

“Le *Performance* Regionali”



VIII edizione
2020

D. d'Angela
B. Polistena
F. Spandonaro







“Le *Performance Regionali*” VIII edizione (2020)

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



Sommario

Indice delle figure	4
Credits	8
Exper Panel	9
Componenti Work groups	14
Ringraziamenti	15
Executive summary	16
1. Introduzione	20
2. Metodologia	23
3. La Performance e l'emergenza sanitaria da COVID-19: il parere dell'expert Panel	26
4. Risultati	31
4.1. Scelta degli indicatori di Performance per Dimensione	41
4.2. Le funzioni di valore degli indicatori	52
4.3. La composizione degli indicatori	89
4.4. Riflessioni sul contributo delle Dimensioni alla Performance	91
5. La Performance regionale	93
6. Riflessioni finali e contributi alla politica sanitaria	99
Schede indicatori	103

Indice delle figure

Figura 1	Oggetto della <i>Performance</i>	20
Figura 2	Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici	33
Figura 3	Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati	34
Figura 4	Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza	35
Figura 5	Aspettativa di vita in buona salute	37
Figura 6	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite	38
Figura 7	Quota cittadini molto soddisfatti per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie	39
Figura 8	Quota di interventi (Carcinoma mammario, frattura del femore, angioplastica, <i>by-pass</i> aorto-coronarico, colecistectomia laparoscopica) effettuati in centri rispondenti ai requisiti previsti dal D.M. n.70/2015	41
Figura 9	Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari cronico-ostruttive, influenza nell'anziano)	42
Figura 10	Quota ricoveri medici oltre soglia per <i>over 75</i>	43
Figura 11	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopiche e/o robotiche)	45
Figura 12	Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	46
Figura 13	Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio	47
Figura 14	Quota spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata	49
Figura 15	Quota fra spesa sanitaria totale pro-capite e PIL pro-capite	50
Figura 16	Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile	51
Figura 17	Quota famiglie che rinunciano a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici Funzione valore per Categoria	53
Figura 18	Quota famiglie che rinunciano a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici Funzione valore per Categoria Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19	54
Figura 19	Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati Funzione valore per Categoria	55
Figura 20	Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati Funzione valore per Categoria Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19	56

Figura 21	Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza Funzione valore per Categoria	57
Figura 22	Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza Funzione valore per Categoria Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19	58
Figura 23	Dimensione Sociale Funzione valore media per indicatore	59
Figura 24	Aspettativa di vita in buona salute Funzione valore per Categoria	60
Figura 25	Aspettativa di vita in buona salute Funzione valore per Categoria Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19	61
Figura 26	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite Funzione valore per Categoria	62
Figura 27	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite Funzione valore per Categoria Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19	63
Figura 28	Quota cittadini molto soddisfatti per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie Funzione valore per Categoria	64
Figura 29	Quota cittadini molto soddisfatti per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie Funzione valore per Categoria Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19	65
Figura 30	Dimensione Esiti Funzione valore media per indicatore	66
Figura 31	Quota di interventi (carcinoma mammario, frattura del femore, angioplastica, <i>by-pass</i> aorto-coronarico, colecistectomia laparoscopica) effettuati in centri rispondenti ai requisiti previsti dal D.M. n.70/2015 Funzione valore per Categoria	67
Figura 32	Quota di interventi (carcinoma mammario, frattura del femore, angioplastica, <i>by-pass</i> aorto-coronarico, colecistectomia laparoscopica) effettuati in centri rispondenti ai requisiti previsti dal D.M. n.70/2015 Funzione valore per Categoria Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19	68
Figura 33	Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari cronico-ostruttive, influenza nell'anziano) Funzione valore per categoria	69

Figura 34	Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari cronico-ostruttive, influenza nell'anziano) Funzione valore per Categoria Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19	70
Figura 35	Quota ricoveri medici oltre soglia per <i>over 75</i> Funzione valore per Categoria	71
Figura 36	Quota ricoveri medici oltre soglia per <i>over 75</i> Funzione valore per Categoria Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19	72
Figura 37	Dimensione appropriatezza Funzione valore media per indicatore	73
Figura 38	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive Funzione valore per Categoria	74
Figura 39	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive Funzione valore per Categoria Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19	75
Figura 40	Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) Funzione valore per Categoria	76
Figura 41	Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) Funzione valore per Categoria Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19	77
Figura 42	Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio Funzione valore per Categoria	78
Figura 43	Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio Funzione valore per Categoria Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19	79
Figura 44	Dimensione Innovazione Funzione valore media per indicatore	80
Figura 45	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata Funzione valore per Categoria	81
Figura 46	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata Funzione valore per Categoria Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19	82
Figura 47	Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite Funzione valore per Categoria	83
Figura 48	Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite Funzione valore per Categoria Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19	84

Figura 49	Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile Funzione valore per Categoria	85
Figura 50	Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile Funzione valore per Categoria Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19	86
Figura 51	Dimensione Economico-Finanziaria Funzione valore media per indicatore	87
Figura 52	Contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> Per Categoria	91
Figura 53	Variazioni del contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> VIII vs VII edizione	92
Figura 54	Indice di <i>Performance</i>	93
Figura 55	Indice di <i>Performance</i> Categoria Utenti	94
Figura 56	Indice di <i>Performance</i> Categoria Istituzioni	95
Figura 57	Indice di <i>Performance</i> Categoria Professioni Sanitarie	96
Figura 58	Indice di <i>Performance</i> Categoria <i>Management</i> aziendale	97
Figura 59	Indice di <i>Performance</i> Categoria Industria medicale	98

Credits

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

Hanno collaborato:

- BELLET Ilaria
Sidera srl, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”
- BERNARDINI ANNA CHIARA
C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”
- BONO Martina
C.R.E.A. Sanità
- CARRIERI Ciro
C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”
- CIOPPA Marco
C.R.E.A. Sanità
- d'ANGELA Claudia
C.R.E.A. Sanità
- FRATINI Adriana
C.R.E.A. Sanità
- MIGLIORE Antonio
C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”
- PLONER Esmeralda
C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”
- POLISTENA Barbara
C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”
- QUATTROCIOCCHI Erika
C.R.E.A. Sanità

Supervisor del Progetto

- BARBON GALUPPI Renza
già Presidente Onorario Federazione Italiana Malattie Rare onlus - UNIAMO
- 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

- ACETI Tonino
Portavoce della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI).
- ANELLI Filippo
Presidente Fnomceo
- ANNICCHIARICO Giuseppina
Coordinatrice del Co.Re.Ma.R. (Coordinamento Regionale Malattie Rare - A.Re.S.S. Puglia)
- ARCANGELI Emanuela
Amgen
- ARPAIA Guido
Presidente Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare
- BALZANELLI Mario Giosuè
Presidente SIS118
- BARBIERA Maurizio
Boeringher Inghelim
- BERETTA Giordano
Presidente AIOM
- BIASCI Paolo
Presidente FIMP
- BOLDI Rossana
Vicepresidente Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati
- BORDON Paolo
Direttore Generale AUSL Bologna, già Direttore Generale APSS Trento
- BORLOTTI Barbara
Nestlé Health Science
- BOSIO Marco
Direttore Generale ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
- BRANCA Marta
Direttore Generale INMI Spallanzani - Roma
- BURGIO Luigi
Teva
- CANTÙ Maria Cristina
Vicepresidente Commissione Igiene e Sanità Senato
- CARRADORI Tiziano
Direttore Generale A.O.U. di Ferrara
- CARTABELLOTTA Nino
Presidente Fondazione Gimbe

- CASATI Giorgio
Direttore Generale ASL Latina
- CATTINA Grazia
Direttore ASL Nuoro
- CELANO Antonella
Presidente APMAR
- CINQUE Ettore
Assessore Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale Reg. Campania
- COBELLO Francesco
Direttore Generale A.O.U di Verona
- CREAZZOLA Simona
Vice Presidente SIFO
- DAL MASO Maurizio
*Consulente in Organizzazione Aziendale e Formatore in Project Management
Accademia Nazionale di Medicina*
- D'ANTONA Rosanna
Presidente Europa Donna
- D'ARPINO Alessandro
Direttore Farmacia AOU di Perugia
- DE GIORGI Serafino
Presidente Società Italiana di Psichiatria Sociale
- DEGRASSI Flori
Direttore Generale ASL Roma 2
- DEI Simona
Direttore Sanitario Azienda USL Toscana Sud Est
- DELVINO Vito Antonio
Direttore Generale IRCCS Istituto Tumori Bari Giovanni Paolo II
- DE PAOLIS Paolo
Presidente Società Italiana di Chirurgia
- DESIDERI Enrico
Presidente Fondazione Sicurezza in Sanità
- DI BARTOLO Paolo
Presidente Associazione Medici Diabetologi
- DI LORENZO Nicola
Past President SICOB
- DI MATTEO Luigi
Consigliere Società Italiana di Reumatologia
- DONNINI Nello
Allergan
- ERRICO Mariangela
Presidente NPS Italia Onlus
- FAILLA Giacomo
Presidente Società di Diagnostica Vascolare
- FASCÌ Antonio
Roche
- FAVARETTI Carlo
Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano
- FIORAVANTI Laura
Takeda
- FLOR Luciano
Direttore Generale A.O.U Padova
- FRITTELLI Tiziana
Presidente Federsanità - ANCI, Direttore Generale Policlinico Tor Vergata
- GADDO Flego
*Direttore Sanitario, Ospedale Evangelico Internazionale; Coordinatore Rete Ligure HTA,
Regione Liguria*
- GAUDIOSO Antonio
Segretario Generale Cittadinanzaattiva
- GIORGINO Francesco
Presidente Società Italiana di Endocrinologia
- GIOVANNITTI Massimo
Eli Lilly
- GORGONI Giovanni
Direttore Generale A.Re.S.S. Puglia
- GRONCHI Alessandro
Presidente Eletto Società Italiana di Chirurgia Oncologica
- IANNONE Primiano
*Direttore Centro Nazionale Eccellenza Clinica, Qualità e Sicurezza delle Cure
Istituto Superiore di Sanità*
- LAUDATI Sergio
Sanofi
- LA VALLE Giovanni
Commissario AOU Città della Salute e della Scienza Torino
- LOMBARDO Massimo
Direttore Generale ASST Lodi
- MAGHERI Marco
Responsabile Area Comunicazione e Brand Management Bio-Campus Roma
- MAGRINI Nicola
Direttore Generale AIFA
- MANCUSO Anna Maria
Presidente Salute Donna

- MANTOAN Domenico
Presidente AIFA
- MARCOLONGO Adriano
Direttore Generale AOU Sant'andrea di Roma
- MASTRILLI Fabrizio
Direttore Sanitario Istituto Europeo di Oncologia
- MESSINA Walter
Direttore Generale AO Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello Palermo
- MONTORSI Marco
Rettore Humanitas
- PANNUTI Raffaella
Presidente Fondazione ANT Italia Onlus
- PIAZZOLLA Vito
Direttore Generale Ospedali Riuniti di Foggia
- PIETRANTONIO Filomena
Direttore UOC Medicina Generale ASL Roma 6
- POLIMENI Joseph
Direttore Generale Azienda Sanitaria Friuli Occidentale
- PRISCO Luisanna
Astellas
- QUINTALIANI Giuseppe
Consigliere Società Italiana di Nefrologia
- RICCARDI Riccardo
Vicepresidente e Assessore Salute Regione Friuli Venezia Giulia
- RIGATTIERI Stefano
Membro Consiglio Direttivo GISE
- RITROVATO Daniela
Novartis
- RIVELLA Alessandra
Presidente Associazione A.N.N.A.
- RUSCITTI Giancarlo
Direttore Dipartimento Salute Politiche Sociali della P.A. di Trento
- RUTIGLIANO Claudia
Fondazione MSD
- SCACCABAROZZI Massimo
Presidente Farmindustria
- SCARCELLA Carmelo
Direttore Generale ASST Del Garda
- SCHAEEL Thomas
Direttore Generale ASL Vasto-Chieti
- SCHITTULLI Francesco
Presidente Lega Italiana Lotta ai Tumori
- SCOTTI Silvestro
Segretario Nazionale FIMMG
- SEGNANA Stefania
Assessore alla Salute, Politiche Sociali, Disabilità e Famiglia P.A. Trento
- SINIBALDI Alessandra
Janssen
- SILVESTRI Norberto
Consigliere d'amministrazione di Action For Health Institute Foundation
- SOFFIENTINI Maria Elena
Lundbeck
- STARACE Fabrizio
Presidente Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica
- TANESE Angelo
Direttore Generale ASL Roma 1
- URBANI Andrea
Direttore Generale Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute
- VANZETTO Andrea
Novo Nordisk
- VIALE Sonia
Vicepresidente e Assessore alla Sanità, Politiche Sociali e Sicurezza Regione Liguria
- VIORA Ugo Giuseppe
Vice Presidente ANAP Onlus
- WIDMANN Thomas
Assessore Salute, Banda Larga e Cooperative P.A. Bolzano
- ZANETTA Gian Paolo
Direttore Generale Presidio Ospedaliero del Cottolengo
- ZANETTI Michela
Presidente Società Italiana Nutrizione Parenterale ed Enterale
- ZIBELLINI Marco
Chiesi



Componenti *work groups*

WORK GROUP 1

- ACETI Tonino
- ARCANGELI Emanuela
- BARBIERA Maurizio
- CATTINA Grazia
- GUAITA Giacomo
- SCHAEEL Thomas

WORK GROUP 2

- BORLOTTI Barbara
- CELANO Antonella
- DI LORENZO Nicola

WORK GROUP 3

- ARPAIA Guido
- BOSIO Marco
- CASATI Giorgio
- DESIDERI Enrico
- DI MATTEO Luigi
- DONNINI Nello
- FASCI Antonio
- FIORE Pietro
- NALDONI Carlo
- RIVELLA Alessandra

WORK GROUP 4

- BALZANELLI Mario
- CREAZZOLA Simona
- FIORAVANTI Laura
- FLORI Degrassi
- GADDO Flego
- GIOVANNITTI Massimo
- LOMBARDO Massimo

WORK GROUP 5

- AMANTE Anna Maria
- DEL MASO Maurizio
- FAVA Valeria
- LAUDATI Sergio
- PRISCO Luisanna
- RIGATTIERI Stefano

WORK GROUP 6

- CALABRESE Nicola
- DORIA Mattia
- GALLO Ottavio
- MAGHERI Marco
- PALOMBELLA Onofrio
- PONZIANELLI Anna
- RITROVATO Daniela

WORK GROUP 7

- D'ARPINO Alessandro
- FAVARETTI Carlo
- FRANCHI Andrea
- GRONCHI Alessandro
- MARCOLONGO Adriano
- MERCURI Marina
- PANNUTI Raffaella
- SOFFIENTINI Maria Elena

WORK GROUP 8

- DE GIORGI Serafino
- MINICHIELLO Elisa
- PIETRANTONIO Filomena
- QUINTALIANI Giuseppe
- SACCA Paolo Francesco
- SILVESTRI Norberto
- VANZETTO Andrea
- VIORA Ugo Giuseppe
- ZANETTI Michela

Ringraziamenti

L'VIII edizione del progetto “Le Performance Regionali” è stata realizzata grazie ai *grant* incondizionati di:



Executive summary

Il progetto “Le Performance Regionali”, giunto nel 2020 alla sua ottava annualità, nasce con l’ambizione di fornire un contributo scientifico alla definizione delle politiche sanitarie, fornendo una valutazione delle opportunità che, a livello regionale, i cittadini hanno di tutelare la propria salute.

