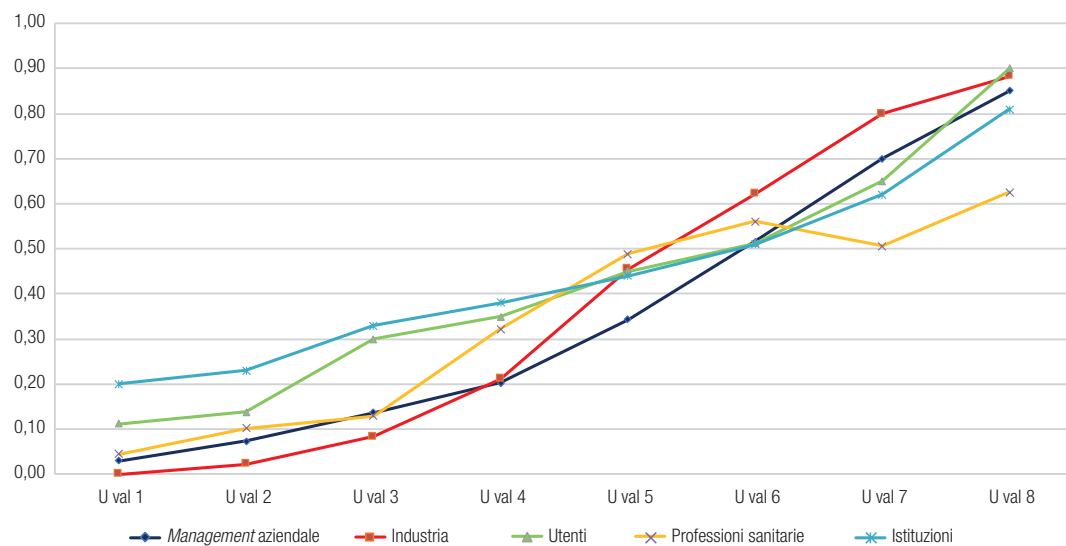
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Effettuando un'analisi di confronto con le preferenze elicitate nella precedente annuità, si rileva una riduzione della *Performance* massima associata ai valori massimi osservati, da parte delle categorie Istituzioni e Professioni sanitarie; mentre le restanti categorie si dimostrano egualmente “soddisfatte” dei risultati nazionali.

Al terzo indicatore della Dimensione Equità, “Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione di residenza per patologie oncologiche”, le Categorie di Industria e *Management* aziendale associano miglioramenti di *Performance* proporzionali al miglioramento dell'indicatore. Le Categorie degli Utenti e delle Istituzioni vi associano una utilità marginale crescente, almeno nella seconda metà della distribuzione.

Per tutte le categorie si osserva una maggiore “aspettativa” per i valori migliori dell'indicatore registrati a livello nazionale: per le Professioni sanitarie in corrispondenza di tali valori un livello di *Performance* pari a circa il 60% di quella massima, per le altre categorie nel range 80-90%.

Figura 37
Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione di residenza per patologie oncologiche
Funzione di “valore” per Categoria

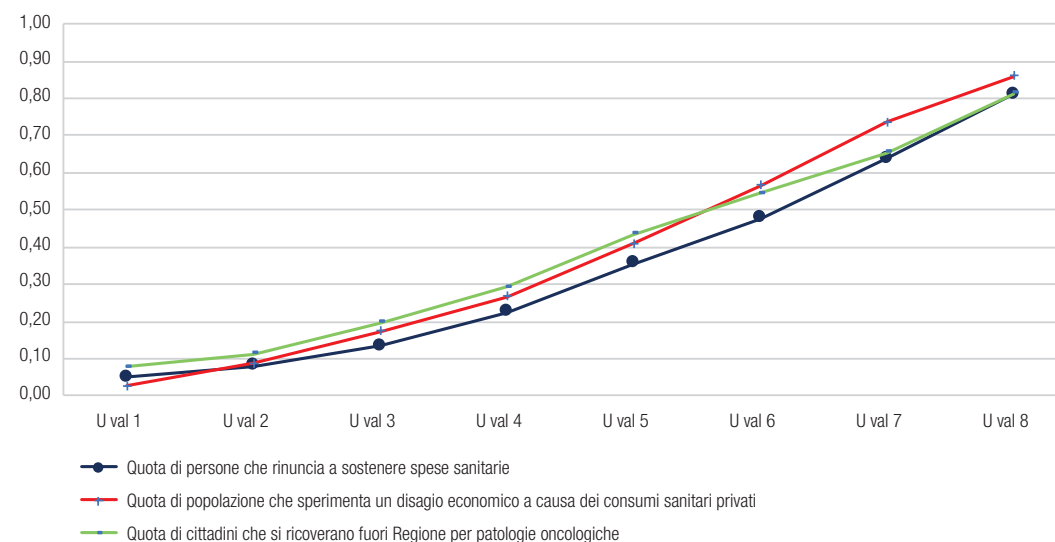


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla precedente edizione, per le Professioni sanitarie si nota una netta riduzione del livello di *Performance* associato al miglior valore nazionale dell'indicatore; riduzione riscontrata, anche se in minor misura, anche per le restanti categorie.

Complessivamente, per la Dimensione Equità si registrano funzioni di valore degli indicatori che tendono a descrivere un atteggiamento di “stigma” per le Regioni con i risultati peggiori, ovvero verso le situazioni di maggiore iniquità, sebbene più contenuto rispetto alle precedenti edizioni; in particolare, questo approccio è evidente per il fenomeno del disagio economico a causa dei consumi sanitari privati.

Figura 38
Dimensione Equità
Funzione di “valore” per indicatore



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

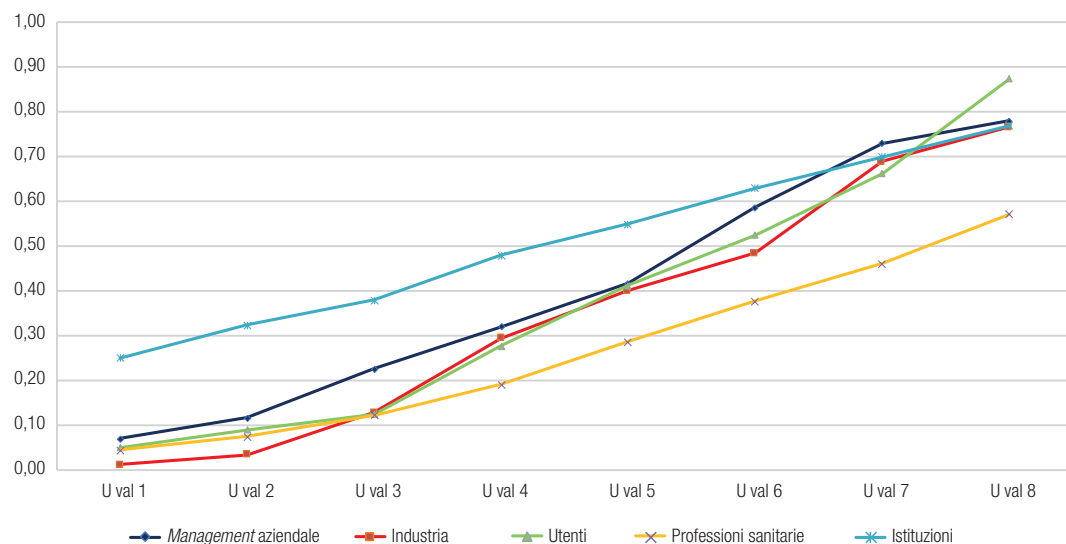
Dimensione Esiti

Nella Dimensione Esiti, l'andamento della funzione di “valore” dell'indicatore “Aspettativa di vita in buona salute” risulta pressoché lineare (indicando un contributo alla *Performance* proporzionale alle determinazioni dell'indicatore) per le Istituzioni, gli Utenti e le Professioni sanitarie.

Il valore regionale peggiore riscontrato sul territorio nazionale è valutato “poco accettabile” per quasi tutte le Categorie, ad eccezione delle Istituzioni che associano a tale valore una *Performance* comunque pari al 25% di quella massima; di contro, i valori prossimi al migliore sono associati ad una *Performance* compresa tra il 77 e l'88% di quella massima possibile per quasi tutte le Categorie, ad esclusione delle Professioni sanitarie, che vi associano un valore apri al 57%.

Si osserva, quindi, che nonostante l'andamento crescente delle funzioni, gli *stakeholders* manifestano una residua “insoddisfazione” anche in corrispondenza del migliore valore di aspettativa di vita in buona salute 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 75% di quella massima possibile.

Figura 39
Aspettativa di vita in buona salute alla nascita
Funzione di “valore” per Categoria



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

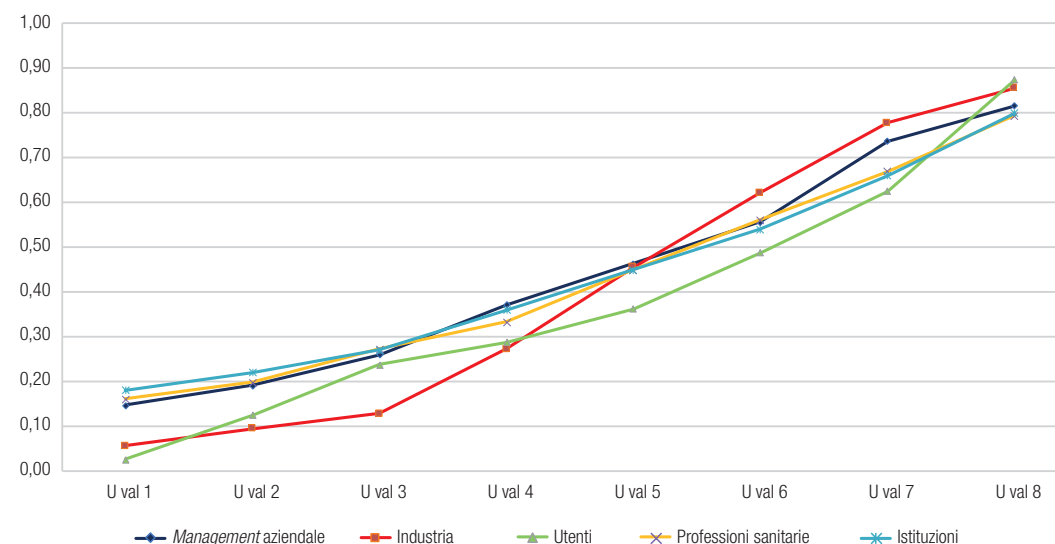
Da un confronto con i risultati dello scorso anno, in questa edizione si riscontra una minor “soddisfazione” generale per i valori migliori dell'indicatore, particolarmente evidenti per la categoria delle Professioni sanitarie.