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

Segue a questa impostazione, che la misura della *Performance* deve prevedere una composizione delle diverse Dimensioni e anche delle diverse Prospettive.

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

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

L’esercizio guarda alla *Performance* dal lato della domanda (ovvero dei cittadini), non dell’offerta (pubblica) di servizi: va sottolineato che, quindi, il progetto non ha una vocazione “tecnocratica”; in altri termini, non è finalizzato a promuovere l’*accountability* dei sistemi sanitari regionali, ovvero a misurare il loro grado di raggiungimento degli obiettivi di Sanità pubblica; compito peraltro già svolto da altre iniziative, istituzionali e non.

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

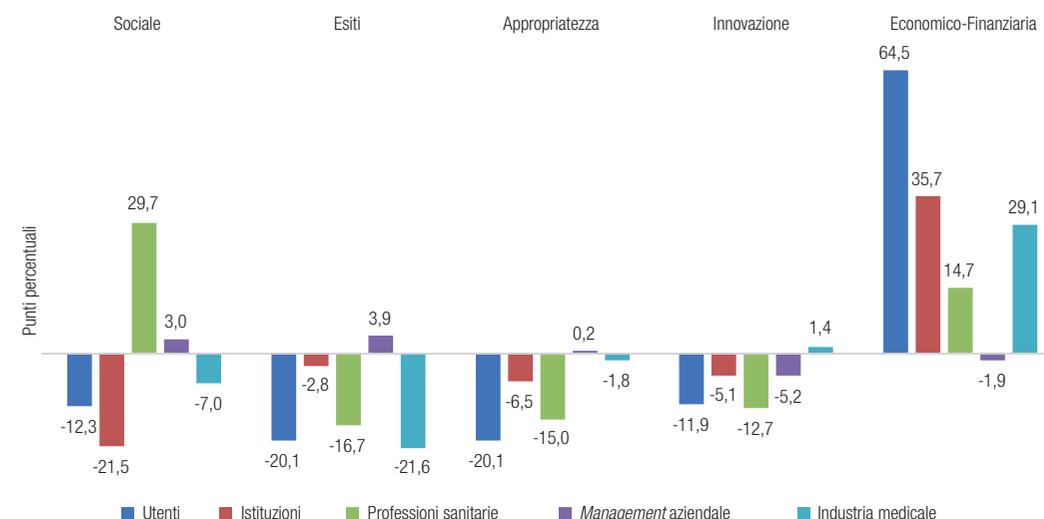
In altri termini, la tutela della salute è responsabilità condivisa in tutte le politiche, da quelle ambientali a quelle economiche, tanto per citare casi evidenti; e passa altresì per i comportamenti dei cittadini, come ad esempio nelle decisioni di spesa privata per la Sanità: la misura di *Performance*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

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

In questa annualità è emerso infatti come, l’esperienza di gestione dell’emergenza sanitaria dovuta al COVID-19, ha comportato delle modifiche nelle priorità di azione, e quindi nella selezione di alcuni indicatori, indicative di una maggiore attenzione alla presa in carico territoriale, alla qualità dei servizi (ospedalieri e non) e all’esigenza di un rifinanziamento rapportato alle possibilità economiche (PIL).

Ad esempio, in termini di “peso” delle varie Dimensioni, l’aumento di quella economica (ridottosi progressivamente nelle precedenti edizioni), condiviso da tutte le categorie di *stakeholder*, ad eccezione del *Management* aziendale (che di fatto ha adempiuto alla mission del “pareggio di bilancio”), è probabilmente ascrivibile all’importanza data all’impatto, aumentato, delle spese private sui cittadini ovvero all’indicatore di incidenza dei consumi sanitari sul reddito disponibile. L’incremento del peso della Dimensione è stato significativo per gli Utenti, per i rappresentanti dell’Industria medicale, delle Istituzioni e delle Professioni sanitarie.

Variatione (VIII vs VII ed.) del contributo (%) delle diverse Dimensioni alla Performance Per Categoria di stakeholder

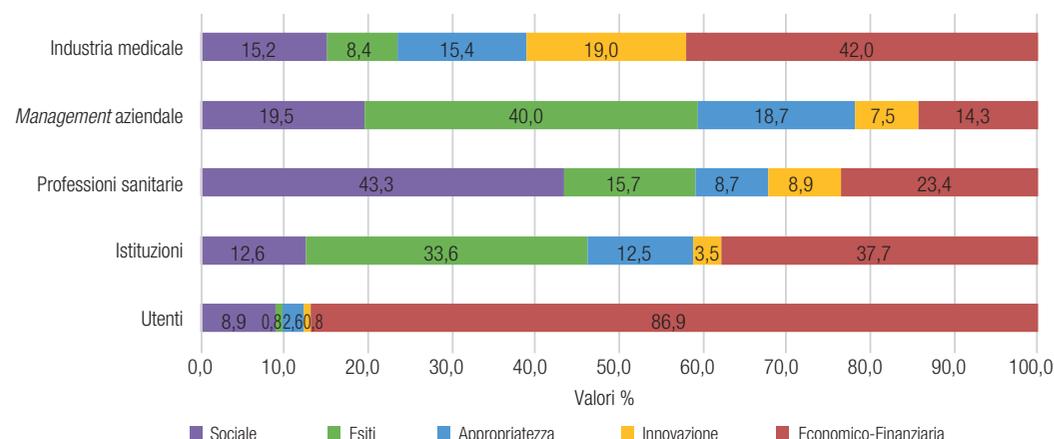


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

L’esercizio di elicitazione del 2020 ha registrato come le Dimensioni Economico-Finanziaria e Sociale contribuiscano maggiormente alla *Performance* (40,9% e 19,9% rispettivamente), seguite da Esiti (19,7%); le Dimensioni Appropriatazza e Innovazione, contribuiscono rispettivamente per l’11,6% ed il 7,9%: sebbene con alcune apprezzabili differenze quantitative, questo *ranking* delle Dimensioni è condiviso da quasi tutte le categorie di *stakeholder*, ad eccezione del *Management* aziendale e delle Professioni sanitarie.

Riteniamo di poter avanzare l’ipotesi che l’interpretazione del risultato poggi sulla evidente necessità di recuperare il significato profondo del termine efficienza, inteso come ottimizzazione del rapporto fra Esiti e risorse impegnate, esprimendo un tentativo di superamento delle logiche di mero risparmio di spesa.

Contributo (%) delle Dimensioni alla Performance Per Categoria di stakeholder



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

Il “combinato disposto” di queste dinamiche sembra indicare un riorientamento del dibattito di politica sanitaria: in altri termini, preso atto dell’avvenuto risanamento finanziario, oggi il tema principe sembra diventare quello del rifinanziamento del settore, indirizzati a garantire nel tempo la sopravvivenza delle politiche di tutela.

Il tema è certamente legato anche agli effetti dell’emergenza sanitaria dovuta al COVID-19, per effetto della quale, in questa edizione, è stato effettuato un focus sulle preferenze delle Regioni più colpite dal fenomeno.

Si è riscontrato, in particolare negli Utenti e nelle Professioni sanitarie operanti in queste realtà, un atteggiamento di maggiore “pretesa” nelle loro valutazioni, mentre uno più tollerante per gli afferenti alle Istituzioni.

A riprova di quanto segnalato, nella Dimensione Sociale, osserviamo un atteggiamento di maggiore “pretesa” da parte di chi opera nelle realtà più colpite dal virus; atteggiamento riscontrato, da parte di questi rappresentanti, anche nella Dimensione Innovazione; per la Dimensione Economica gli stakeholder delle realtà più colpite dal COVID-19 sembrano mostrare, rispetto agli altri, una maggior consapevolezza che il livello di spesa non può scendere oltre certi limiti, e allo stesso tempo non può aumentare indipendentemente dal livello di disponibilità di risorse economiche della Regione.

Si conferma, inoltre, come il noto divario Nord-Sud in termini di livelli di tutela della salute, trovi una ulteriore declinazione nei criteri di misurazione della Performance.

Nei ranking di Performance elaborati, si varia tra un massimo del 71% (del risultato massimo ottenibile) ottenuto nella P.A. di Trento, ed un minimo del 33% della Calabria. Come nelle precedenti edizioni, secondo le valutazioni del Panel, anche le migliori Performance regionali attuali risultano significativamente distanti da una Performance ottimale.

Inoltre, permane una condizione tale per cui il divario fra la prima e l’ultima Regione

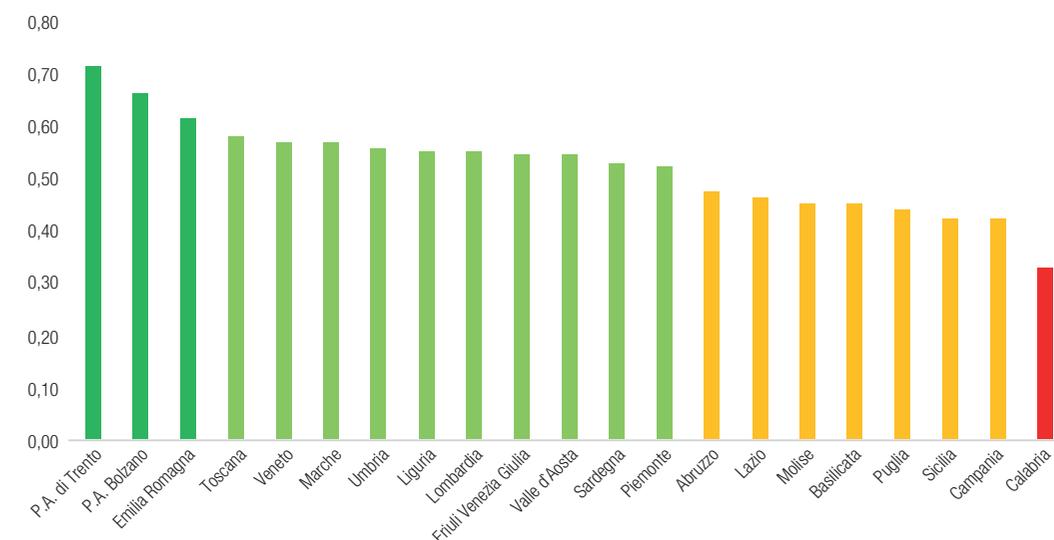
del ranking è rilevante: quasi un terzo delle Regioni non arriva neppure ad un livello pari al 50% del massimo ottenibile.

In tre realtà (P.A. di Trento, P.A. di Bolzano ed Emilia Romagna) i livelli di opportunità di tutela della salute dei cittadini risultano significativamente superiori alle altre (Performance tra il 61% ed il 71%); 10 Regioni hanno comunque livelli di Performance relativamente elevati, compresi fra il 53% e il 58% del livello ottimale: all’interno del gruppo troviamo Toscana, Veneto, Marche, Umbria, Liguria, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Valle d’Aosta, Sardegna, Piemonte, con modeste variazioni fra loro.

In altre 7 Regioni, Abruzzo, Lazio, Molise, Basilicata, Puglia, Sicilia, Campania la Performance si attesta nel range 46-52%.

Infine, abbiamo la Calabria che registra un livello di Performance pari al 33%.

Indice di Performance



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

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

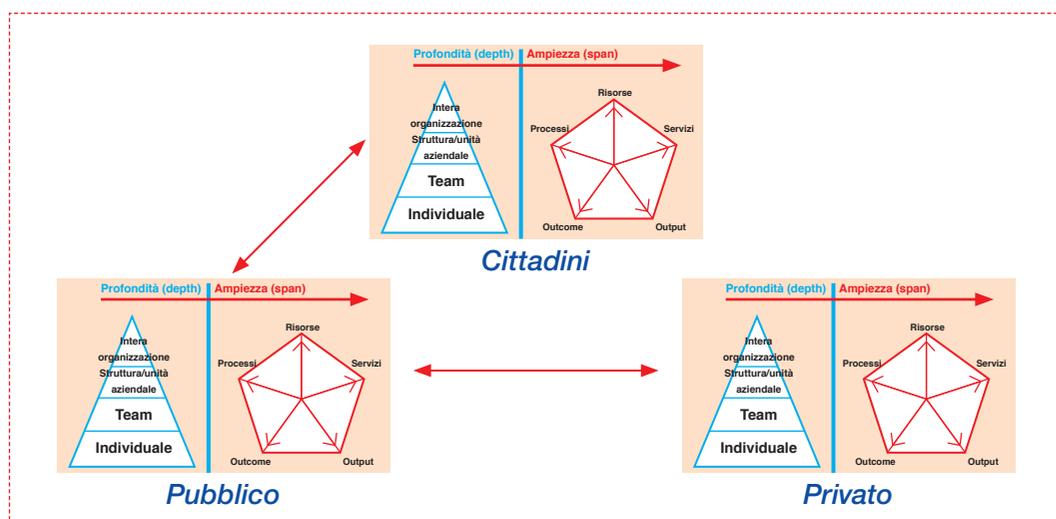
Concludiamo riportando come la discussione tra i componenti del Panel intervenuti al web-meeting ed ai vari work groups, abbia evidenziato l’esigenza di garantire che l’incremento di risorse economiche destinate alla Sanità, resesi disponibili con l’emergenza sanitaria, possa tradursi in investimenti capaci di migliorare l’efficienza e, in generale, la Performance del sistema, evitando che si traducano in una mera spesa improduttiva, che rischierebbe di generare un effetto boomerang.

1. Introduzione

Il progetto “Performance Regionali” del C.R.E.A. Sanità, giunto nel 2020 alla sua ottava annualità, si pone l’obiettivo di fornire una valutazione delle opportunità di tutela della propria salute di cui i cittadini dispongono, in funzione della loro residenza.

L’obiettivo non è quindi quello di redigere una mera classifica delle Performance dei Servizi Sanitari Regionali pubblici (SSR) né, tanto meno, rappresentare il loro grado di raggiungimento di obiettivi tecnocraticamente attribuiti ex ante; la tutela della salute attiene, infatti, ad un ambito più ampio di quello della erogazione di beni e servizi sanitari pubblici, a cui i SSR sono deputati: coinvolge, 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 “produzione di salute”; comprende, ancora, i servizi sociali e tutto ciò che esita nella capacità di inclusione; contiene, infine, il costo-opportunità di destinare risorse pubbliche, ma anche private, al settore socio-sanitario, privandone altri usi meritori. Possiamo quindi affermare che la tutela della salute è quindi un combinato disposto di servizi erogati dal pubblico, dal privato, nonché di atteggiamenti dei cittadini (Figura 1).

Figura 1
Oggetto della Performance



Quello adottato è, quindi, un approccio intrinsecamente fondato sul principio della multidimensionalità della Performance; a questo si aggiunge l’adozione della multi-prospettiva, ovvero l’esplicito riconoscimento del fatto che i “diversi” stakeholder dei sistemi socio-sanitari adottano diverse prospettive in tema di Performance.

Il termine Performance, verrà nel seguito utilizzato per indicare una “misura sintetica della valutazione”.

La sintesi a cui si fa riferimento, viene effettuata adottando un metodo “democratico” di composizione delle diverse possibili dimensioni della valutazione.

Da ultimo, ricordiamo che la Salute, assumendo un approccio olistico, è concetto dinamico e in continua evoluzione, legato alle modifiche del contesto socio-economico, culturale e politico: ne segue che anche la misura della Performance, in quanto valutazione di livelli di tutela della salute conseguiti o conseguibili, non potrà che essere dinamica ed evolutiva.

L’approccio operativamente utilizzato, in continuità con le edizioni precedenti, è il frutto dello sviluppo di una metodologia originale di valutazione, proposto dal team di ricerca di C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) dell’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” nel 2012; lo sviluppo della metodologia è stato reso possibile dalla collaborazione fra C.R.E.A. Sanità e un qualificato Panel di esperti: quest’ultimo è il motore dei processi di affinamento annuale dell’approccio.

Il Panel è anche la “fonte” delle preferenze con cui viene elaborato l’indicatore sintetico di Performance.

Sintetizzando, e rimandando ai report delle precedenti edizioni del progetto per i dettagli metodologici, l’approccio operativo utilizzato si basa su un processo a tre steps, che prevede:

- che il Panel individui e scelga un set di indicatori di Performance
- l’elicitazione del valore mediamente attribuito dai componenti del Panel ai valori delle determinazioni degli indicatori
- l’elicitazione del valore relativo mediamente attribuito dai componenti del Panel ai diversi indicatori.

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

- la dimostrazione/conferma della dipendenza della Performance dalle diverse prospettive di cui sono portatori gli stakeholder
- la dipendenza delle misure di composizione dai fattori politici e culturali di contesto, come anche dalle tendenze delle politiche sanitarie
- l’esistenza di una correlazione fra la misura di Performance ed il contesto professionale dei membri del Panel, indice dell’impatto che i diversi contesti socio-economici hanno sulle aspettative di salute.

In questa ottava annualità hanno aderito al Panel 93 componenti, con una sufficientemente equa distribuzione tra le diverse categorie di stakeholder e le diverse ripartizioni geografiche di provenienza; il Panel risulta attualmente composto come segue:

- 15 rappresentanti delle Istituzioni: 7 nazionali e 8 regionali
- 11 rappresentanti degli Utenti/Cittadini: fra questi 11 Presidenti/Coordinatori nazionali di Associazioni dei pazienti
- 25 rappresentanti delle Professioni sanitarie: di cui 19 Presidenti o Segretari Nazionali di Società Scientifiche, 3 Consiglieri Società Scientifiche, 2 dell’Uni-

versità, 1 Coordinatore regionale di aree cliniche specifiche

- 26 componenti del *Management* sanitario: 19 Direttori Generali di Aziende Sanitarie, 2 Direttori Sanitari di Aziende Sanitarie, 2 Presidenti di fondazione attiva in Sanità, 1 Consulente di *Project Management* in Sanità (già Direttore Generale di azienda sanitaria), 1 Commissario di Azienda Ospedaliera Universitaria, 1 Consigliere di amministrazione di fondazione attiva in Sanità
- 16 rappresentanti dell'Industria medicale: 16 Dirigenti di aziende medicali (farmaci e dispositivi medici) e 1 Presidente di Associazione di Categoria.

Prima di passare ai risultati, è opportuno segnalare alcune modifiche qualificanti della metodologia adottate in questa VIII edizione (2020) del progetto.

Il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità ha proposto al *Panel* un *set* di 27 indicatori, con l'indicazione di selezionarne 3 per ognuna delle cinque Dimensioni predeterminate di valutazione (rimaste invariate nelle ultime cinque edizioni): Esiti, Sociale, Appropriata, Innovazione, Economico-Finanziaria.

La scelta è avvenuta mediante un processo di *consensus* sviluppata utilizzando il metodo *Delphi*, cui sono stati invitati tutti i componenti del *Panel*.

Per quanto concerne la presentazione dei risultati, stante la particolarità del periodo dovuta all'emergenza sanitaria da COVID-19, è sembrato utile considerare anche separatamente le preferenze espresse dagli *stakeholder* operanti in contesti con il maggior tasso di incidenza di COVID-19 (Lombardia, Piemonte, Emilia Romagna, P.A. Trento); inoltre, è stata deputata una particolare attenzione alla dinamica del “peso” delle diverse Dimensioni.

Durante il *meeting* dell'*expert Panel*, tenutosi in modalità *webinar* nel mese di Giugno 2020, si è tenuto altresì un dibattito tra i componenti del *Panel* incentrato su come dovrebbero cambiare le priorità e, di conseguenza, gli indicatori-obiettivo, alla luce delle “evidenze” emerse dallo “*stress-test*” a cui è stato sottoposto il nostro SSN per effetto del COVID-19.

Il seguito del presente *report* è organizzato come segue: dopo un breve riepilogo della metodologia di lavoro, segue la descrizione del processo e degli esiti della *consensus* sugli indicatori; quindi, si analizza l'esito dell'elicitazione delle funzioni di valore degli indicatori, distinte anche per “gruppo” di appartenenza degli *stakeholder*, ovvero a Regioni con elevata incidenza del COVID-19; analogamente, a seguire, si analizza il processo di elicitazione del valore relativo agli indicatori ai fini della composizione della *Performance*; la presentazione dei risultati termina con la descrizione del *ranking* regionale, analizzato sia nel complesso che per singola Categoria di *stakeholder*; si analizza, altresì, la dinamica del contributo alla *Performance* tanto delle diverse Dimensioni, quanto dei singoli indicatori.

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

2. Metodologia

Rimandando ai precedenti volumi di sintesi del Progetto (reperibili su www.crea-sanita.it) per i dettagli strettamente metodologici, ci limitiamo qui a osservare come la metodologia utilizzata per questa edizione del progetto sia sostanzialmente analoga a quella utilizzata nelle edizioni precedenti, garantendo così una sostanziale 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 complessivo di opportunità di tutela della Salute di cui i cittadini possono godere, per effetto della loro diversa residenza regionale; tale misura è ottenuta componendo valutazioni espresse con una logica multi-dimensionale e multi-prospettiva.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'approccio implica un atteggiamento “non paternalistico”, basandosi sulle preferenze dei consumatori sebbene, nel nostro caso, mediate da un *Panel* assunto come rappresentativo delle prospettive che convivono nella Società.

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

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

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

Per quanto concerne il processo di valutazione della VIII edizione del progetto, nel mese di Maggio 2020 tutti i componenti dell'*expert Panel*, avvalendosi di un applicativo *web based*, sono stati chiamati a partecipare ad una *consensus* Delphi, svolta a distanza, deputata a definire la scelta degli indicatori di *Performance* (almeno 3 per Dimensione) da utilizzare; nello specifico, hanno espresso il loro livello di accordo/disaccordo (assegnando un punteggio da 1 a 9) sulla opportunità di inserimento dei 27 indicatori pre-selezionati; gli indicatori erano stati precedentemente pre-elaborati dal C.R.E.A. Sanità, in funzione delle loro caratteristiche di standardizzabilità, rilevanza e disponibilità di dettaglio a livello regionale.

Già al primo *round* si è raggiunto il livello predeterminato di consenso sulla opportunità di inserimento degli indicatori e, quindi, a seguire, il 24 Giugno 2020, si è svolto un *web-meeting* (presenti 67 membri provenienti da 15 Regioni, equamente distribuite tra Nord, Centro e Sud e Isole).

In tale occasione, tutti gli esperti che formano il *Panel* hanno convenuto che non si potesse non tener conto dell'emergenza sanitaria dovuta al COVID-19 e del possibile cambio di “prospettiva” che quest'esperienza genererà sul SSN e conseguentemente sulla valutazione delle *Performance* regionali.

Cambiamento che, peraltro, era già parzialmente emerso durante la fase di *consensus* sugli indicatori.

Il *Panel*, è stato poi suddiviso in 8 gruppi *multistakeholder* che, nelle giornate del 24, 25 e 26 Giugno, si sono riuniti in modalità a distanza, con l'obiettivo di implementare la metodologia e proseguire la discussione, avviata durante il *Panel meeting* collegiale, sulle priorità del servizio sanitario post COVID-19.

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

Gli esiti del processo di elicitazione sono stati poi trasferiti su un applicativo (Logical Decision® ver. 7.2) che ha permesso di stimare le funzioni di utilità multi-attributo, utilizzate per produrre la misura unica di *Performance* Regionale.

3. La Performance e l'emergenza sanitaria da COVID-19: il parere dell'expert Panel

L'VIII edizione del Progetto *Performance Regionali* non può non tener conto dell'emergenza sanitaria dovuta al COVID-19 e del possibile cambio di “prospettiva” che quest'esperienza genererà sul SSN e conseguentemente sulla valutazione delle *Performance* regionali. Peraltro, tale cambiamento è già parzialmente emerso durante la fase di consensus sugli indicatori.

Durante il *meeting*, dopo la presentazione dei risultati della consensus sugli indicatori di *Performance*, è stata sottoposta ai partecipanti l'idea di inserire nel XVI Rapporto Sanità, una analisi qualitativa dell'impatto dell'emergenza, dal momento che l'assenza di dati consolidati non consentirebbe di effettuarne una quantitativa. In particolare, sono stati presentati i tre temi strategici, individuati dal board scientifico che supporta la stesura del Rapporto C.R.E.A., chiedendo al *Panel* l'eventuale accordo su queste tematiche e l'esplicitazione di possibili azioni operative da sottoporre ad una consensus allargata e quindi proporre alla politica:

- Mantenimento e potenziamento delle condizioni di flessibilità che hanno permesso la riorganizzazione del SSN durante l'emergenza;
- Definizione del modello di assistenza primaria (territoriale) che si vuole sviluppare;
- Valutazione dell'efficienza degli investimenti.

Dal *Panel* sono pervenuti diversi suggerimenti e proposte operative, schematizzati nella tabella seguente.

Complessivamente tutti gli intervenuti hanno convenuto nelle seguenti valutazioni:

- 1) L'emergenza sanitaria per il COVID -19 ha generato un extra finanziamento per il SSN: le risorse già stanziare rappresentano una soluzione di continuità rispetto al passato ed appare evidente e condiviso che le scelte che saranno operate in tema di investimento delle risorse disponibili saranno l'elemento strategico per il futuro del Sistema Sanitario; gli investimenti, però, dovranno essere gestiti attraverso un'adeguata programmazione senza la quale si rischia un effetto *boomerang*
- 2) È necessario un rafforzamento delle reti del territorio attuando un potenziamento della prevenzione seguito da una maggiore integrazione tra le politiche sanitarie e le politiche sociali, nonché una adeguata valorizzazione delle politiche per il personale sanitario.

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

Approvvigionamento di beni e servizi	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporre meccanismi diversi per l'acquisizione di prodotti in situazioni emergenziali ✓ Introduzione di meccanismi di controllo per garantire fornitura di prodotti a norma ✓ Rigidità burocratica ed inadeguatezza degli strumenti attuali
---	---

Assistenza ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Riqualificazione dei posti letti ✓ Flessibilità organizzativa per intensità di cura ✓ Adozione di criteri di appropriatezza organizzativa (posti letto/abitante, per intensità di cura etc.) ✓ Attività ospedaliere ordinarie ridotte di almeno il 50% per consentire la gestione dell'emergenza Covid-19. Come si può evitare in futuro? ✓ Predisposizione di strutture emergenziali distinte da quelle ordinarie ✓ Creazione e attivazione di reti oncologiche nelle Regioni finalizzate a ridurre la mobilità passiva ✓ Sviluppo di <i>emergency preparedness</i> per le malattie infettive
Assistenza territoriale	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Potenziamento delle AFT e sviluppo sul territorio ✓ Introduzione di nuovi modelli di assistenza territoriale differenziati per Regione ✓ Potenziamento dell'assistenza domiciliare ✓ Sviluppo del territorio e dell'assistenza primaria come filtro per la rete ospedaliera ✓ Adozione di progetti d'integrazione multidisciplinare nel territorio ✓ Maggiore equità tra i territori
Innovazione tecnologica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sviluppare soluzioni digitali per una sanità sostenibile ✓ Sviluppare piattaforme informatiche di gestione integrata sul territorio (pazienti cronici e non solo) ✓ Implementare strumenti di telemedicina per la gestione dei pazienti cronici ✓ Introduzione di strumenti di monitoraggio <i>real time</i> dei pazienti ✓ Teleconsulto come raccordo tra ospedali e territorio
Cronicità	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sviluppo di <i>hubs</i> specialistici ad alta intensità ✓ Garantire continuità assistenziale Gestione delle peculiarità del paziente cronico (non staticità) ✓ Gestire la cronicità considerando tutte le fasce d'età

Investimenti	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investimenti in prestazioni ambulatoriali per la diagnosi precoce ✓ Monitoraggio della destinazione degli investimenti ✓ Non destinare risorse in nuove strutture ospedaliere: si continuerebbe a potenziare la rete ospedaliera, che andrebbe invece sempre più ridimensionata a favore di quella territoriale ✓ Valutazione degli incrementi di salute generati dagli investimenti ✓ Acquisizione di reti digitali
Risorse umane	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quali saranno gli effetti del Decreto Rilancio? ✓ Mantenimento della flessibilità adottata durante l'emergenza Covid-19 (assunzione specializzandi etc.) ✓ Maggiore coordinazione tra infermieri del territorio e MMG/PLS ✓ Appropriata allocativa ✓ Potenziamento dei <i>teams</i> di lavoro ✓ Implementazione del <i>Pay for Performance</i>
Terzo settore	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definire il ruolo essenziale del terzo settore ✓ Creare una rete integrata ✓ Riforma dell'Università

Infine, dalla discussione tra i componenti del *Panel* è emersa l'esigenza di sviluppare ed introdurre nella valutazione delle *Performance* regionali degli indicatori quali:

- Modelli adottati-esiti
- Aderenza alla terapia
- Bisogno di salute
- Misurazione dello stato nutrizionale dei pazienti
- Infezioni contratte durante il ricovero ospedaliero.