Anche per l'indicatore “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti” il contributo alla *Performance* è ritenuto da tutte le Categorie proporzionale alle sue determinazioni.

I miglioramenti dell'indicatore, nella prima metà della distribuzione, sono associati ad un contributo alla *Performance* che cresce in modo meno che proporzionale, ad esclusione che per gli Utenti, per poi adottare una utilità marginale crescente nella seconda metà. Gli Utenti associano all'indicatore contributi alla *Performance* proporzionali ai valori osservati.

Per tutte le Categorie, in corrispondenza del valore migliore si ha un contributo alla *Performance* compresa tra il 79 e l'86% di quella massimo.

Figura 40
Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti
Funzione di “valore” per Categoria



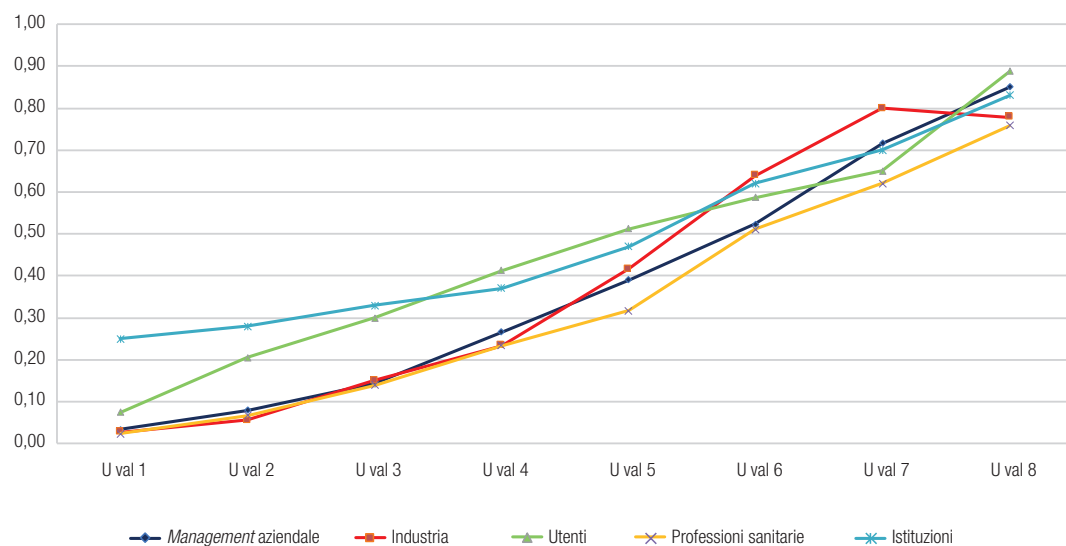
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

L'indicatore “Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero” è associato a contributi in termini di *Performance* meno che proporzionali rispetto alla riduzione della mortalità osservata, almeno nella prima parte della distribuzione; l'unica eccezione è rappresentata dalla Categoria degli Utenti, che assume per la funzione un andamento proporzionale.

Nella seconda metà della distribuzione si riscontra invece una Utilità marginale crescente.

In generale, si evidenzia l'auspicio di una riduzione dei livelli di mortalità a 30 giorni: in particolare, le Professioni Sanitarie e l'Industria associano al valore minimo nazionale un livello di *Performance* pari al 76-80% di quella massima. Le Istituzioni ritengono comunque parzialmente “accettabili” (25% della *Performance* massima) anche livelli di mortalità prossimi a quello peggiore nazionale.

Figura 41
Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero
Funzione di “valore” per Categoria



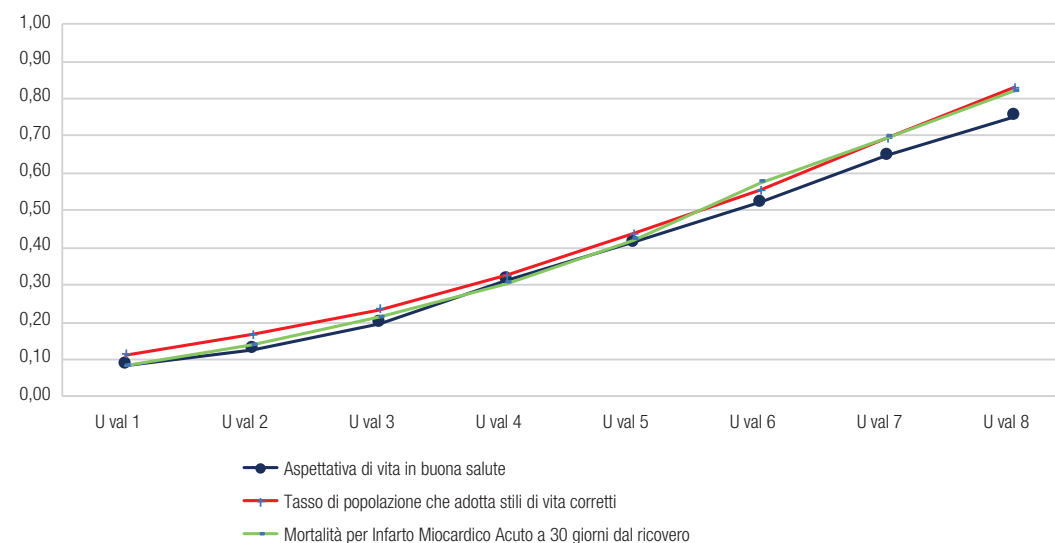
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

I dati registrati in questa edizione mostrano una maggior “tolleranza” da parte delle Istituzioni per valori dell'indicatore prossimi a quelli peggiori.

Complessivamente, agli indicatori della Dimensione Esiti è associato un contributo alla *Performance* proporzionale al miglioramento delle determinazioni degli indicatori.

Si osserva complessivamente un atteggiamento di maggior “aspettativa” per l'indicatore relativo all'aspettativa di vita in buona salute alla nascita, soprattutto da parte delle Professioni sanitarie (secondo le quali viene attribuito il 75% della *Performance* massima in corrispondenza del valore “migliore”).

Figura 42
Dimensione Esiti
Funzione di “valore” per indicatore



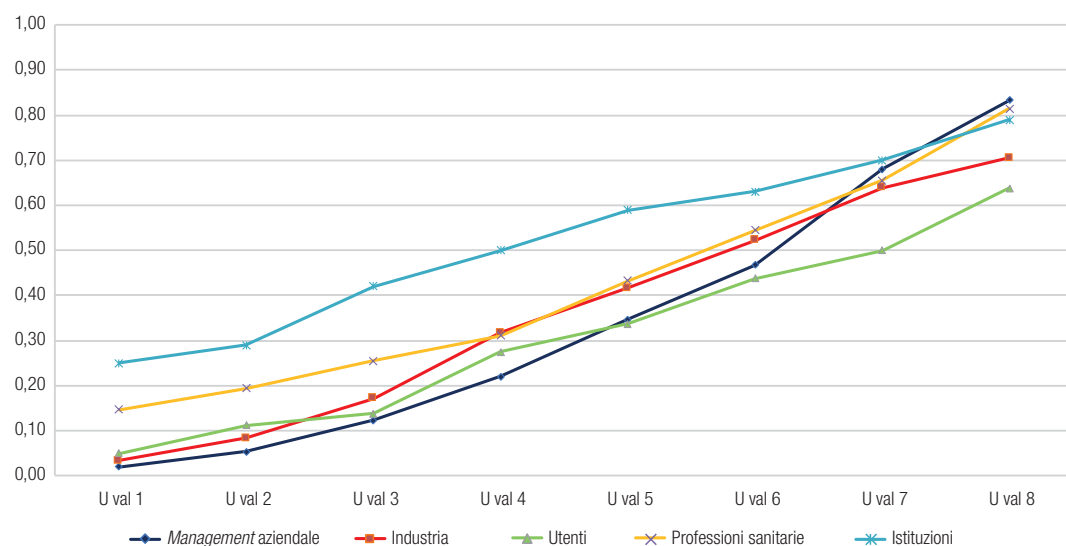
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Innovazione

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

In corrispondenza del miglior valore nazionale viene attribuito un contributo alla *Performance* pari o inferiore all'85% di quella massima; gli Utenti, ritengono che il livello migliore nazionale sia significativamente da migliorare (64% del contributo massimo alla *Performance*). Professioni sanitarie e *Management* ritengono che anche livelli di ricorso prossimi a quelli più bassi nazionali, siano associati con contributi positivi (15-25%) alla *Performance*.

Figura 43
Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
Funzione di “valore” per Categoria



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

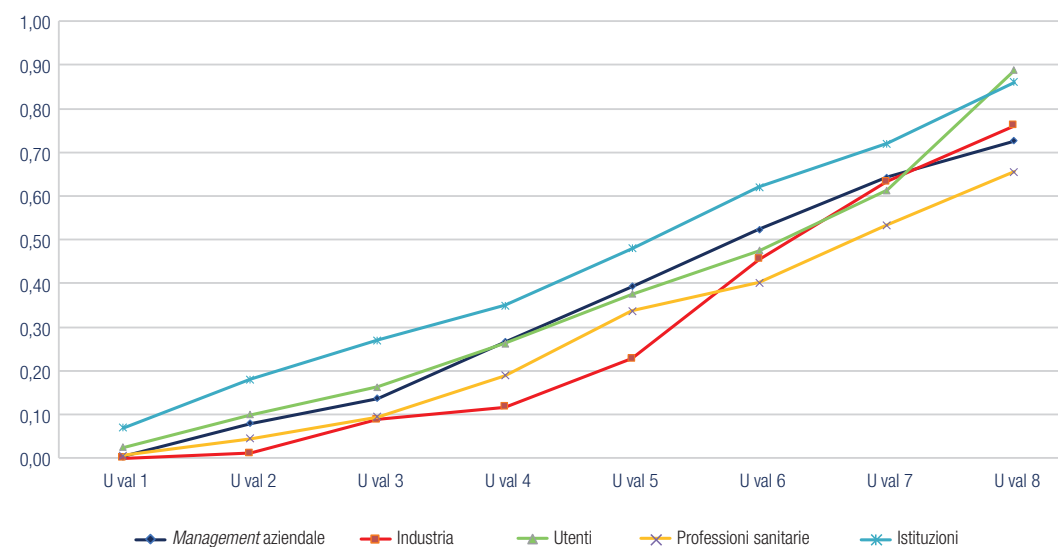
Rispetto alla precedente edizione non si riscontrano modifiche nell'andamento della funzione di Utilità delle diverse Categorie, tranne un'attribuzione di un più basso livello di *Performance* in corrispondenza dei valori peggiori e migliori dell'indicatore, da parte di tutte le Categorie, ad esclusione delle Istituzioni.

Per l'indicatore “Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base”, si registra una funzione “valore” sostanzialmente lineare secondo i rappresentanti delle Categorie Istituzioni, *Management Aziendale* e Professioni Sanitarie: solo per l'Industria si registra una utilità marginale crescente soprattutto nella seconda metà della distribuzione.