Resoconto *work groups*

Il *Panel* di esperti che ha aderito al *web-meeting*, svoltosi nella mattinata del 24 giugno 2020, è stato suddiviso in 8 gruppi *multistakeholder* con l'obiettivo di implementare la metodologia e proseguire la discussione, avviata durante il *Panel meeting* del 24 u.s., sulle priorità del servizio sanitario post-Covid-19.

Dopo una breve presentazione dei partecipanti, l'ing. d'Angela ha proceduto con la spiegazione dell'applicativo somministrato ai vari partecipanti.

Ultimato lo svolgimento dell'esercizio è stato avviato un confronto tra i componenti del tavolo sui tre temi strategici, individuati dal board scientifico del Rapporto Sanità del C.R.E.A., e sulle possibili azioni da porre in essere nel nostro servizio sanitario alla luce di quanto “appreso” dall'esperienza Covid-19.

Gli spunti forniti sono stati numerosi e sono stati schematizzati nella tabella di seguito riportata.

Complessivamente tutti gli intervenuti hanno convenuto nelle seguenti valutazioni:

- 1) La flessibilità, dimostrata durante l'emergenza Covid-19, deve essere mantenuta e potenziata; l'obiettivo è estendere tale condizione a tutti gli attori del sistema sanitario al fine di farla diventare parte integrante dello stesso
- 2) Esigenza di una ridefinizione del modello di assistenza primaria (territoriale) in un'ottica integrata tra rete ospedaliera e del territorio; quest'ultima deve essere rafforzata, resa maggiormente autonoma e svincolata dalle logiche della politica locale
- 3) La telemedicina deve rappresentare un nuovo strumento per garantire continuità assistenziale, riorganizzazione del tessuto organizzativo, nonché fornire una nuova modalità di presa in carico del paziente.

A seguire si riportano i principali *topics* emersi come meritevoli di approfondimento.

Assistenza territoriale	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Riduzione delle disuguaglianze territoriali ✓ Ridefinizione del modello di assistenza primaria (territoriale) e ripristino dei presidi sul territorio ✓ Potenziamento della medicina preventiva sul territorio ✓ Maggiore flessibilità della regolamentazione delle ASL rispetto a quella regionale ✓ Riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione ✓ U.S.C.A. solo in situazioni emergenziali e non in condizioni di normalità ✓ Limitazione dei poteri della politica locale sulla sanità: rappresentano un limite allo sviluppo dell'assistenza territoriale
--------------------------------	--

Assistenza ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ripresa post COVID-19 della produttività diversa tra strutture private accreditate e pubbliche ✓ Razionalizzare e coordinare il sistema delle reti ospedaliere ✓ Separazione strutture ospedaliere emergenziali-ordinarie ✓ Abbandono della condizione di sicurezza che genera la struttura ospedaliera sul territorio ✓ Mantenimento della flessibilità istituzionale adottata durante l'emergenza sanitaria ✓ Monitoraggio appropriatezza ricoveri
Innovazione tecnologiche	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Potenziare la telemedicina quale strumento per migliorare il tessuto organizzativo e garantire continuità assistenziale, con una contestuale ridefinizione dei percorsi ✓ Potenziare la sorveglianza domiciliare ✓ Istituzionalizzare la teleassistenza ✓ Potenziare la dematerializzazione della ricetta
Investimenti	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definizione di criteri di valutazione chiari e condivisi ✓ Ripristinare e potenziare i servizi sospesi durante il Covid-19 ✓ Prevenzione ✓ Definire il ruolo della politica nella valutazione dell'efficienza degli investimenti ✓ Programmare e redistribuire le risorse ✓ Favorire investimenti che minimizzino la mobilità dei pazienti (teleconsulto etc.) ✓ Evitare investimenti realizzati sulla base di promesse elettorali
Risorse umane	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rafforzamento della figura del MMG ✓ Integrazione, autonomia e multidisciplinarietà della professione infermieristica ✓ Potenziamento delle risorse umane per affrontare situazioni emergenziali

4. Risultati

4.1. Scelta degli indicatori di Performance per Dimensione

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

Alla loro determinazione si è arrivati attraverso una *consensus* su 27 indicatori preselezionati dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità, in base a criteri di replicabilità, specificità, standardizzabilità, robustezza, oltre che di possibilità di disaggregazione a livello regionale.

Ogni componente del *Panel* ha indicato il proprio grado di accordo/disaccordo sulla opportunità di inserimento dei singoli indicatori, attribuendo un punteggio da 1 a 9 (massimo accordo) per ognuno di essi; in caso di punteggio pari o inferiore a 6, è stato chiesto di esplicitare le proprie proposte alternative. Sono stati, quindi, selezionati 3 indicatori per ogni Dimensione, prioritizzando la scelta in base al grado di accordi, e subordinatamente al fatto che almeno il 70% dei votanti di ogni Categoria avesse indicato per loro un "gradimento" pari o superiore a 7.

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

DIMENSIONE	INDICATORE
Sociale (Equità)	Quota famiglie che rinunciano a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici
	Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati
	Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza
Esiti	Aspettativa di vita in buona salute
	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite
	<i>Customer satisfaction</i> (Quota cittadini molto soddisfatti per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie)
Appropriatezza	Quota di interventi (Carcinoma mammario, frattura del femore, angioplastica, <i>by-pass</i> aorto-coronarico, colecistectomia laparoscopica) effettuati in centri rispondenti ai requisiti previsti dal D.M. n.70/2015
	Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari cronico-ostruttive, influenza nell'anziano)
	Quota ricoveri medici oltre soglia per <i>over 75</i>

Innovazione	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
	Quote di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico
	Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio
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 sul reddito disponibile

Dimensione Sociale

Per la Dimensione Sociale, sono stati scelti gli indicatori: *Quota di famiglie che rinunciano a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici*, *Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati* e *Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza*.

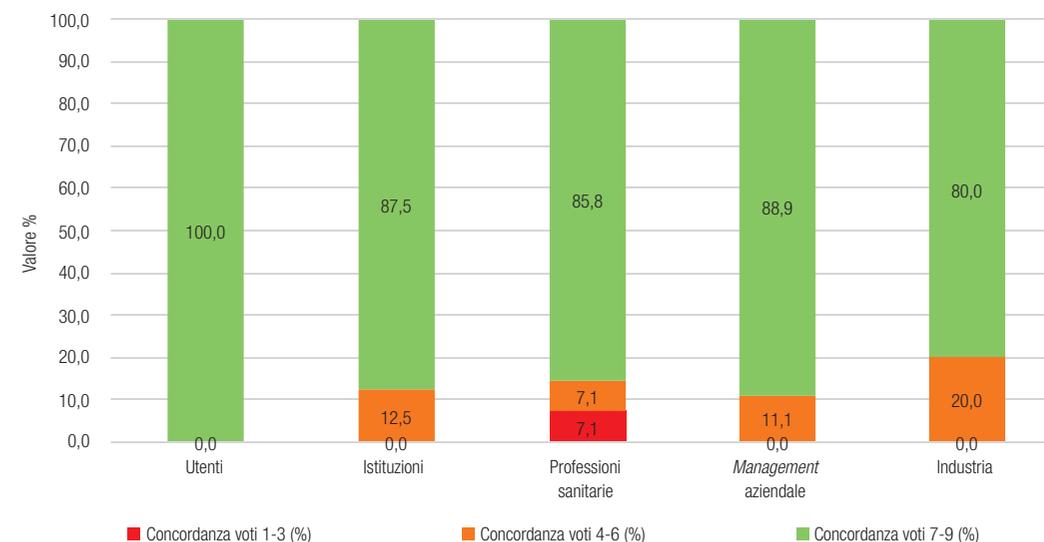
Il primo indicatore si relaziona al principio di accesso universale alle cure; il secondo sembra essere quello che meglio sintetizza il fenomeno degli effetti dei consumi sanitari privati sui bilanci delle famiglie, rappresentando una misura diretta del disagio da essa causato; infine, per quanto concerne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

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

Sul primo indicatore proposto, *Quota di famiglie che rinunciano a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici*, è stato espresso un grado di accordo tra 7 e 9 dall'88,4% dei votanti.

In tutte le categorie di *stakeholder* hanno attribuito un alto grado di accordo, compreso tra 7 e 9, sulla opportunità di inserimento dell'indicatore: il consenso è stato almeno pari all'88,4%, superando ampiamente la soglia prefissata per la *consensus* del 70%.

Figura 2
Quota di famiglie che rinunciano a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

Nello specifico:

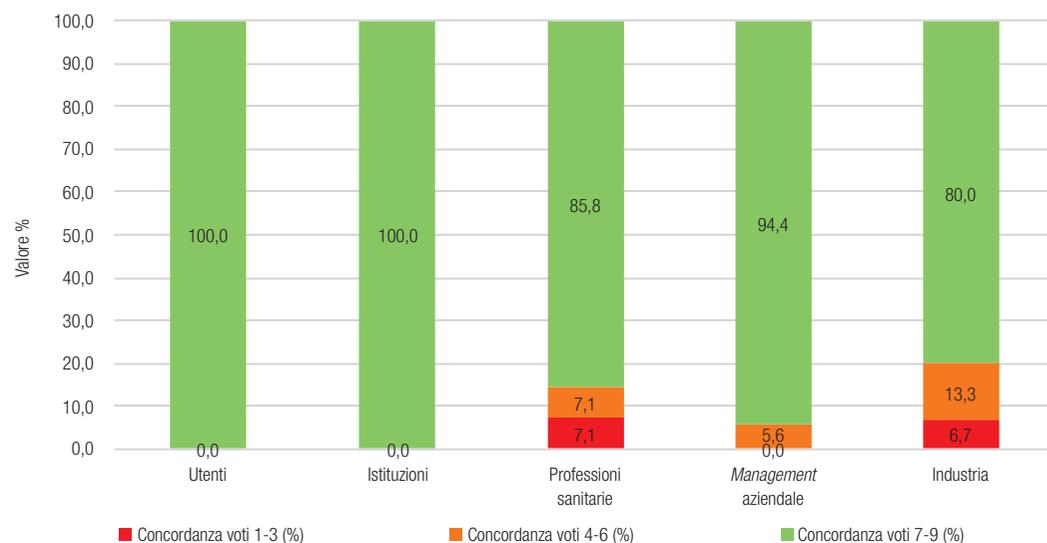
- il 100,0% dei votanti della Categoria Utenti
- l'87,5% dei votanti delle Istituzioni, con un ulteriore 12,5% che ha assegnato un punteggio tra 4 e 6
- l'85,8% dei votanti delle Professioni sanitarie, con il 7,1% che ha assegnato un punteggio tra 4 e 6, e il restante 7,1% fra 1 e 3
- l'88,9% del *Management* aziendale, con l'11,1% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6
- l'80,0% dei votanti dell'Industria medica, con il 20,0% che ha assegnato un punteggio 4-6.

Per quanto concerne il secondo indicatore proposto, *Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati*, il 92,0% dei partecipanti ha ritenuto opportuno il suo inserimento (punteggio compreso tra 7 e 9): nelle categorie Professioni Sanitarie, *Management* aziendale e Industria medicale, meno di un quarto dei votanti ha assegnato un punteggio minore.

Al terzo indicatore scelto, *Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza*, è stato assegnato un punteggio 7-9 dall'89,7% dei votanti. Parte dei votanti appartenenti alle Categorie Istituzioni, Professioni Sanitarie, *Management* aziendale e Industria medicale ha attribuito un punteggio compreso tra 4 e 6 (importante).

Figura 3

Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati



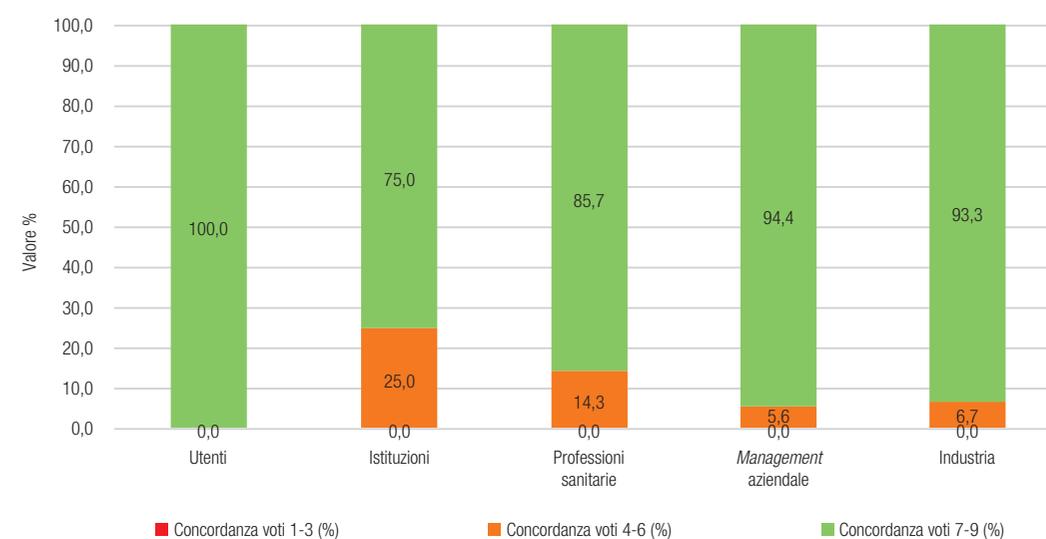
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

Nello specifico:

- il 100,0% dei votanti della Categoria Utenti ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 100,0% della Categoria Istituzioni ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9
- l'85,8% dei votanti delle Professioni sanitarie, con il 7,1% che ha assegnato un punteggio tra 4 e 6 e il restante 7,1% tra 1 e 3
- il 94,4% del *Management* aziendale, con il 5,6% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6
- l'80,0% dei votanti dell'Industria medicale, con il 13,3% che ha assegnato un punteggio 4-6 (importante) e il 6,7% 1-3 (poco importante).

Figura 4

Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza



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 75,0% dei votanti della Categoria Istituzioni ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9 ed il 25,0% tra 4 e 6
- l'85,7% dei votanti delle Professioni sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 e il 14,3% tra 4 e 6
- il 94,4% del *Management* aziendale ha attribuito un punteggio fra 7 e 9, e il 5,6% tra 4 e 6
- il 93,3% dei votanti dell'Industria medicale ha attribuito un punteggio fra 7 e 9 ed il 6,7% tra 4 e 6.

Dimensione Esiti

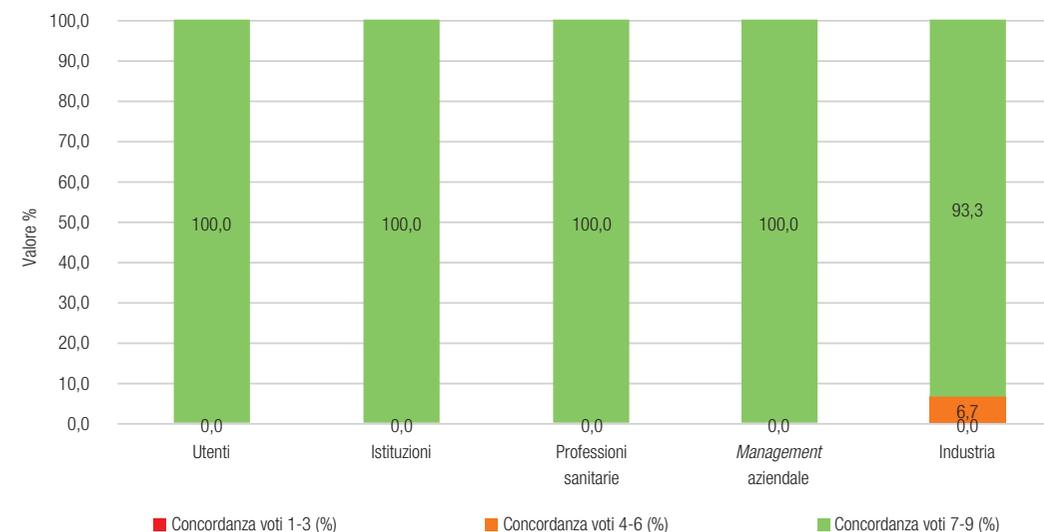
Per la Dimensione Esiti sono stati sottoposti alla valutazione i seguenti otto indicatori: *Aspettativa di vita*, *Aspettativa di vita in buona salute*, *Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite*, *Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero*, *Numero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

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

Gli indicatori selezionati dal *Panel* sono: *Aspettativa di vita in buona salute*, *Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite* e *Customer satisfaction (Quota cittadini molto soddisfatti per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie)*: per tutti oltre il 93% dei votanti di ogni Categoria di *stakeholder* ha espresso un livello alto di accordo sulla opportunità di inserimento nella misura di *Performance*, attribuendo un punteggio compreso tra 7 e 9.

Prendendo quindi in analisi i tre singoli indicatori selezionati per la dimensione Esiti, si osserva che sul primo indicatore proposto, *Aspettativa di vita in buona salute*, è stato attribuito un punteggio 7-9 dal 98,7% dei votanti.

Figura 5
Aspettativa di vita in buona salute



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

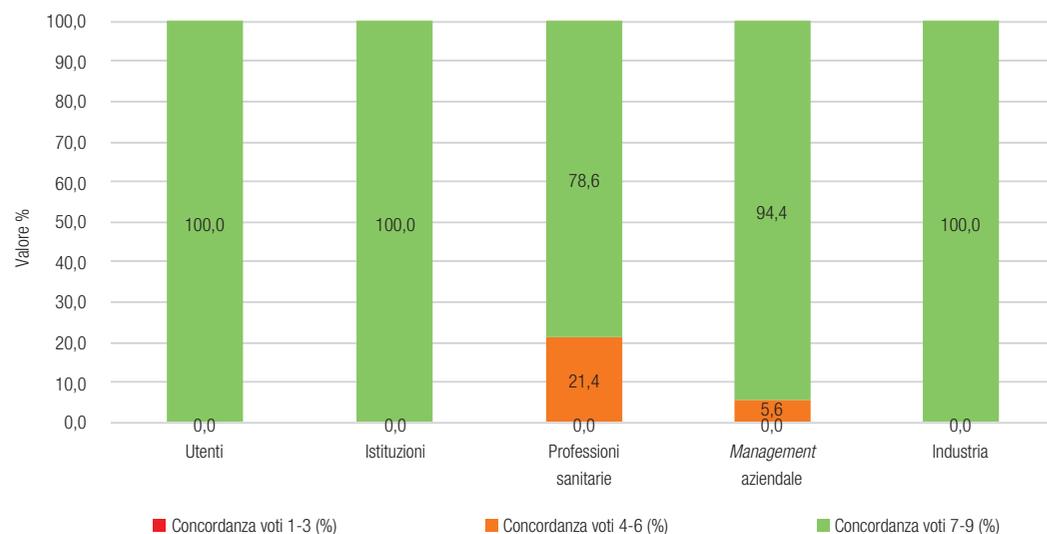
In particolare:

- il 100,0% della Categoria Utenti ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 100,0% della Categoria Istituzioni ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 100,0% della Categoria Professioni Sanitarie ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 100,0% della Categoria *Management* aziendale ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 93,3% dei votanti dell'Industria medica, con il 6,7% che ha attribuito un punteggio 4-6.

Sul secondo indicatore, *Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite*, è stato attribuito un punteggio fra 7 e 9 dal 94,6% dei votanti.

Figura 6

Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

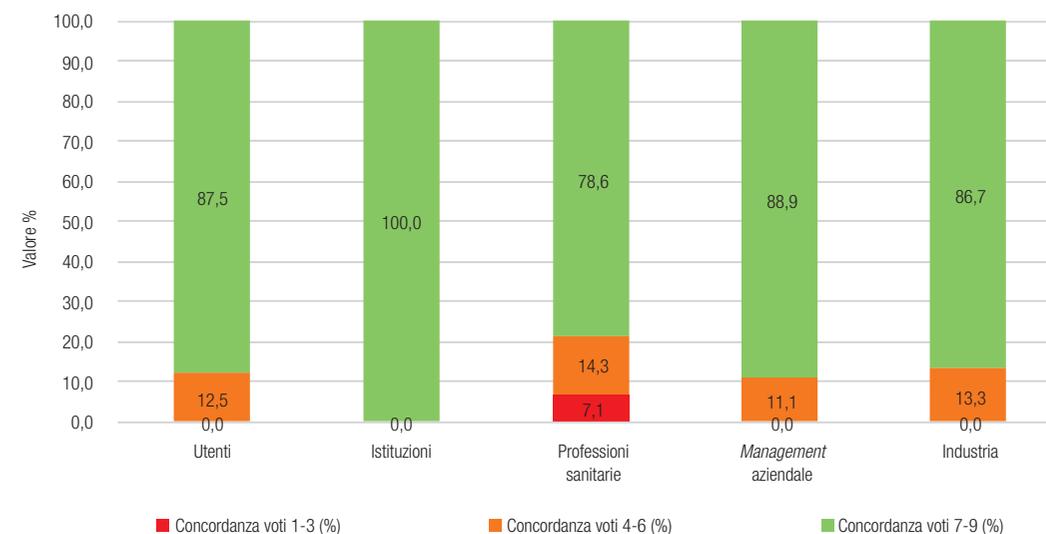
In particolare:

- il 100,0% della Categoria Utenti ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 100,0% della Categoria Istituzioni ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 78,6% dei votanti delle Professioni sanitarie, con il 21,4% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6
- il 94,4% del *Management* aziendale, con il 5,6% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6
- il 100,0% della Categoria Industria medica ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9.

Sul terzo indicatore proposto, *Quota cittadini molto soddisfatti per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie*, il punteggio è fra 7 e 9 per l'88,3% dei votanti.

Figura 7

Quota cittadini molto soddisfatti per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- l'87,5% della Categoria Utenti, con il 12,5% che attribuisce un punteggio tra 4 e 6
- il 100,0% della Categoria Istituzioni ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 78,6% dei votanti delle Professioni sanitarie, con il 14,3% che assegna un punteggio tra 4 e 6) e il 7,1% tra 1 e 3
- l'88,9% del *Management* aziendale, con l'11,1% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6
- l'86,7% dei votanti dell'Industria medica, con il 13,3% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6.

Dimensione Appropriatelyzza

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

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

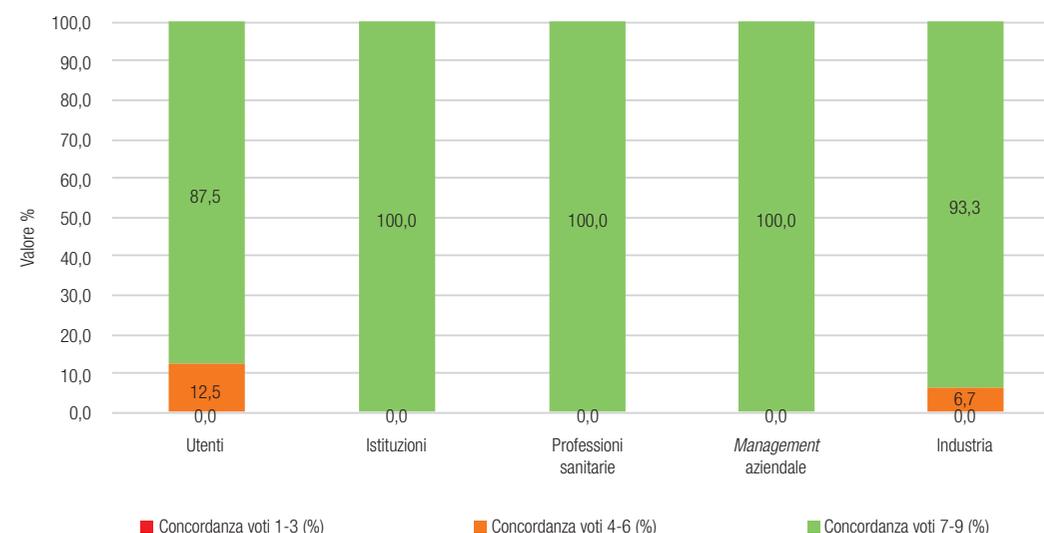
Per questa dimensione sono stati selezionati dal Panel gli indicatori: *Quota di interventi (carcinoma mammario, frattura del femore, angioplastica, by-pass aorto-coronarico, colecistectomia laparoscopica) effettuati in centri rispondenti ai requisiti previsti dal D.M. n.70/2015*, *Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari cronico-ostruttive, influenza nell'anziano)* e *Quota ricoveri medici oltresoglia per over 75*.

Sul primo indicatore proposto, *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*, è stato espresso un alto livello di accordo sulla opportunità di inserimento, dal 96,2% dei votanti.

Le categorie delle Istituzioni, Professioni Sanitarie e del Management aziendale hanno unanimemente attribuito un punteggio fra 7 e 9; una parte residuale degli appartenenti alle categorie degli Utenti e dell'Industria medica hanno attribuito un punteggio compreso tra 4 e 6.

Figura 8

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



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

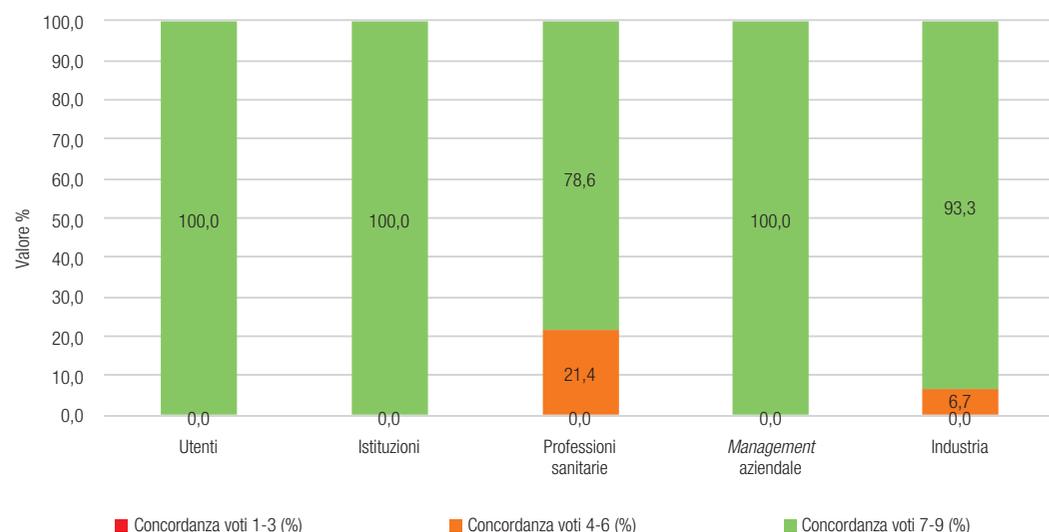
In particolare:

- l'87,5% dei votanti della Categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9 e il 12,5% tra 4 e 6
- il 100,0% della Categoria Istituzioni ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 100,0% della Categoria Professioni sanitarie ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 100,0% della Categoria Management aziendale ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 93,3% dei votanti dell'Industria medica, con il 6,7% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6.

Sul secondo indicatore selezionato, *Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari cronico-ostruttive, influenza nell'anziano)*, è stato assegnato un punteggio fra 7 e 9 dal 94,4% dei votanti. È risultato essere complessivamente “meno” apprezzato dalle Professioni sanitarie e dall'Industria medicale, che comunque attribuiscono un punteggio compreso tra 4 e 6.