Tutte le Categorie, ed in particolare gli Utenti e l'Industria, giudicano particolarmente “negative”, in termini di *Performance*, le situazioni con bassi tassi di assistenza al domicilio dei pazienti.

Il contributo massimo alla *Performance*, associato al tasso regionale più alto di presa in carico domiciliare, è pari all'89% di quello massimo; le Professioni sanitarie ritengono invece che il livello di *Performance* non superi il 66% di quello massimo.

Figura 44
Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale
(CIA) base
Funzione di “valore” per Categoria

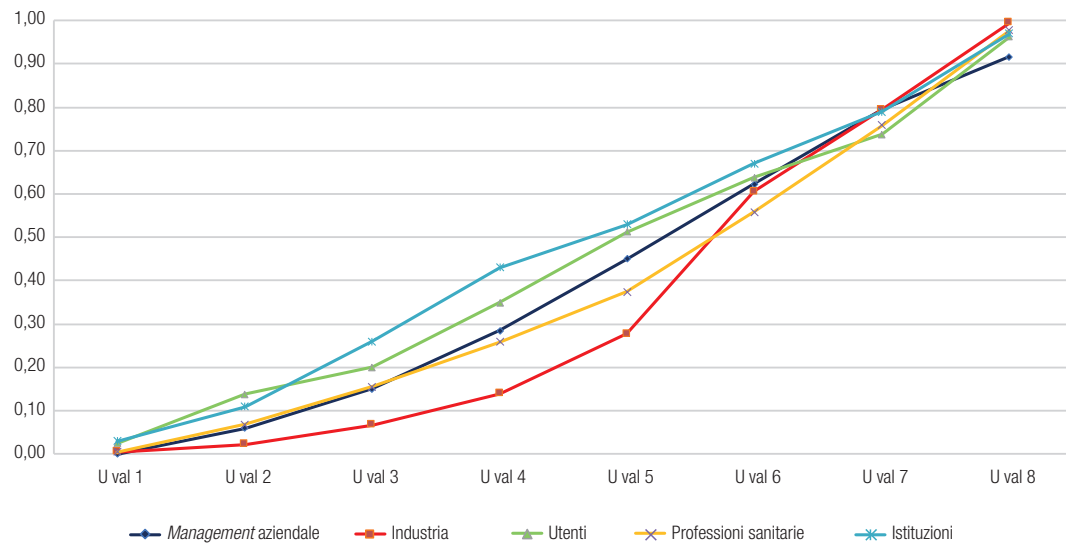


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

All'indicatore “Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate relativamente ai documenti del nucleo minimo” è associata una funzione di valore ad andamento lineare per tutte le Categorie di *stakeholder*, con contributi alla *Performance* pressoché nulli in corrispondenza dei valori peggiori registrati a livello nazionale; per l'Industria 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 sostanziale “soddisfazione” per i valori dell'indicatore prossimi ai massimi livelli registrati a livello nazionale, associando ad essi un livello di contributo alla *Performance* superiore al 90% di quella massima ottenibile.

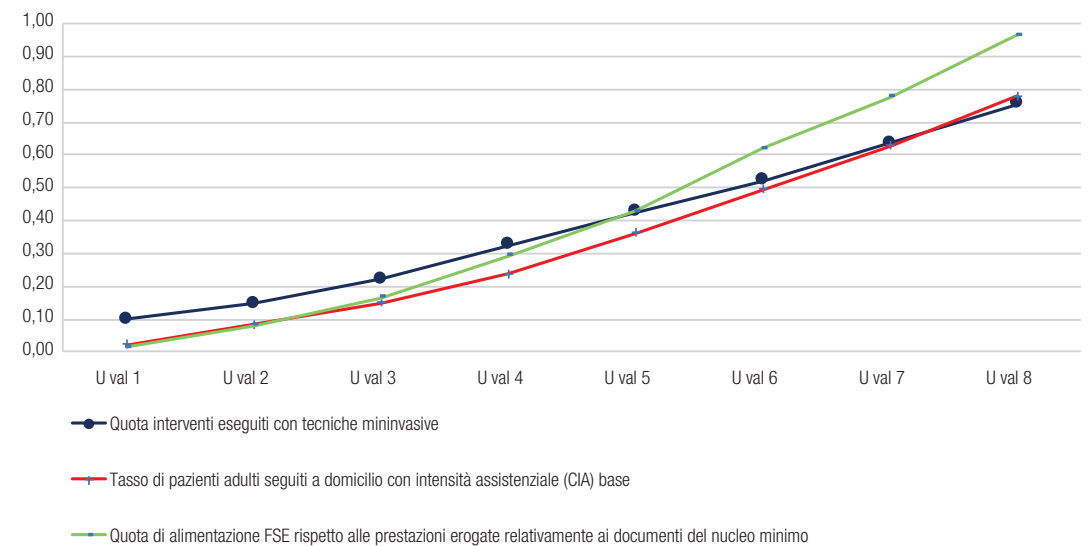
Figura 45
Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate
relativamente ai documenti del nucleo minimo
Funzione di “valore” per Categoria



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

Complessivamente, ai primi due indicatori della Dimensione Innovazione viene associata una funzione di “valore” sostanzialmente lineare, che permette di raggiungere livelli di contributo alla *Performance* massimi comunque inferiori all'80% di quello massimo. Al nuovo indicatore “Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate relativamente ai documenti del nucleo minimo” è, invece, associato un livello di contributo alla *Performance* sostanzialmente massimo in corrispondenza dei valori massimi registrati a livello nazionale.

Figura 46
Dimensione Innovazione
Funzione di “valore” per indicatore



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

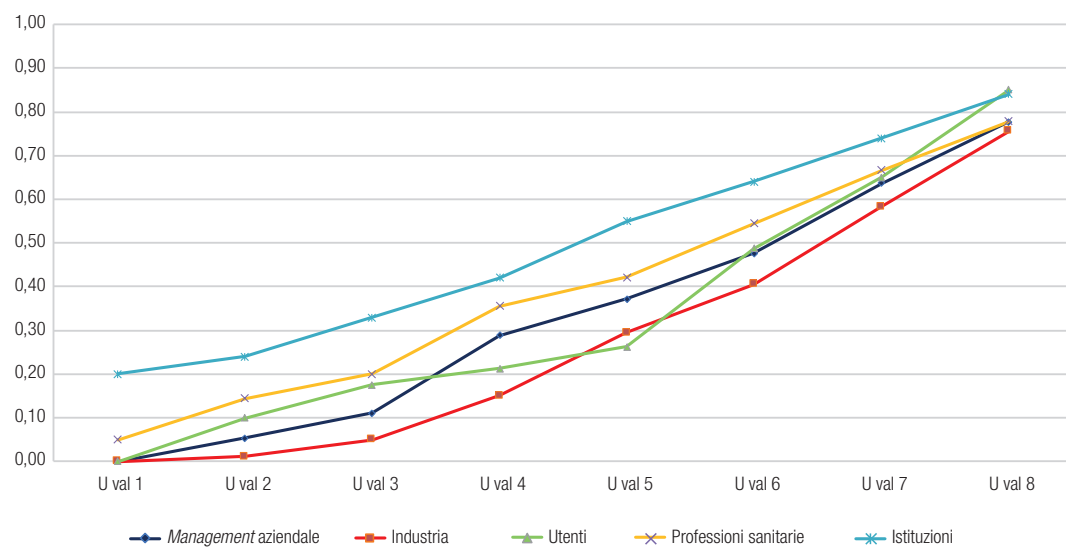
Dimensione Sociale

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”, per tutte le Categorie, ha un andamento sostanzialmente lineare.

Il contributo alla *Performance* registrato in corrispondenza del tasso nazionale di interventi per l’integrazione sociale maggiore raggiungono valori compresi tra il 76 e l’85% della *Performance* massima; le Istituzioni ritengono comunque “accettabili” anche livelli del tasso prossimi a quelli peggiori nazionali, associandogli un livello di *Performance* pari a circa il 20% di quella ottimale.

Figura 47

**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**



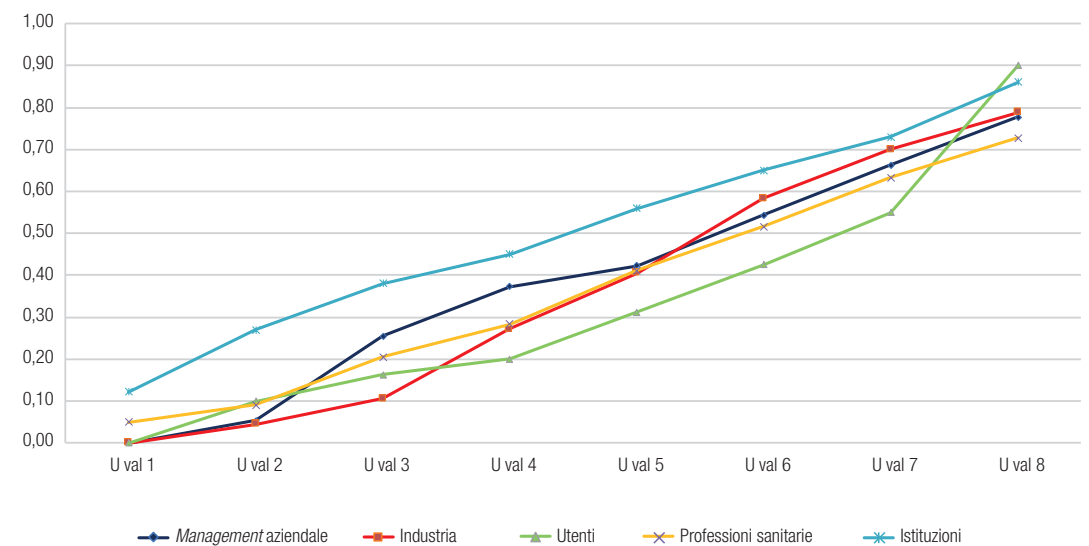
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Al secondo indicatore della Dimensione Sociale, la “Quota di persone, disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare”, è associata una funzione di valore sostanzialmente lineare per tutte le Categorie, con contributi alla *Performance* sostanzialmente nulli per bassi valori regionali.

Gli *stakeholders* della categoria Utenti attribuiscono al miglior valore nazionale un livello di contributo alla *Performance* pari al 90% di quella massima, evidentemente apprezzando i livelli più alti di ricorso all’assistenza domiciliare raggiunti a livello nazionale.