Figura 9

Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari cronico-ostruttive, influenza nell'anziano)



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

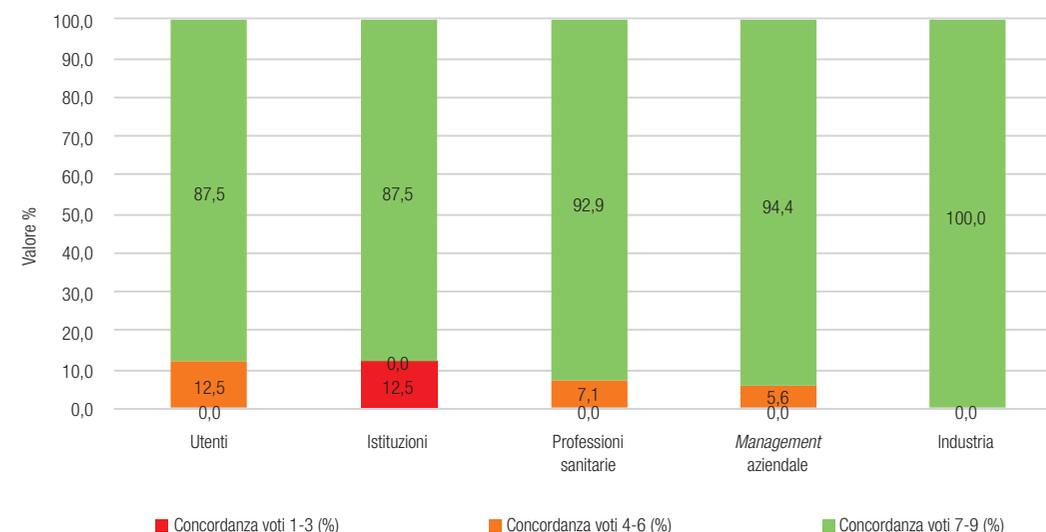
In particolare:

- il 100,0% della Categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 100,0% della Categoria Istituzioni ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 78,6% della Categoria Professioni sanitarie, con il 21,4% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6
- il 100,0% della Categoria Management aziendale ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 93,3% dei votanti dell'Industria medicale, con il 6,7% che assegna un punteggio tra 4 e 6.

Sul terzo indicatore proposto, *Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75*, è stato attribuito un punteggio fra 7 e 9 dal 92,5% dei votanti. Una parte residuale degli appartenenti alle categorie Utenti, Professioni Sanitarie e Management aziendale ha assegnato un punteggio compreso tra 4 e 6; una parte residuale delle Istituzioni, ha ritenuto l'indicatore poco importante, attribuendo un punteggio compreso tra 1 e 3.

Figura 10

Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- l'87,5% della Categoria Utenti ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 e il 12,5% un punteggio tra 4 e 6)
- l'87,5% della Categoria Istituzioni, ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9 e il 12,5% tra 1 e 3
- il 92,9% dei votanti delle Professioni sanitarie ha attribuito un punteggio tra 7 e 9 e il 7,1% tra 4 e 6
- il 94,4% del Management aziendale con il 5,6% tra 4 e 6
- il 100,0% della Categoria Industria medicale ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9.

Dimensione Innovazione

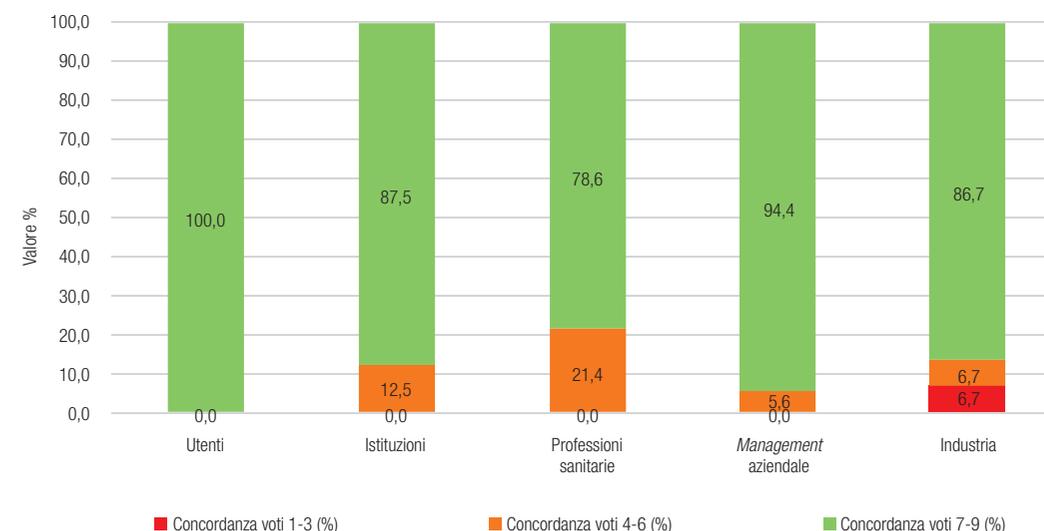
Per la Dimensione Innovazione, nel primo round di selezione, sono stati valutati cinque indicatori: *Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopiche e/o robotiche)*, *Quota DDD per farmaci innovativi*, *Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)*, *Quota di posti letto afferenti ad ospedali con bollino rosa (assegnato da Fondazione O.N.D.A.)* e *Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio*.

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

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

Il primo indicatore scelto, *Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopiche e/o robotiche)*, ha ricevuto un punteggio fra 7 e 9 dall'89,4% dei votanti.

Figura 11
Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopiche e/o robotiche)



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

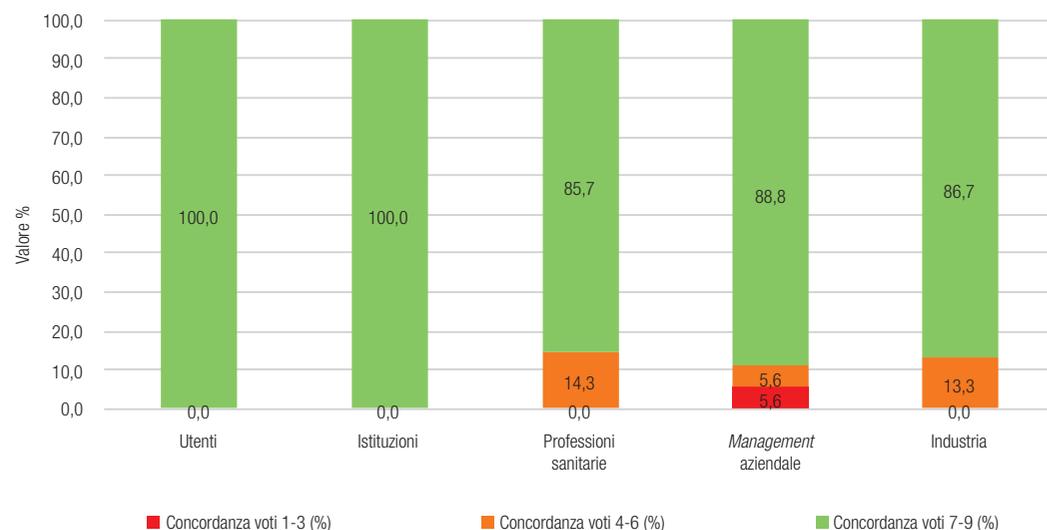
In particolare:

- il 100,0% della Categoria Utenti ha assegnato un punteggio compreso tra 7 e 9
- l'87,5% dei votanti della Categoria Istituzioni, con il 12,5% che assegna un punteggio compreso tra 4 e 6
- il 78,6% dei votanti della Categoria Professioni sanitarie, con il 21,4% che ha assegnato un punteggio tra 4 e 6
- il 94,4% dei votanti della Categoria *Management* aziendale, con il 5,6% che assegna un punteggio tra 4 e 6
- l'86,7% dei votanti dell'Industria medica con il 6,7% (che assegna un punteggio tra 4 e 6 e il restante 6,7% tra 1 e 3).

Sul secondo indicatore, *Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)*, è stato espresso un punteggio tra 7 e 9 dal 92,3% dei votanti.

Figura 12

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



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

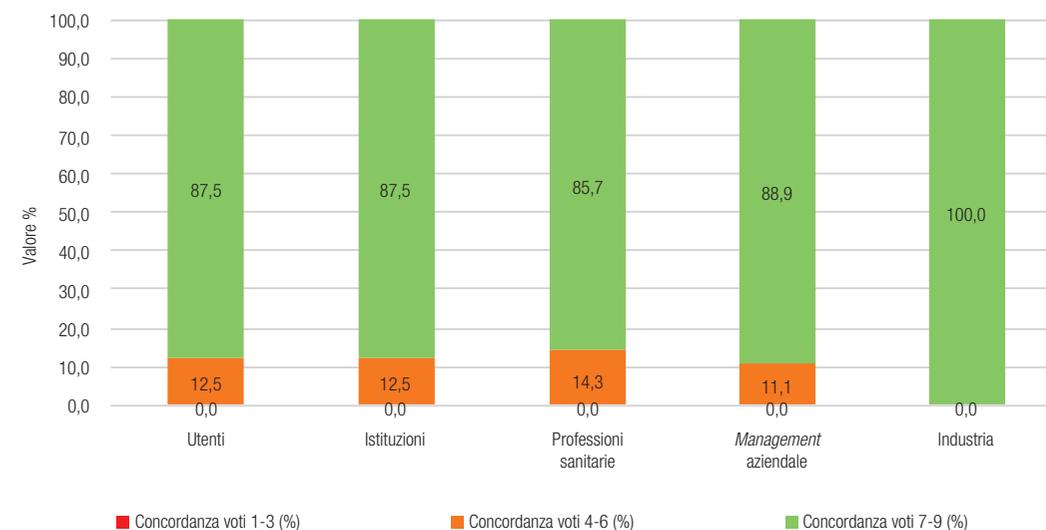
In particolare:

- dal 100,0% della Categoria Utenti ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9
- dal 100,0% della Categoria Istituzioni ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9
- dall'85,7% dei votanti della Categoria Professioni sanitarie, con il 14,3% che ha attribuito un punteggio compreso tra 4 e 6
- l'88,8% dei votanti della Categoria *Management* aziendale ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9, il 5,6% tra 4 e 6, e il restante 5,6% poco importante (punteggio tra 1 e 3)
- l'86,7% dei votanti dell'Industria medica ha ritenuto l'indicatore molto importante (punteggio tra 7 e 9) e il 13,3% importante (punteggio tra 4 e 6).

Sul terzo indicatore, *Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio*, è stato espresso un livello di accordo massimo (tra 7 e 9) dall'89,9% dei votanti.

Figura 13

Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- l'87,5% dei votanti della Categoria Utenti ha attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9, con il 12,5% tra 4 e 6)
- l'87,5% dei votanti della Categoria Istituzioni, con il 12,5% tra 4 e 6
- l'85,7% dei votanti delle Professioni sanitarie, con il 14,3% tra 4 e 6
- l'88,9% del *Management* aziendale, con l'11,1% che ha attribuito un livello di accordo medio (punteggio tra 4 e 6)
- il 100,0% della Categoria Industria medica ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9.

Dimensione Economico-Finanziaria

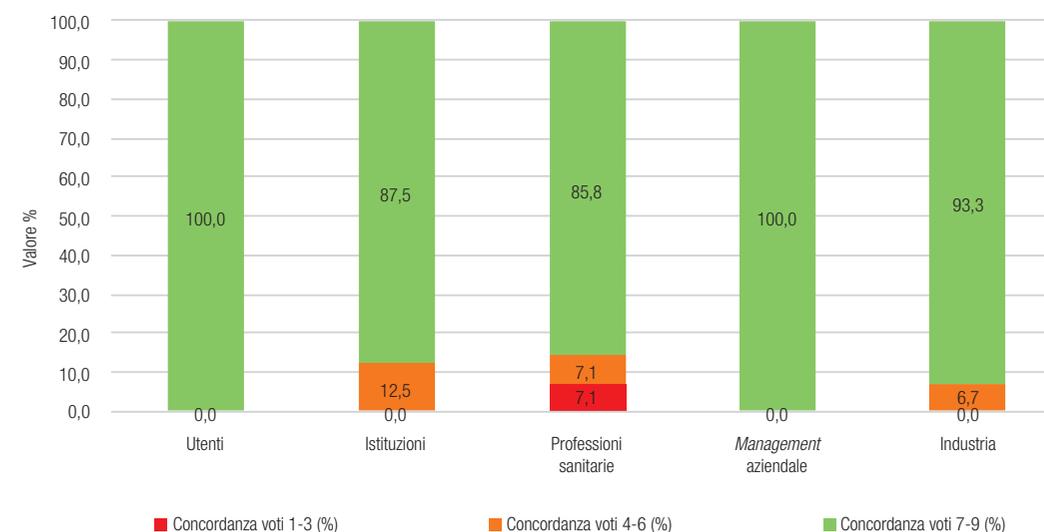
Per quanto concerne la Dimensione Economico-Finanziaria, sono stati proposti per la valutazione sette indicatori: *Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata*, *Disavanzo pro-capite*, *Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile*, *Quota spesa sanitaria privata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

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

Gli indicatori che sono stati selezionati per questa Dimensione sono: *Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata*, *Quota fra spesa sanitaria totale pro-capite e PIL pro-capite* e *Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile*.

Al primo indicatore proposto, *Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata*, è stato attribuito un punteggio elevato (7-9) dal 93,3% dei votanti.

Figura 14
Quota spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata



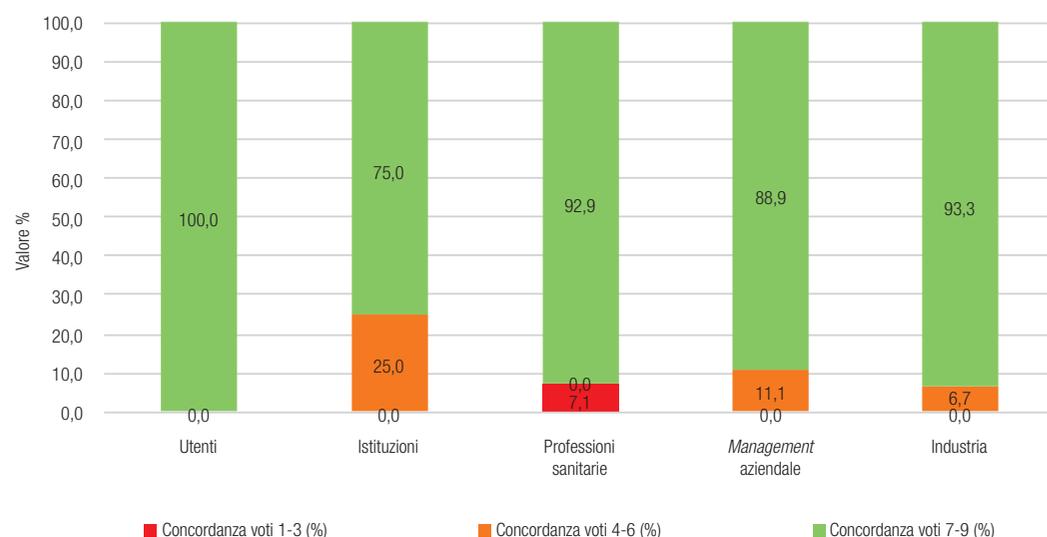
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- hanno attribuito un punteggio compreso tra 7 e 9, il 100,0% della Categoria Utenti
- l'87,5% dei votanti della Categoria Istituzioni con il 12,5% che ha attribuito un punteggio tra 1 e 3
- l'85,8% dei votanti delle Professioni sanitarie, con il 7,3% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6 e il restante 7,1% tra 1 e 3
- il 100,0% della Categoria *Management Aziendale* ha espresso un alto grado di accordo, con un punteggio compreso tra 7 e 9
- il 93,3% della Categoria *Industria medica* con il 6,7% che ha attribuito un punteggio compreso tra 4 e 6.