Figura 48

**Quota di persone, disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare
Funzione di “valore” per Categoria**

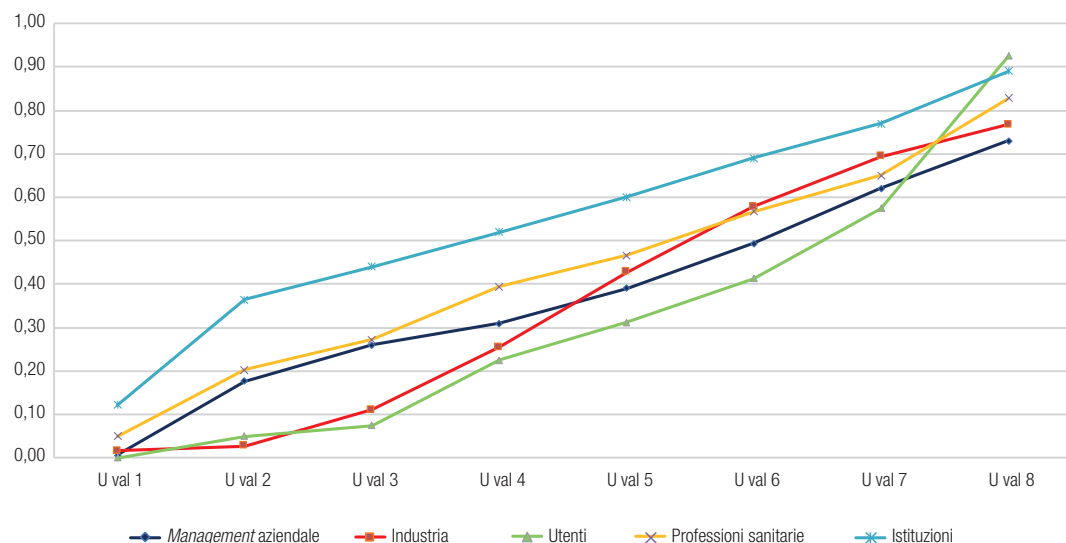


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

L'indicatore “Quota di persone, disabili, anziani e/o con disagio, che ricevono voucher, assegno di cura o buono socio-sanitario”, per valori prossimi al peggiore nazionale, registra un livello di contributo alla Performance sostanzialmente nullo per tutte le Categorie: solo le Istituzioni ritengono accettabile che ricevano contributi economici in denaro quote “basse” di persone.

Solo gli Utenti e le Istituzioni ritengono che in corrispondenza dei valori migliori dell'indicatore si determini un contributo alla Performance superiore al 90% di quella massima: per tutte le altre Categorie, il valore è compreso nel range 70-80%.

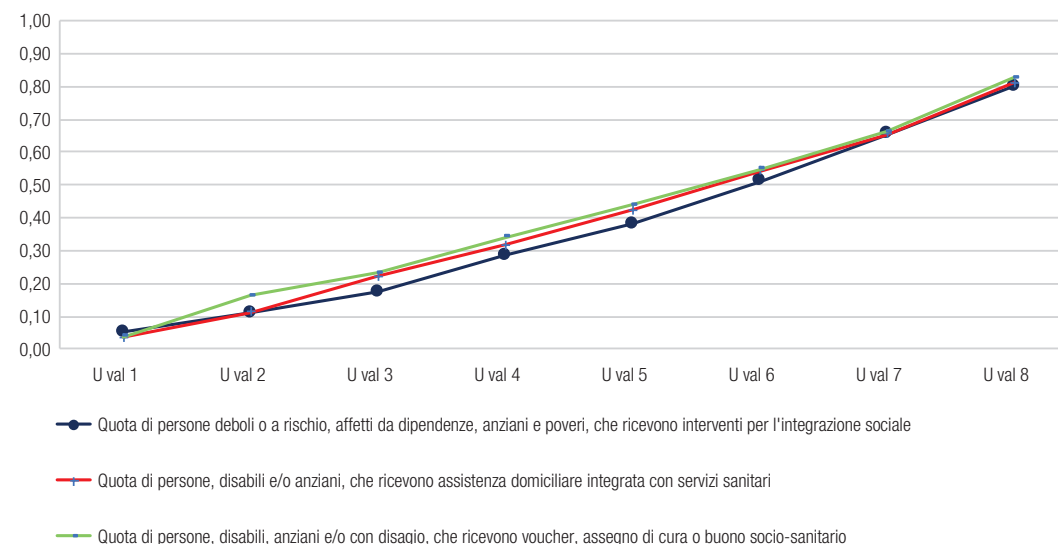
Figura 49
Quota di persone, disabili, anziani e/o con disagio, che ricevono voucher, assegno di cura o buono socio-sanitario
Funzione di “valore” per Categoria



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

Per la nuova Dimensione Sociale, introdotta per la prima volta in questa edizione, si registrano funzioni di “valore” degli indicatori sostanzialmente lineari con un livello massimo di contributo alla Performance raggiungibile, in corrispondenza dei valori migliori nazionali, intorno all'80% di quella massima e valori nulli in corrispondenza dei valori peggiori.

Figura 50
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 *Performance*, l'esercizio condotto conduce a definire funzioni di “valore”/Utilità per gli indicatori non sovrapponibili, che variano anche in funzione della Categoria di afferenza.

Il contributo dei diversi indicatori alla *Performance* si conferma, quindi, variabile.

Considerando gli indicatori della Dimensione Appropriatezza, in larga misura relativi alla tempestività di trattamento e all'appropriatezza di presa in carico da parte dell'assistenza primaria, osserviamo che ad essi si associa una funzione di Utilità che, soprattutto nella prima metà della distribuzione, descrive l'assunzione di una Utilità marginale decrescente dell'indicatore: in altri termini, i miglioramenti di *Performance* risultano modesti al migliorare dell'indicatore. Inoltre, Mentre per gli indicatori relativi alla presa in carico dei cronici e dei casi da parte del pronto soccorso, si attribuisce un contributo alla *Performance* non ottimale anche in corrispondenza dei migliori valori osservati dell'indicatore, per quello relativo all'adesione agli *screening*, le migliori determinazioni dell'indicatore sono associate a contributi quasi al 100%, a dimostrazione che si tratta di livelli ritenuti ottimali.

Per la Dimensione Economico-Finanziaria, non si registrano differenze significative nei giudizi degli *stakeholder*: le funzioni di “valore” descrivono l'assunzione di utilità marginali decrescenti nella seconda metà della distribuzione, a dimostrazione che i valori attuali di spesa sono già considerati delle buone *Performance*.

Per i primi due indicatori, analogamente a quanto riscontrato nella precedente edizione, il ridursi della spesa comporterebbe un contributo positivo decisamente contenuto in termini di *Performance*. Per quanto concerne l'incidenza della spesa per consumi sanitari, ad eccezione che per Utenti e Istituzioni, tutte le Categorie ritengono che miglioramenti dell'indicatore nel primo e ultimo terzo della distribuzione siano associati a modesti miglioramenti in termini di *Performance*.

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

Per la Dimensione Esiti, il *Panel* associa agli indicatori un contributo alla *Performance* che risulta più che proporzionale al miglioramento delle determinazioni degli indicatori nella seconda metà della distribuzione; tutte le categorie di *stakeholder*, ed in particolare quelli appartenenti alle Istituzioni ed Utenti, ritengono che debbano essere penalizzate (in termini di determinazione della *Performance*) le situazioni in cui gli indicatori presentano valori peggiori. Si osserva complessivamente un atteggiamento di maggior “aspettativa” per l'indicatore relativo all'aspettativa di vita in buona salute alla nascita, soprattutto da parte delle Professioni sanitarie (infatti, anche in corrispondenza dei migliori valori osservati, viene attribuito non più del 75% del contributo massimo alla *Performance*).

Per quanto concerne la Dimensione Innovazione, le funzioni di “valore” appaiono crescere linearmente, descrivendo contributi alla *Performance* crescenti proporzionalmente al miglioramento delle determinazioni degli indicatori: peraltro, si riscontra un giudizio “ottimale” solo in corrispondenza dei valori migliori osservati per l'indicatore relativo alla digitalizzazione (FSE); per gli altri due, il livello di contributo massimo alla *Performance*

non supera l'80% di quello massimo.

Per la Dimensione Sociale, introdotta per la prima volta in questa annualità del progetto, si osserva un andamento di sostanziale linearità delle funzioni “valore”: all'interno del quadro generale si segnala una maggiore “accettazione” da parte dei partecipanti appartenenti alle Istituzioni, dei valori degli indicatori che si associano ad un più basso ricorso regionale alle attività di supporto economico per bisogni di natura sociale.

5.3. La composizione degli indicatori

Come anticipato nella parte metodologica, si assume che una variazione nella determinazione di un indicatore, e quindi del relativo contributo alla *Performance*, possa essere eventualmente compensata da una variazione (di segno evidentemente opposto) di altri indicatori: in altri termini, che si possa ottenere la stessa valutazione finale di *Performance*, con un diverso *mix* di raggiungimento dei diversi (e multi-dimensionali) obiettivi.

L'elicitazione delle preferenze dei partecipanti al *Panel* in tema di “tassi marginali di sostituzione” fra indicatori, è stata operativamente realizzata ponendo i partecipanti davanti ad un *trade-off*, ovvero a confronti tra coppie di indicatori, e chiedendo loro di individuare *mix* diversi 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 complessiva.

Sono state casualmente prescelte 17 “coppie” di indicatori, con il vincolo di utilizzare indicatori afferenti a Dimensioni diverse, e sono state sottoposte all'esercizio di “scambio”; le “coppie” considerate sono le seguenti:

- “Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie” vs “Aspettativa di vita in buona salute”
- “Aspettativa di vita in buona salute” vs “Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche”
- “Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche” vs “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive”
- “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive” vs “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata”
- “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata” vs “Quota di persone 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 “Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati”
- “Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati” vs “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti”
- “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti” vs “Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde”
- “Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00

di adulti con codice di dimissione bianco/verde” vs “Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base”

- “Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base” vs “Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite”
- “Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite” 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 “Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione per patologie oncologiche”
- “Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione per patologie oncologiche” vs “Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero”
- “Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero” vs “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale”
- “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale” vs “Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate relativamente ai documenti del nucleo minimo”
- “Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate relativamente ai documenti del nucleo minimo” 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 “Quota di persone disabili e/o anziani e/o con disagio, che ricevono *voucher*, assegno di cura o buono socio-sanitario”.

Il quadro emerso in seguito all’esercizio conferma la variabilità delle preferenze elicitate sulle diverse Categorie di *stakeholder*.

Di seguito si riassumono i “pesi” stimati, distintamente per singola Categoria.

Per i rappresentanti della Categoria Utenti, le Dimensioni Equità, Sociale Esiti ed Appropriata contribuiscono per oltre il 70% alla misura della *Performance*; in particolare, questa misura si forma con 8 indicatori: “Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie” (16,0%), “Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati” (9,8%), “Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” (9,6%), “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti” (9,0%), “Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l’integrazione sociale” (8,9%), “Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate relativamente ai documenti del nucleo minimo” (8,0%), “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale” (7,0%) e “Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base” (5,8%).

Per i rappresentanti delle Istituzioni oltre il 70% della *Performance* è attribuibile a 8 indicatori: “Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero” (12,9%), “Aspettativa di vita in buona salute alla nascita” (12,8%), “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale” (12,3%), “Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche” (11,2%), “Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione per patologie oncologiche” (7,2%), “Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” (6,4%), “Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati” (5,9%), “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” (5,8%).

Per le Professioni sanitarie oltre il 70% della *Performance* è associata a 6 indicatori: “Quota di persone disabili e/o anziani e/o con disagio, che ricevono *voucher*, assegno di cura o buono socio-sanitario” (20,5%), “Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate relativamente ai documenti del nucleo minimo” (17,1%), “Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero” (10,9%), “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali” (8,8%), “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale” (6,9%), “Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base” (6,6%).

Per il *Management* aziendale i due terzi del contributo alla *Performance* è associato a 10 indicatori: “Aspettativa di vita in buona salute alla nascita” (12,9%), “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale” (8,6%), “Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche” (8,2%), “Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie” (8,2%), “Quota di persone disabili e/o anziani e/o con disagio, che ricevono *voucher*, assegno di cura o buono socio-sanitario” (7,8%), “Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero” (6,6%), “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive” (5,7%), “Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione per patologie oncologiche” (5,3%), “Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base” (5,0%) e “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti” (4,5%).

Infine, per l’Industria medicale, oltre il 70% del contributo alla *Performance* è attribuibile a 9 indicatori: “Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero” (15,3%), “Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati” (9,0%), “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale” (8,8%), “Quota di persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” (8,8%), “Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde” (7,5%), “Quota di persone deboli o a rischio (affetti da dipendenze, anziani e poveri) che ricevono interventi per l’integrazione sociale” (7,5%), “Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione per patologie oncologiche” (6,3%), “Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite” (5,6%) e “Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate relativamente ai documenti del nucleo minimo” (5,2%).

5.4. Riflessioni sul contributo delle Dimensioni alla Performance

Aggregando i risultati per Dimensione, si osserva come le Dimensioni Esiti, Sociale ed Appropriatezza contribuiscano per circa il 60% alla Performance, in modo abbastanza equidistribuito: 22,1%, 18,0% e 17,7% rispettivamente; segue la Dimensione Equità (16,6%); Innovazione ed Economico-finanziaria, contribuiscano rispettivamente per il 13,1% ed il 12,5%.

Rispetto alla precedente edizione si registra una riduzione notevole del “peso” associato alle Dimensioni Equità ed Esiti (-15,3 e -10,1 punti percentuali rispettivamente); si riduce anche il peso della Dimensione Economico-finanziaria (-1,9 punti percentuali); è invece in aumento il contributo di Appropriatezza e Innovazione (+5,5 e +3,6 punti percentuali rispettivamente).

La dinamica dei “pesi”, in particolare l’incremento di Appropriatezza e Innovazione, sembra poter essere messa in relazione con il disegno di ammodernamento del SSN formulato a seguito degli stanziamenti di risorse per investimenti legato al post-pandemia; ed anche all’importanza dell’innovazione organizzativa e tecnologica (vaccini etc.), per contrastare efficacemente la pandemia.

Analizzando i risultati per Categoria, nel caso degli Utenti le Dimensioni Equità, Sociale, Esiti ed Appropriatezza contribuiscano per quasi l’80% alla misura della Performance (27,8%, 19,5%, 16,3% e 14,1% rispettivamente); seguono le Dimensioni Innovazione con il 13,7% e, buona ultima, quella Economico-Finanziaria (8,6%).

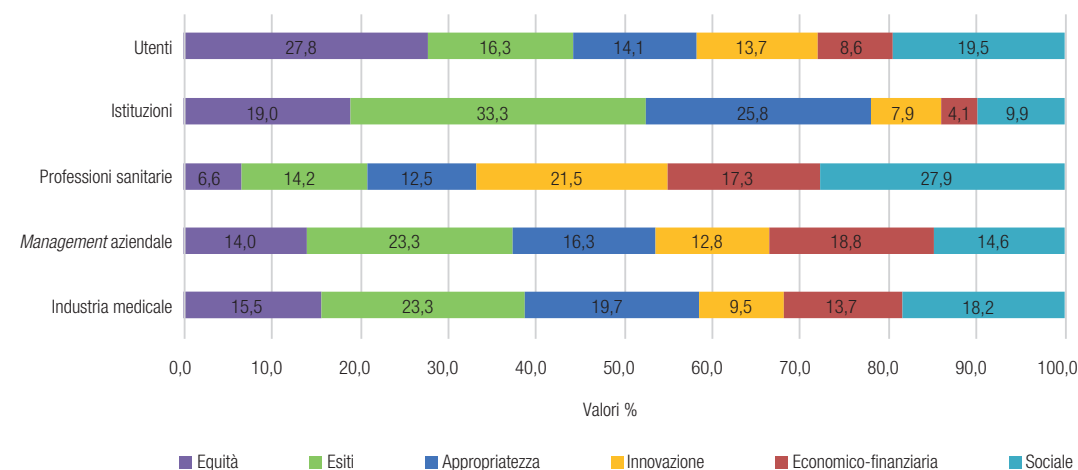
Per i rappresentanti delle Istituzioni sono in “testa” le Dimensioni Esiti, Appropriatezza ed Equità, che contribuiscano per quasi l’80% alla Performance (33,3%, 25,8% e 19,0% rispettivamente); segue quella del Sociale con il 9,9%, l’Innovazione con il 7,9% e l’Economico-finanziaria con il 4,1%.

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie, le Dimensioni Sociale, Innovazione ed Economico-finanziaria contribuiscano per oltre il 60% alla Performance (27,9%, 21,5% e 17,3% rispettivamente); segue la Dimensione Esiti con il 14,2%, l’Appropriatezza con il 12,5% e l’Equità con il 6,6%.

Per il Management aziendale gli Esiti, l’Economico-finanziaria e l’Appropriatezza contribuiscano per quasi il 60% alla Performance (23,3%, 18,8% e 16,5% rispettivamente), segue il Sociale con il 14,6%, l’Equità con il 14,0% e l’Innovazione con il 12,8%.

Infine, per l’Industria, sono gli Esiti, l’Appropriatezza e il Sociale le Dimensioni che contribuiscano maggiormente alla Performance (23,3%, 19,7% e 18,2% rispettivamente), seguite dall’Equità (15,5%), l’Economico-finanziaria (13,7%) e l’Innovazione (9,6%).

Figura 51
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, è possibile osservare come, in questo ultimo anno, per gli Utenti sia notevolmente diminuito il “peso” degli Esiti e dell’Equità (-18,0 e -14,5 punti percentuali rispettivamente); sono cresciuti il peso dell’Innovazione (+5,6 punti percentuali), dell’Economico-finanziaria (+5,1 punti percentuali) e dell’Appropriatezza (+2,2 punti percentuali).

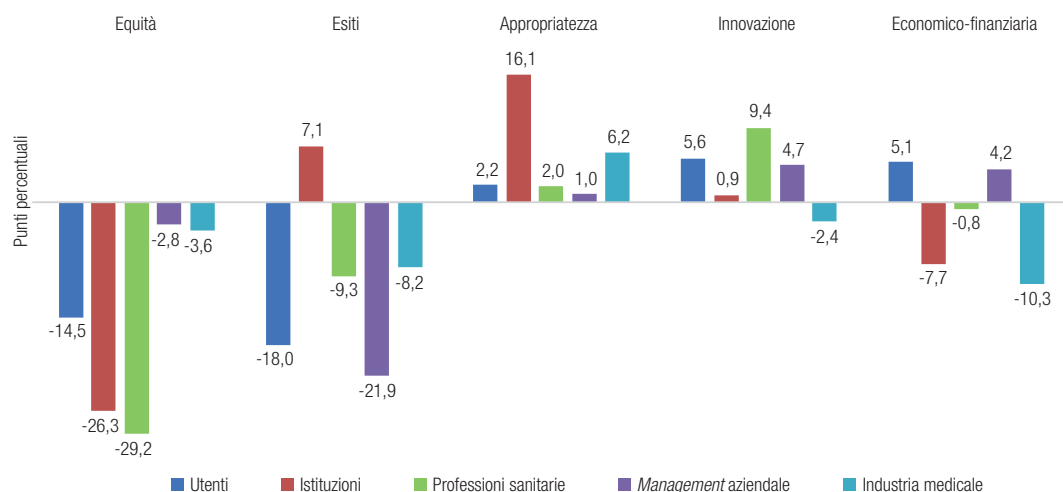
Anche per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente diminuito il peso della Dimensione Equità (-26,3 punti percentuali) ed è invece aumentato fortemente quello dell’Appropriatezza (+16,1 punti percentuali).

Anche per i rappresentanti delle Professioni sanitarie è notevolmente diminuito il peso della Dimensione Equità (-29,2 punti percentuali); si riduce in misura più contenuta il peso della Dimensione Esiti (-9,3 punti percentuali) ed Economico Finanziaria (-0,8 punti percentuali). Aumenta il peso delle Dimensioni Innovazione ed Appropriatezza (+9,4 e +2,0 punti percentuali rispettivamente).

Per il Management aziendale si è ridotto notevolmente il peso della Dimensione Esiti (-21,9 punti percentuali) e quello della Dimensione Equità (-2,8 punti percentuali). Le altre Dimensioni hanno registrato un aumento, seppur contenuto: Innovazione (+4,7 punti percentuali), Sociale (+4,2 punti percentuali) ed Appropriatezza (+1,0 punti percentuali).

Infine, per l’Industria è aumentato solo il peso dell’Appropriatezza (+6,2 punti percentuali); le altre Dimensioni hanno registrato una riduzione, in particolare quella Economico-finanziaria (-10,3 punti percentuali) ed Esiti (-8,2 punti percentuali).

Figura 52
Variazioni del contributo delle Dimensioni alla Performance X vs IX edizione



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

Complessivamente si rileva come in questa annualità si sia notevolmente ridotto il peso della Dimensione Equità ed Esiti e sia, invece, aumentato quello di Appropriatelyzza e Innovazione.