Sul secondo indicatore, *Quota fra spesa sanitaria totale pro-capite e PIL pro-capite*, l'accordo sulla opportunità di inserimento è stato elevato, con il 90,0% dei votanti che hanno assegnato un punteggio fra 7 e 9.

Figura 15
Quota fra spesa sanitaria totale pro-capite e PIL pro-capite



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

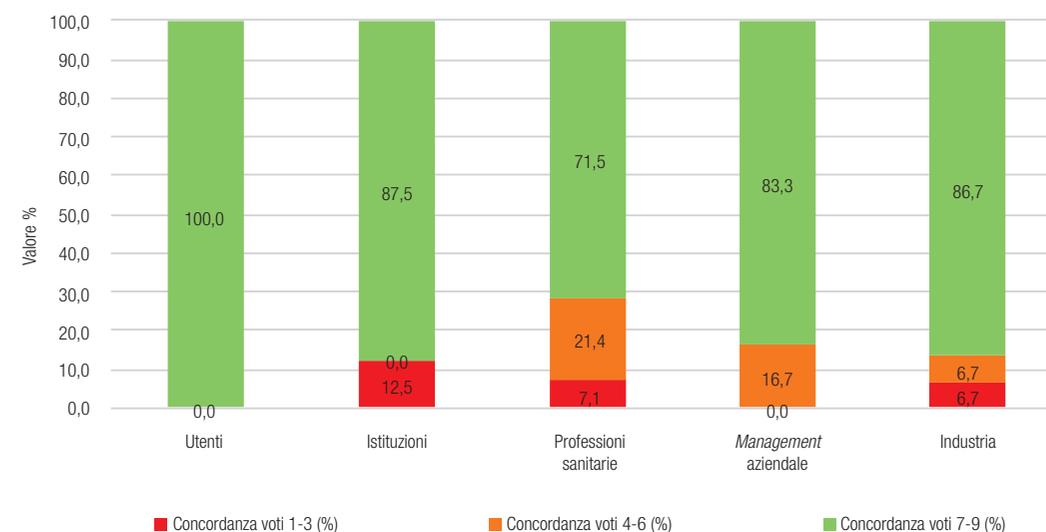
In particolare:

- hanno attribuito un punteggio fra 7 e 9, il 100,0% della Categoria Utenti
- il 75,0% dei votanti della Categoria Istituzioni, con il restante 25,0% che ha attribuito un punteggio compreso tra 4 e 6
- il 92,9% dei votanti della Categoria Professioni sanitarie con il 7,1% che ha attribuito un punteggio tra 1 e 3
- l'88,9% dei votanti della Categoria *Management Aziendale*, con l'11,1% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6
- il 93,3% dei votanti dell'Industria medicale, con il 6,7% che ha attribuito un punteggio compreso tra 4 e 6.

Al terzo indicatore proposto, *Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile*, è stato assegnato un punteggio fra 7 e 9 dall'85,8% dei votanti.

Una parte residuale degli appartenenti alle categorie delle Istituzioni, delle Professioni Sanitarie e dell'Industria medicale hanno ritenuto l'indicatore poco importante, attribuendo un punteggio compreso tra 1 e 3.

Figura 16
Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- hanno attribuito un punteggio fra 7 e 9 il 100,0% della Categoria Utenti
- l'87,5% della Categoria Istituzioni, con un ulteriore 12,5% che ha attribuito un punteggio compreso tra 1 e 3
- il 71,5% della Categoria Professioni sanitarie, con il 21,4% che ha dato un punteggio compreso tra 4 e 6 e il 7,1% tra 1 e 3
- l'83,3% della Categoria *Management Aziendale*, con il 16,7% che ha attribuito un punteggio tra 4 e 6
- l'86,7% dei votanti dell'Industria medicale, con il 6,7% che attribuito un punteggio tra 4 e 6 e il restante 6,7% tra 1 e 3.

4.2 Le funzioni di valore degli indicatori

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

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

Utilizzando il *software* appositamente sviluppato da C.R.E.A. Sanità, è stato chiesto ai partecipanti di esprimere le proprie valutazioni attribuendo alle determinazioni degli indicatori una corrispettiva “utilità”, espressa in una scala 0-1, dove 0 equivale a utilità nulla, ovvero nessun apporto alla *Performance*, e 1 (utilità massima e quindi massimo apporto alla *Performance*).

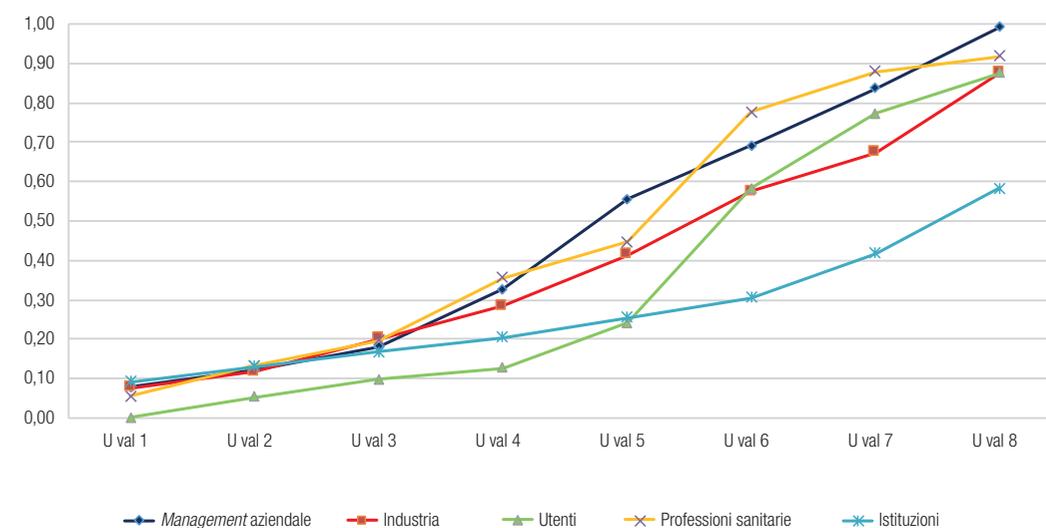
La funzione valore è stata poi stimata effettuando una interpolazione, fra 8 punti rilevati: punti scelti in corrispondenza del valore dell'indicatore “migliore” (nazionale), “peggiore” (nazionale) e in 6 punti intermedi.

Quota famiglie che rinunciano a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici (Dimensione Sociale)

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

Tutte le categorie ritengono tendenzialmente inaccettabili valori elevati di “rinunce”, soprattutto gli Utenti; per le Professioni Sanitarie, gli Utenti e le Istituzioni, nella seconda metà della distribuzione si osserva un aumento dell'utilità più che proporzionale al miglioramento dell'indicatore, sebbene quest'ultima Categoria ritiene che il “migliore” valore riscontrato a livello nazionale sia associato ad un livello di *Performance* pari a circa il 60% di quella ottimale; per le restanti categorie il miglioramento della *Performance* è proporzionale a quello dell'indicatore, Tale approccio è coerente con una forte priorità data all'elemento equitativo, e quindi una penalizzazione delle *Performance* collegate ai livelli peggiori dell'indicatore.

Figura 17
Quota famiglie che rinunciano a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici
Funzione valore per Categoria

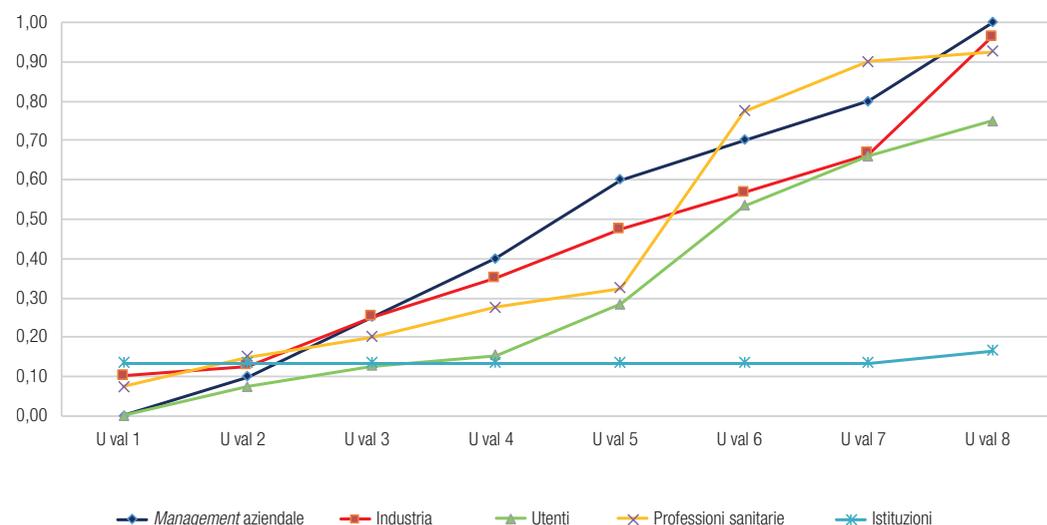


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla precedente edizione si osserva un atteggiamento di maggior aspettativa di riduzione delle “rinunce” da parte di Utenti e Istituzioni; risulta invece pressoché invariata la valutazione per le altre Categorie.

Limitando l’analisi ai soli componenti operanti nelle realtà regionali più colpite dal COVID-19 si osserva come Professioni sanitarie, Istituzioni ed Utenti tendono a penalizzare maggiormente i tassi elevati di rinunce alle cure: da notare che per le Istituzioni, anche il miglior valore nazionale è quasi del tutto inaccettabile.

Figura 18
Quota famiglie che rinunciano a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici
Funzione valore per Categoria
Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19



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

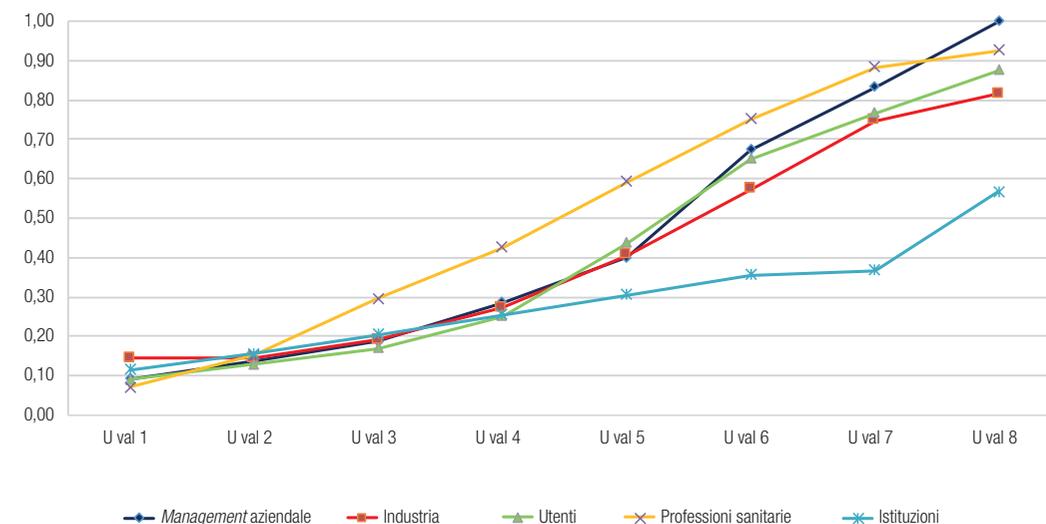
Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati (Dimensione Sociale)

Per l’indicatore *Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati*, i valori della prima metà della distribuzione risultano sostanzialmente inaccettabili per quasi tutte le Categorie, ad eccezione delle Professioni sanitarie.

Alla seconda parte della distribuzione, tutte le Categorie associano un incremento di *Performance* proporzionale alla diminuzione degli impoveriti, ad eccezione di quella del *Management* aziendale, per la quale si evidenzia una crescita del contributo alla *Performance* più che proporzionale.

Anche per quest’indicatore si conferma una “attesa” maggiore da parte delle Istituzioni, che al valore regionale migliore associano un valore pari al 60% della *Performance* ottimale.

Figura 19
Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati
Funzione valore per Categoria

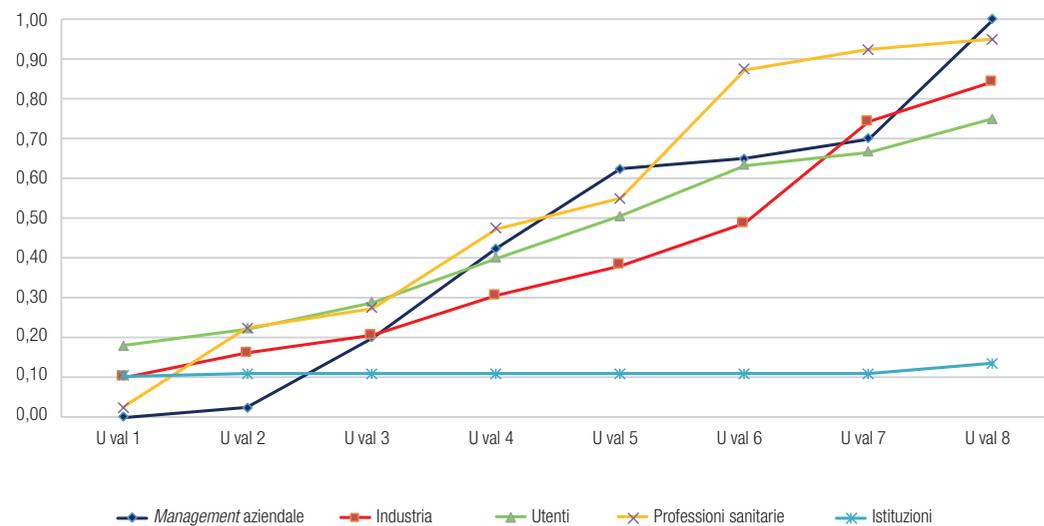


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

A parte il dato appena descritto, e atteggiamento di maggiore neutralità da parte delle Professioni sanitarie, nel complesso si confermano le indicazioni elaborate nella precedente edizione.

L'analisi delle indicazioni provenienti dai componenti del *Panel* operanti nelle realtà regionali più colpite dal COVID-19, si osserva una minore penalizzazione alla *Performance* associata alle quote elevate di impoveriti; i contributi alla *Performance*, sotto una certa soglia di impoveriti, appaiono quasi nulli per Istituzioni, Professioni sanitarie ed Utenti.