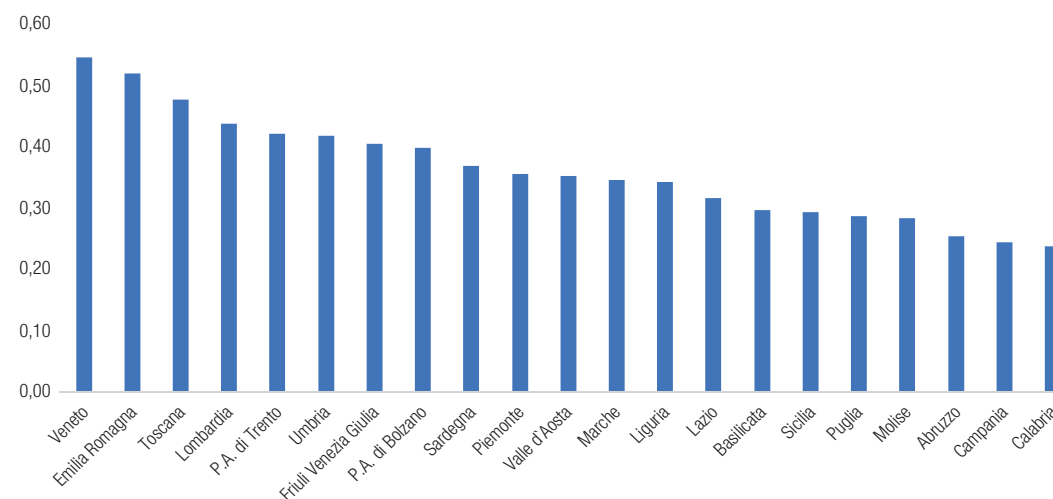
Nell'interpretazione dei risultati va tenuto conto dell'inserimento della nuova Dimensione Sociale, che certamente ha in parte assorbito una parte del contributo associato alla Dimensione Equità.

Inoltre, come anticipato, le modifiche dei “pesi” risultano coerenti con le sfide poste dalla pandemia: in particolare l'importanza dell'Appropriatelyzza, ribadita in particolare dagli appartenenti alle Istituzioni e all'Industria, e l'Innovazione (organizzativa e tecnologica) ribadita dagli appartenenti alle Professioni sanitarie, al Management aziendale e agli Utenti.

6. La Performance socio-sanitaria

L'indice complessivo di Performance che si determina in questa X edizione della progettualità, oscilla da un massimo del 54% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 24%: il risultato migliore lo ottiene il Veneto ed il peggiore la Regione Calabria.

Figura 53
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 nelle valutazioni del Panel si registra una significativa aspettativa di ulteriori miglioramenti dei livelli di tutela, come dimostrato dal fatto che anche le Regioni che registrano gli indici migliori, rimangono distanti dal 100% (valore potenziale massimo).

Il divario fra la prima e l'ultima Regione è decisamente rilevante; in base alle aspettative dei diversi stakeholder, un terzo delle Regioni non supera un livello pari al 30% del massimo ottenibile.

Quest'anno l'analisi qualitativa del ranking porta a identificare quattro gruppi di Regioni.

Quattro Regioni sembrano avere livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre: Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Lombardia.

Di queste due hanno livelli di Performance che superano la soglia del 50% (rispettivamente Veneto ed Emilia Romagna, rispettivamente con il 54% ed il 52%).

Altre due (Toscana e Lombardia si posizionano a ridosso con rispettivamente il 48% e il 44%)

Nel secondo gruppo, troviamo quattro Regioni con livelli dell'indice di Performance

superiori al 40%: P.A. di Trento, Umbria, Friuli Venezia Giulia e P.A di Bolzano.

Nel terzo gruppo sono Sardegna, Piemonte, Valle d'Aosta, Marche, Liguria e Lazio e Basilicata, con livelli di *Performance* abbastanza omogenei, ma inferiori, compresi nel range 30-40%.

Infine 6 Regioni, Sicilia, Puglia, Molise, Abruzzo, Campania e Calabria, con livelli di *Performance* inferiori al 30%.

Nel miglior risultato del Veneto e dell'Emilia Romagna, incide significativamente l'introduzione della nuova Dimensione Sociale; che peraltro ha penalizzato ulteriormente la Calabria, che negli anni rimane stabilmente ultima e senza segni di particolare recupero.

In mezzo al *ranking*, seppure con qualche “piccolo salto”, sembra che la distribuzione della *Performance* abbia un andamento lineare.

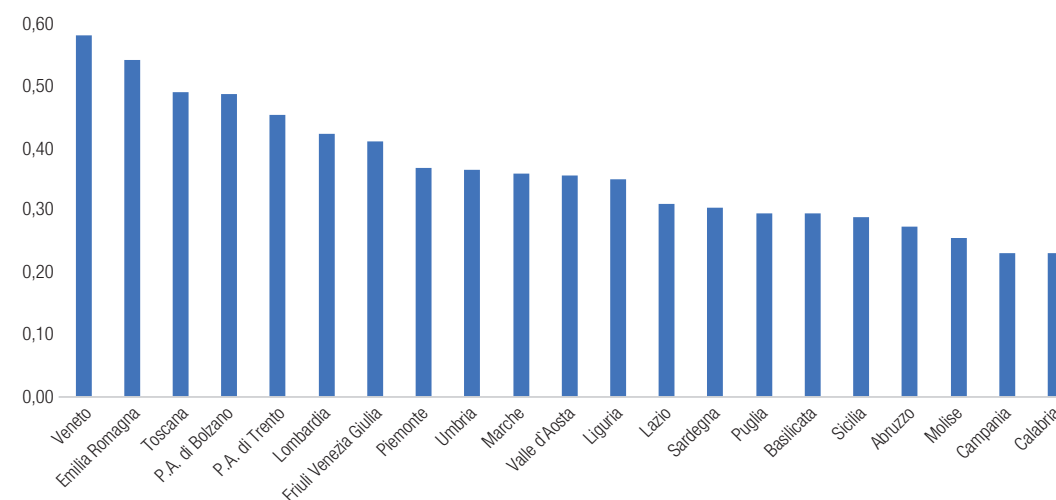
Di seguito analizziamo i *ranking* generati, separatamente per Categoria di *stakeholder*.

Categoria Utenti

Per la Categoria Utenti, il Veneto, con il 58%, continua a mantenere la prima posizione, registrando un livello di *Performance* anche migliore di quello registrato nel *ranking* “generale”.

Seguono sempre l'Emilia Romagna e la Toscana, con un “avanzamento della P.A. di Bolzano (con un indice di *Performance* rispettivamente pari al 54%, 49% e 49%); la Calabria occupa sempre l'ultima posizione con un indice di *Performance* pari al 23% di quella massima.

Figura 54
Indice di Performance
Categoria Utenti



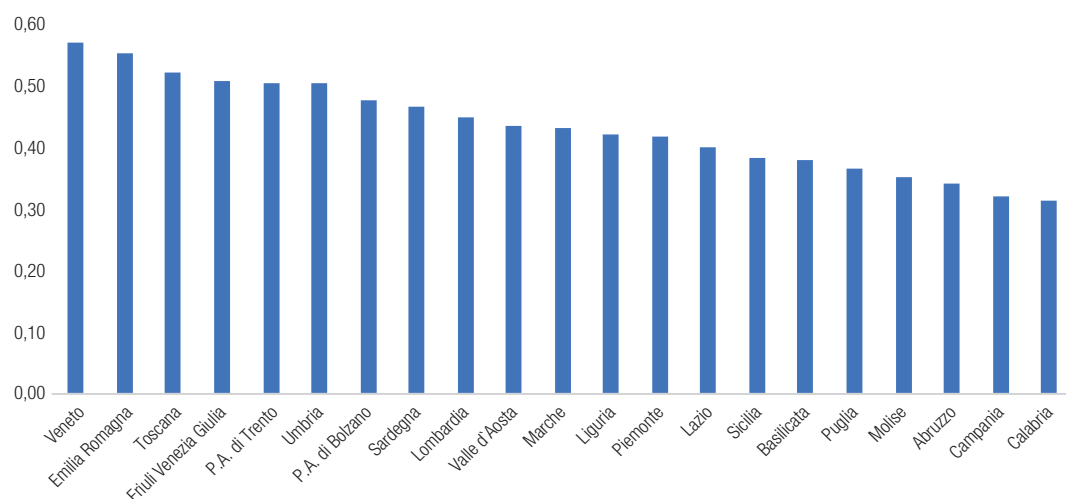
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto al *ranking* “generale”, per gli Utenti le prime tre posizioni restano invariate, la Lombardia perde due posizioni diventando sesta, a scapito dell'Umbria; quest'ultima peggiora di tre posizioni, passando dal sesto al nono; all'estremo opposto abbiamo il Molise che recupera una posizione occupando il diciottesimo posto e la Puglia che ne recupera due, passando al quindicesimo posto, senza però abbandonare “l'area critica”.

Categoria Istituzioni

Per i rappresentanti delle Istituzioni, la misura di *Performance* varia dal 57% del Veneto al 31% della Calabria: si riduce quindi la forbice fra gli estremi; Emilia Romagna, Toscana, Friuli Venezia Giulia, P.A. di Trento e Umbria seguono il Veneto con un livello di *Performance* pressoché simile (tra il 55% ed il 50%). Nelle ultime posizioni troviamo anche Campania e Abruzzo, che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 34% e il 31%.

Figura 55
Indice di Performance
Categoria Istituzioni



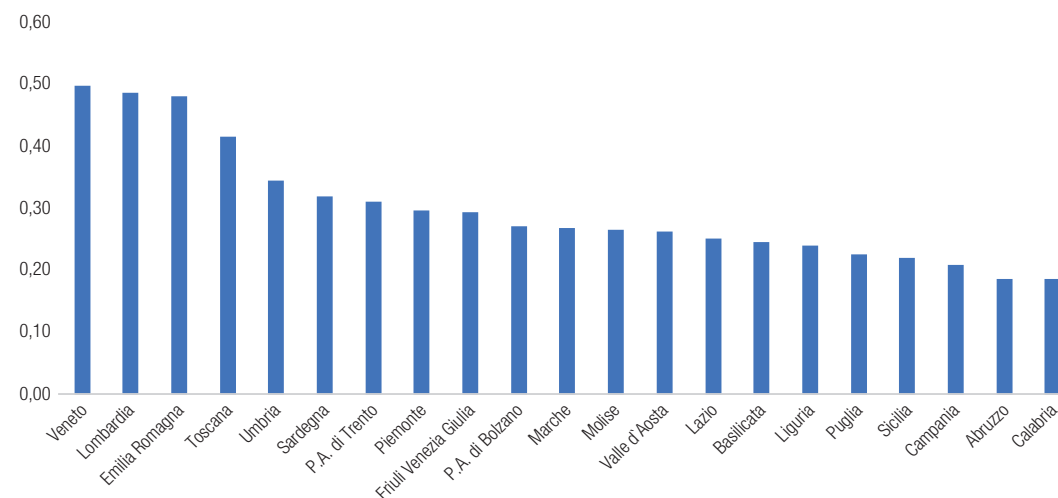
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto al *ranking* generale, si confermano le prime tre posizioni e ne guadagna tre il Friuli Venezia Giulia, passando dal settimo al quarto posto. La Lombardia scivola nella parte centrale della classifica, passando dal quarto al nono posto. Nella parte bassa del *ranking* Calabria, Campania, Abruzzo, Molise e Puglia confermano le posizioni del *ranking* “generale”.

Categoria Professioni Sanitarie

Per le Professioni sanitarie si “riduce” il livello di *Performance*: si passa dal 50% del Veneto al 19% di Abruzzo e Calabria; Veneto, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana, con un livello di *Performance* compreso tra il 50% e il 42% occupano le prime quattro posizioni; da notare che dalla quinta posizione alla quindicesima il livello di *Performance* risulta già basso, con valori compresi tra 0,35 (Umbria) e 0,26 (Valle d'Aosta). Lazio, Basilicata, Liguria, Puglia, Sicilia, Campania, Abruzzo e Calabria occupano le ultime otto posizioni, con un indice di *Performance* inferiore al 25%.

Figura 56
Indice di Performance
Categoria Professioni Sanitarie



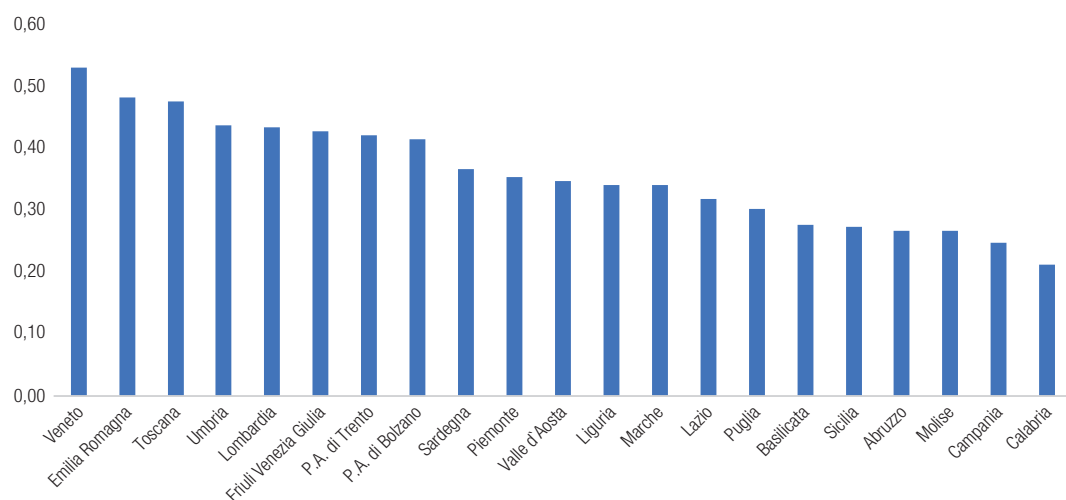
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto al *ranking* generale, il Veneto conferma la prima posizione; la Lombardia balza dal quarto al secondo posto, a scapito dell'Emilia Romagna che diventa terza. La Calabria si conferma all'ultimo posto e l'Abruzzo perde una posizione passando al penultimo posto.

Categoria Management aziendale

Per la Categoria *Management* aziendale il *gap* tra la Regione più performante e quella meno è pressoché simile a quello del *ranking* “generale”: si passa da un valore massimo del 53% del Veneto ad uno minimo del 21% della Calabria. Il Veneto occupa sempre la prima posizione, con un indice di *Performance* pari al 53%; seguono Emilia Romagna e Toscana con una *Performance* pari al 48%. All'estremo opposto troviamo Calabria, Campania e Molise che occupano le ultime tre posizioni con un valore dell'indice di *Performance* inferiore al 27% (tra il 26% e il 21%).

Figura 57
Indice di Performance
Categoria Management aziendale



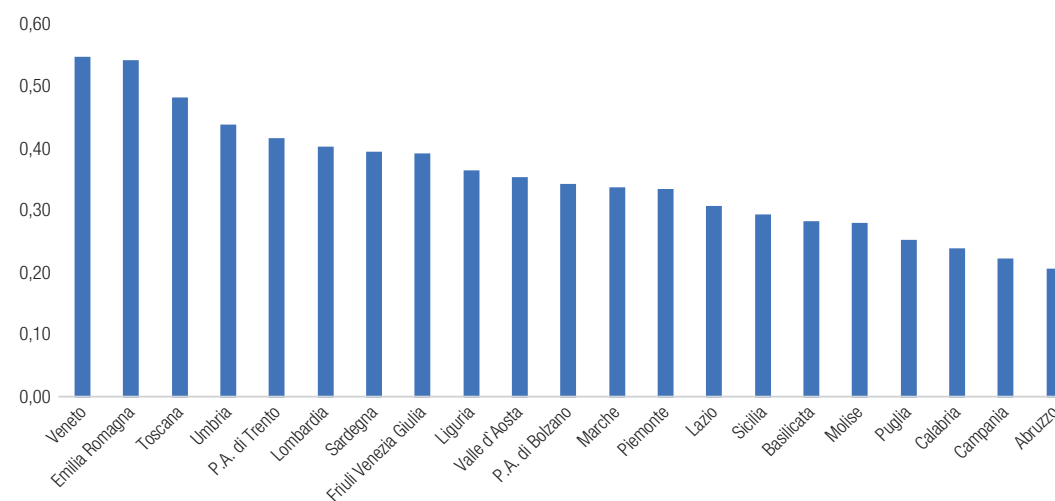
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

In questo *ranking* il Veneto, l'Emilia Romagna e la Toscana confermano le prime tre posizioni; la Lombardia perde una posizione rispetto al *ranking* “generale”, dal quarto posto al quinto, a scapito dell'Umbria, che passa dal sesto al quarto. All'estremo opposto abbiamo la Calabria e la Campania, che confermano le ultime due posizioni, e la Puglia recupera due posizioni, passando dal diciassettesimo posto al quindicesimo.

Categoria Industria medicale

Per i rappresentanti dell'Industria medicale la misura di *Performance* varia dal 55% del Veneto e dell'Emilia Romagna al 21% dell'Abruzzo. Toscana, Umbria e P.A. di Trento seguono il Veneto e l'Emilia Romagna con un livello di *Performance* che varia tra il 48% e il 42%. Nelle ultime posizioni troviamo Abruzzo, Campania, Calabria, Puglia, Molise e Basilicata che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 28% e il 21%.

Figura 58
Indice di Performance
Categoria Industria medicale



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

Rispetto al *ranking* “generale”, le prime tre posizioni restano invariate; l'Umbria guadagna due posizioni, diventando quarta, a scapito della Lombardia che invece ne perde due, diventando sesta. Nella parte bassa del *ranking* la Calabria guadagna due posizioni, passando da ultima a terz'ultima, a scapito dell'Abruzzo, che occupa l'ultima posizione.

7. Riflessioni finali

Il progetto sulle *Performance* Regionali del C.R.E.A. Sanità, giunto alla sua X edizione, intende fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie e sociali, con la finalità ultima di promuovere miglioramenti nelle opportunità di tutela socio-sanitaria offerte nei diversi luoghi di residenza regionale.

In questa annualità si è voluto consolidare l'integrazione nell'approccio della dimensione Sociale, anche con la partecipazione di rappresentanti degli Enti locali nell'*Expert Panel*.

Si è convenuto di inserire tra le Dimensioni una nuova area di valutazione della *Performance*, rappresentata dal Sociale; in particolare, sono stati selezionati quali ambiti per il sociale (estensione del sanitario) l'assistenza domiciliare erogata dai Comuni, l'inserimento lavorativo delle persone affette da disagio mentale e il riconoscimento di *voucher*, bonus economici a favore dei cittadini con disagio.

In occasione della ricorrenza della decima edizione della progettualità, si è anche sviluppata una analisi aggiuntiva, dedicata alla dinamica degli indicatori nel tempo adottati.

In particolare, si è fatto un focus su quelli utilizzati per almeno cinque anni: essi sono otto (1 di Appropriatezza, 1 Economico-Finanziario, 2 di Equità, 2 di Esiti, 2 di Innovazione).

Dalla dinamica registrata negli anni è emerso un miglioramento di molti indicatori, che ha interessato soprattutto le realtà del Centro e del Mezzogiorno, permettendo una riduzione del *gap* rispetto alle altre ripartizioni geografiche.

Rimangono due zone d'ombra: quella generale relativa alla variabilità dello sviluppo della digitalizzazione; e quella del peggioramento dell'equità nel Sud, che esaspera le disparità esistenti.

Passando ai risultati della X edizione, e al *ranking* delle *Performance* regionali, possiamo osservare come il diverso contributo delle Dimensioni di analisi generi spunti per valutare la rispondenza dei modelli in atto rispetto alle aspettative dei portatori di interesse: Veneto, Emilia Romagna, Toscana e P.A. di Bolzano sono le realtà più “premiata” dagli Utenti; Veneto, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana, dai Professionisti sanitari; Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Friuli Venezia Giulia dalle Istituzioni; Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Umbria dal *Management* e dall'Industria.

Si ricorda che la valutazione prodotta si basa sulla consapevolezza che la tutela socio-sanitaria è responsabilità condivisa in tutte le politiche, da quelle ambientali a quelle economiche, etc., ivi compresi i comportamenti dei cittadini: espressi nelle decisioni sulle risorse private da destinare ai consumi sanitari, piuttosto che nell'adozione di corretti stili di vita (attività fisica, corretta alimentazione, etc.).

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

L'adozione di una logica multi-dimensionale e multi-prospettiva implica l'utilizzo di “pesi” di composizione, che rendano conto del diverso contributo alla *Performance* che può essere attribuito alle Dimensioni, come anche alle differenze di priorità degli *stakehol-*

der: ed anche quest'anno si conferma che le differenze di prospettiva condizionano le valutazioni.

Nello specifico delle valutazioni della X edizione del progetto, osserviamo che gli indicatori di resilienza del sistema, proposti alla selezione del *Panel*, non hanno raggiunto la soglia minima individuata per la loro adozione; si conferma l'opinione del *Panel*, il quale ritiene che la gestione del COVID da parte delle Regioni non debba impattare, per i motivi sopra argomentati, sulla valutazione del livello di *Performance*.

Non di meno, l'impatto della pandemia si coglie in alcune modifiche di prospettiva, legate all'importanza relativa attribuita alle diverse Dimensioni di valutazione. Ad esempio, possiamo osservare come rispetto alla precedente edizione siano stati sostituiti 6 indicatori su 15:

- “Disavanzo economico-finanziario pro capite” sostituito con “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali”
- “Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni” sostituito con “Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche”
- “Mortalità evitabile” sostituito con “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti”
- “Quota ricoveri medici oltresoglia per *over 75*” sostituito con “Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale”
- “Quota di dimessi vivi non al domicilio” sostituito con “Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base”
- “Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico” sostituito con “Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate relativamente ai documenti del nucleo minimo”.

Il “ritorno” dell'indicatore dell'incidenza dei consumi sanitari privati probabilmente è da attribuire all'osservazione di un aumento del ricorso ai consumi privati, nell'attesa che nei servizi pubblici si ritorni alla funzionalità pre-pandemia; l'introduzione dell'indicatore sull'assistenza domiciliare probabilmente è da attribuire alla tendenza, dichiarata anche nella Missione 6 del PNRR, di gestire sempre più il paziente cronico al suo domicilio.

Registriamo anche un significativo spostamento di attenzione verso la prevenzione, sia con l'indicatore sugli *screening*, sia quello sull'adozione di stili di vita corretti.

Per la Dimensione Equità si confermano da diversi anni preferenze che tendono a descrivere un atteggiamento di “stigma” verso le situazioni che evidenziano maggiori iniquità, che si sono esasperate nella fase pandemica.

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

Va osservato che il “peso” della Dimensione si è significativamente ridotto, fenomeno certamente da mettere in relazione anche con l'introduzione della nuova dimensione Sociale, con la quale sono possibili ambiti di sovrapposizione.

Per la Dimensione Esiti, si conferma l'importanza della qualità di vita: all'indicatore sulla speranza di vita in buona salute alla nascita, ne è stato affiancato uno nuovo sull'ado-

zione di stili di vita corretti; soprattutto da parte delle Professioni sanitarie viene attribuito una quota importante della *Performance* (75%) a questi aspetti.

Per gli indicatori relativi alla presa in carico extra-ospedaliera dei cronici e dei casi non gravi da parte del pronto soccorso si raggiungono valori di *Performance* “meno soddisfacenti” in corrispondenza dei migliori valori registrati a livello nazionale; per quello relativo all’adesione agli *screening* il livello di *Performance* associato ai valori più bassi riscontrati in Italia è quasi ottimale.

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

Per la Dimensione Economico-Finanziaria osserviamo la tendenza a ritenere che il ridursi dell’onere, ovvero della spesa sanitaria totale pro-capite, comporterebbe un contributo positivo in termini di *Performance*, ma contenuto quando la spesa scende al di sotto di un valore soglia; per l’indicatore sull’incidenza dei consumi privati emerge la consapevolezza da parte degli Utenti di una sorta di ineluttabilità del ricorso a tali spese, tali da giustificarne in parte l’adozione.

Per la Dimensione Sociale si conferma per tutti e tre gli indicatori una funzione di valore sostanzialmente lineare, con una non piena soddisfazione dei valori migliori nazionali e parziale accettazione dei peggiori solo da parte delle Istituzioni.

Osserviamo, infine, come la nuova Dimensione Sociale introdotta ha registrato una notevole importanza soprattutto da parte degli Utenti.

Concludiamo guardando al futuro del progetto: il *Panel*, consapevole che la Società italiana è in una fase di transizione, ha approfondito alcune tematiche che nei prossimi anni dovranno essere oggetto di valutazione e quindi di misurazione.

Questo richiederà la predisposizione di nuovi flussi e banche dati informative, senza le quali diverrebbe impossibile monitorare l’evoluzione dei sistemi socio-sanitari.

Senza pretesa di esaustività, tra queste è emersa l’esigenza di misurare gli accessi dei cittadini alle COT, Case di Comunità etc., nonché considerare il loro impatto sull’associazione tra MMG/PLS e specialisti del territorio; analogamente sarà necessario monitorare l’effettiva alimentazione del FSE, specialmente in termini di estensione dei suoi contenuti anche alle prestazioni sociali e sanitarie erogate in strutture private. Ancora, tra le tematiche è emersa l’esigenza di erogare una assistenza al domicilio con professionisti specificatamente formati, prevedendo attività formative dedicate a tale ambito già a livello universitario.

Evidentemente si tratta di indicatori finalizzati a misurare il rendimento delle azioni che verranno implementate nei prossimi anni in attuazione del PNRR, affinché possano rappresentare davvero un investimento, scongiurando il potenziale pericolo di un finanziamento di azioni incapaci di generare quei miglioramenti di efficienza e efficacia dei servizi che sono necessarie per la sopravvivenza del nostro *Welfare* socio-sanitario nazionale e regionale.

SCHEDE INDICATORI





DIMENSIONE	ID	INDICATORE
Equità	1	Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie
	2	Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati
	3	Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione per patologie oncologiche
Esiti	4	Aspettativa di vita in buona salute alla nascita
	5	Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti
	6	Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero
Appropriatezza	7	Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche
	8	Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde
	9	Tasso di <i>screening</i> cervicale, mammografico e colonrettale
Innovazione	10	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
	11	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base
	12	Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate relativamente ai documenti del nucleo minimo
Economico-Finanziaria	13	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	14	Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite
	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	Quota di persone disabili e/o anziani e/o con disagio, che ricevono <i>voucher</i> , assegno di cura o buono socio-sanitario

DIMENSIONE EQUITÀ

INDICATORE N. 1 Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota percentuale di persone che rinuncia a curarsi per motivi economici, di liste di attesa, di lontananza dei luoghi di cura, etc.
Numeratore	Persone che rinunciano a sostenere spese sanitarie
Denominatore	Popolazione totale
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Indagine "BES", ISTAT

INDICATORE N. 2 Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota percentuale di famiglie che rinuncia a curarsi per motivi economici o si impoverisce per via delle stesse. Nota: sono considerate impoverite le famiglie che a causa dei consumi sanitari privati scendono al di sotto della soglia di povertà relativa
Numeratore	Famiglie che sperimentano disagio economico
Denominatore	Famiglie residenti in Italia
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su Indagine "Consumi delle famiglie" ISTAT

INDICATORE N. 3 Quota di cittadini che si ricoverano fuori Regione per patologie oncologiche	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota percentuale di soggetti affetti da patologie oncologiche che si ricoverano fuori dalla Regione di residenza (escludendo la cosiddetta mobilità di prossimità) Nota: sono considerati prossimi i ricoveri in realtà regionali confinanti, distanti meno di 200 km dalla residenza del paziente
Numeratore	Persone che si sono ricoverate fuori Regione per patologie oncologiche
Denominatore	Persone che si ricoverano per patologie oncologiche
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute

DIMENSIONE ESITI

INDICATORE N. 4 Aspettativa di vita in buona salute alla nascita	
Descrizione	L'indicatore esprime il numero medio di anni che una persona può in media sperare di vivere in buona salute alla nascita
Numeratore	Numero di anni che un individuo si aspetta di vivere in buona salute alla nascita
Denominatore	-
Unità di misura	Anni
Fonte	ISTAT

INDICATORE N. 5 Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota di soggetti che adotta corretti stili di vita Nota: per corretti stili di vita si intende che non consuma alcol/non fuma/ha una alimentazione corretta/pratica attività fisica
Numeratore	Persone che adottano stili di vita corretti
Denominatore	Popolazione totale
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT

INDICATORE N. 6 Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota di pazienti con esito infausto per Infarto Miocardico Acuto Nota: si considera la mortalità entro trenta giorni dalla data del ricovero indice
Numeratore	Morti per Infarto Miocardico Acuto entro 30 giorni dal ricovero
Denominatore	Pazienti con Infarto Miocardico Acuto
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Programma Nazionale Esiti (Age.n.a.s.)

DIMENSIONE APPROPRIATEZZA

INDICATORE N. 7
Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di popolazione che è stata ricoverata a causa di patologie croniche Nota: si considerano diabete, BPCO, asma e scompenso cardiaco
Numeratore	Ricoveri per patologia cronica
Denominatore	Popolazione totale
Unità di misura	Ogni 100.000 abitanti
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della salute

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

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di accessi al pronto soccorso di adulti con codice di dimissione bianco/verde Nota: si considerano gli accessi nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00
Numeratore	Accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde
Denominatore	Popolazione adulta
Unità di misura	Ogni 1.000 ab. adulti
Fonte	Nuovo Sistema di Garanzia, Ministero della Salute

INDICATORE N. 9
Tasso di *screening* cervicale, mammografico e colonrettale

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di popolazione <i>target</i> che si è sottoposta a <i>screening</i> per cervicale, mammografico e colonrettale Nota: l'indicatore considera le popolazioni per le quali è previsto lo <i>screening</i>
Numeratore	Numero di <i>screening</i> cervicale, mammografico e colonrettale annui
Denominatore	Popolazione <i>target</i> per le tre tipologie di <i>screening</i> *3
Unità di misura	Valori in % popolazione <i>target</i>
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute

DIMENSIONE INNOVAZIONE

INDICATORE N. 10
Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive

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

INDICATORE N. 11
Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di pazienti assistiti al domicilio con attività assistenziale base
Numeratore	Persone adulte seguiti a domicilio con intensità assistenziale (CIA) base
Denominatore	Popolazione adulta
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Nuovo Sistema di Garanzia, Ministero della Salute

INDICATORE N. 12
Quota di alimentazione FSE rispetto alle prestazioni erogate relativamente ai documenti del nucleo minimo

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di prestazioni erogate, inserite nel FSE, relativamente ai documenti del nucleo minimo
Numeratore	Numero di prestazioni del nucleo minimo inserite nel FSE
Denominatore	Numero di prestazioni del nucleo minimo erogate
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Ministero Innovazione Tecnologica e Transizione Digitale

DIMENSIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

INDICATORE N. 13

Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata

Descrizione	L'indicatore esprime la spesa sanitaria annua, pubblica e privata, per cittadino residente Nota: dato standardizzato per le caratteristiche di bisogno della popolazione
Numeratore	Spesa sanitaria totale (pubblica e privata)
Denominatore	Popolazione standardizzata
Unità di misura	Valori in €
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ragioneria dello Stato, ISTAT, ANIA

INDICATORE N. 14

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

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

INDICATORE N. 15

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 che ricevono interventi per l'integrazione sociale da parte degli enti locali Nota: si considerano deboli o a rischio persone affette da dipendenze, anziani o poveri
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

Quota di persone disabili e/o anziani e/o con disagio, che ricevono voucher, assegno di cura o buono socio-sanitario

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di persone disabili e/o anziani e/o con disagio che ricevono voucher, assegno di cura o buono socio-sanitario da parte degli enti locali
Numeratore	Persone disabili e/o anziani e/o con disagio, che ricevono voucher, assegno di cura o buono socio-sanitario
Denominatore	Persone disabili e/o anziani e/o con disagio
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT



Finito di stampare
nel mese di luglio 2022 presso
Locopress industria grafica
Mesagne (Brindisi) - Italia
per conto di
Locorotondo editore
ISBN 978-88-99078-00-0



Locorotondo editore
ISBN 978-889907857-7



9 788899 078577