Figura 20
Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati
Funzione valore per Categoria
Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19



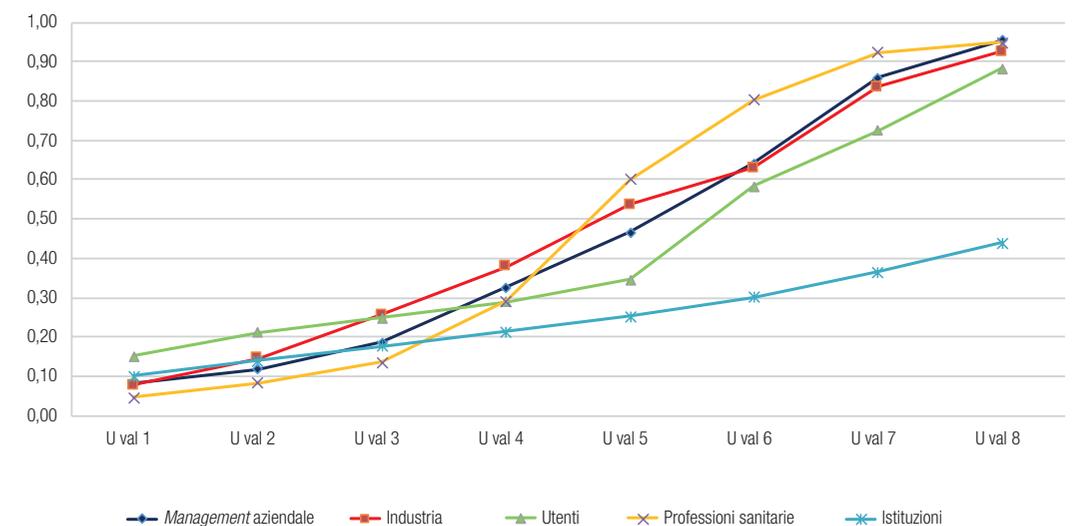
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

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

All'indicatore della Dimensione Sociale, *Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza*, le Categorie Industria medica, Istituzioni e *Management* aziendale associano miglioramenti di *Performance* proporzionale al miglioramento dell'indicatore, sebbene nel caso delle Istituzioni molto contenuto.

Per gli Utenti si osserva, invece, una proporzionalità nella prima metà della distribuzione ed una "utilità marginale crescente" nella seconda metà (ovvero in relazione a valori inferiori di mobilità). Per le Professioni sanitarie i contributi alla *Performance* associati alle variazioni dell'indicatore sono sostanzialmente nulli nel primo e ultimo quarto della distribuzione.

Figura 21
Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza
Funzione valore per Categoria



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

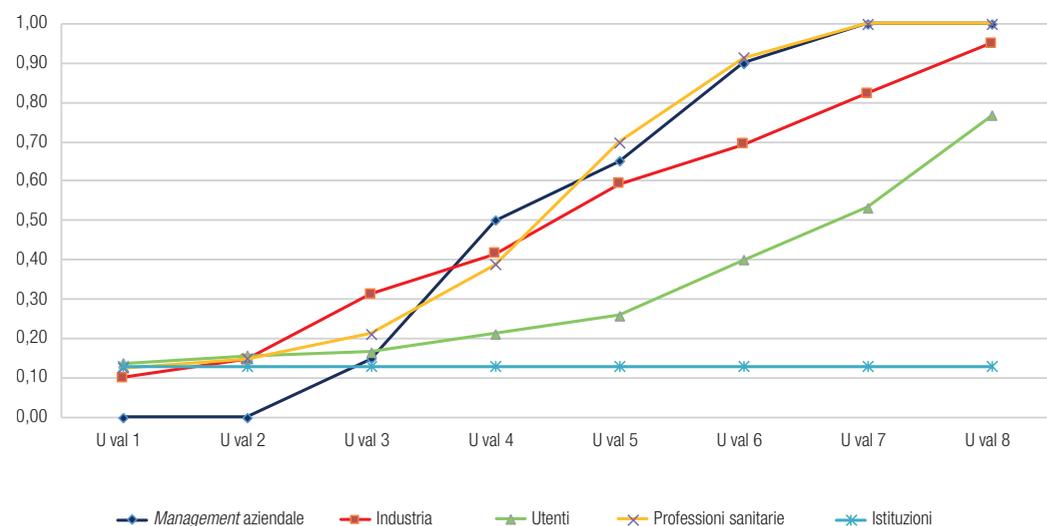
Rispetto alla precedente edizione si osserva un atteggiamento di maggior tolleranza da parte delle Istituzioni e delle Professioni sanitarie per quote di mobilità passiva prossime a quelle maggiori riscontrate a livello nazionale.

L’analisi delle indicazioni fornite dai componenti del *Panel* operanti nelle realtà regionali più colpite dal COVID-19, evidenzia una maggiore penalizzazione della *Performance* in associazione alle quote più elevate di mobilità passiva, soprattutto da parte del *Management* aziendale.

Sintesi funzioni valore degli indicatori della Dimensione Sociale

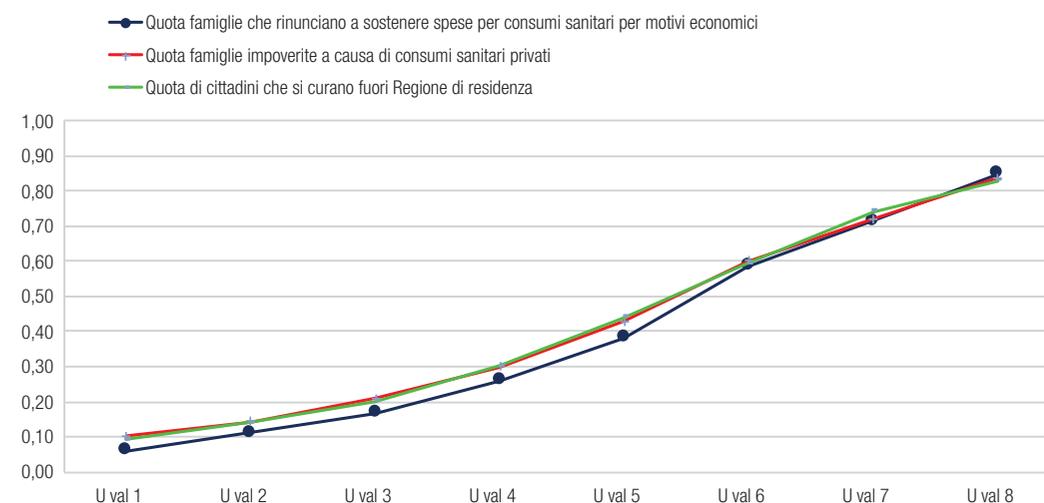
Complessivamente, per la Dimensione Sociale si registrano, in continuità con le precedenti edizioni del Progetto, funzioni di valore degli indicatori che descrivono un atteggiamento di “stigma” verso le maggiori iniquità. Atteggiamento particolarmente evidente nelle indicazioni dei componenti afferenti alle Regioni con elevati tassi di contagio da COVID-19.

Figura 22
Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza
Funzione valore per Categoria
Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19



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

Figura 23
Dimensione Sociale
Funzione valore media per indicatore

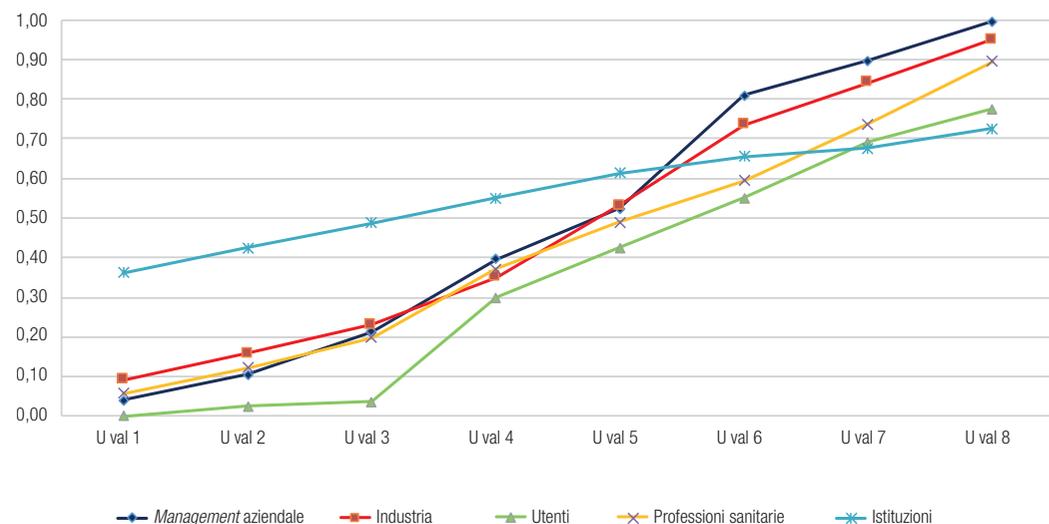


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Aspettativa di vita in buona salute (Dimensione Esiti)

Nella Dimensione Esiti, l'andamento della funzione di valore dell'indicatore *Aspettativa di vita in buona salute* risulta pressoché lineare per le Istituzioni, e con una variazione fra gli estremi contenuta: valori prossimi a quello peggiore riscontrato sul territorio nazionale sono ritenuti “relativamente accettabili”, così come valori prossimi al migliore nazionale sono associati ad una *Performance* di poco superiore al 70% di quella massima possibile. Di contro, in particolare la Categoria degli Utenti, ma anche del *Management* aziendale e Industria medicale, ritengono invece sostanzialmente inaccettabili bassi valori di aspettativa di vita, a cui associano contributi alla *Performance* quasi nulli; alle determinazioni nella seconda metà della distribuzione attribuiscono una utilità marginale crescente. Per le Professioni sanitarie si riscontra un andamento della funzione di valore pressoché lineare (quindi un contributo alla *Performance* proporzionale alla crescita della *Aspettativa di vita in buona salute*).

Figura 24
Aspettativa di vita in buona salute
Funzione valore per Categoria

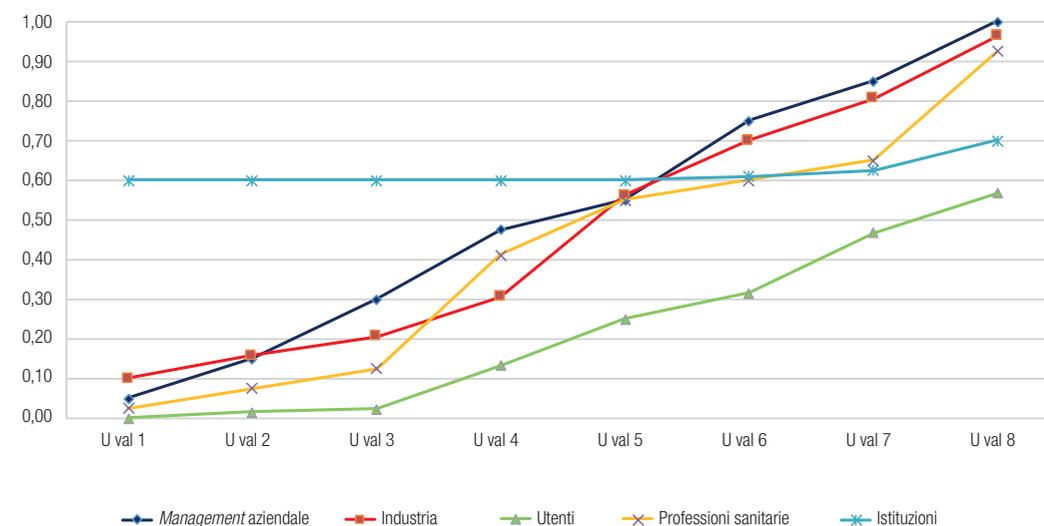


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla precedente edizione dall'analisi della funzione di valore si osserva in generale un atteggiamento di minor penalizzazione della *Performance* per i valori relativamente peggiori dell'indicatore.

Fra i componenti del *Panel* operanti nelle realtà regionali più colpite dal COVID-19, quelli appartenenti alle Istituzioni sembrano scontare una sostanziale soddisfazione per i livelli di aspettativa di vita in buona salute registrati nelle diverse Regioni italiane.

Figura 25
Aspettativa di vita in buona salute
Funzione valore per Categoria
Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19



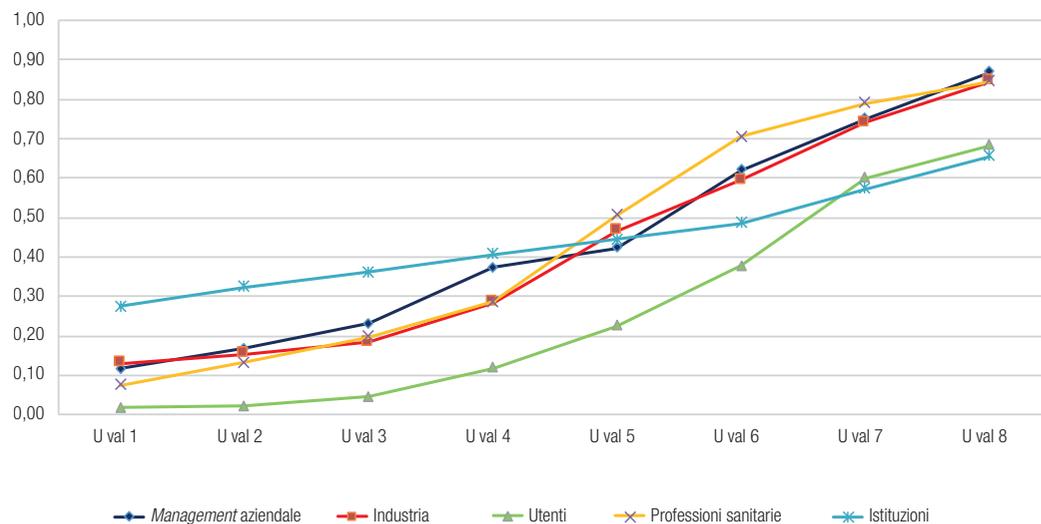
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

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

Il contributo alla *Performance* dell'indicatore, *Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite*, è per tutte le Categorie, ad eccezione degli Utenti, proporzionale al valore dell'indicatore.

Gli Utenti penalizzano radicalmente i valori peggiori dell'indicatore e poi associano ad una riduzione del valore dell'indicatore un miglioramento proporzionale della *Performance*; per le Istituzioni, invece, i miglioramenti dell'indicatore sono associati ad un contributo alla *Performance* che cresce in modo meno che proporzionale.

Figura 26
Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite
Funzione valore per Categoria

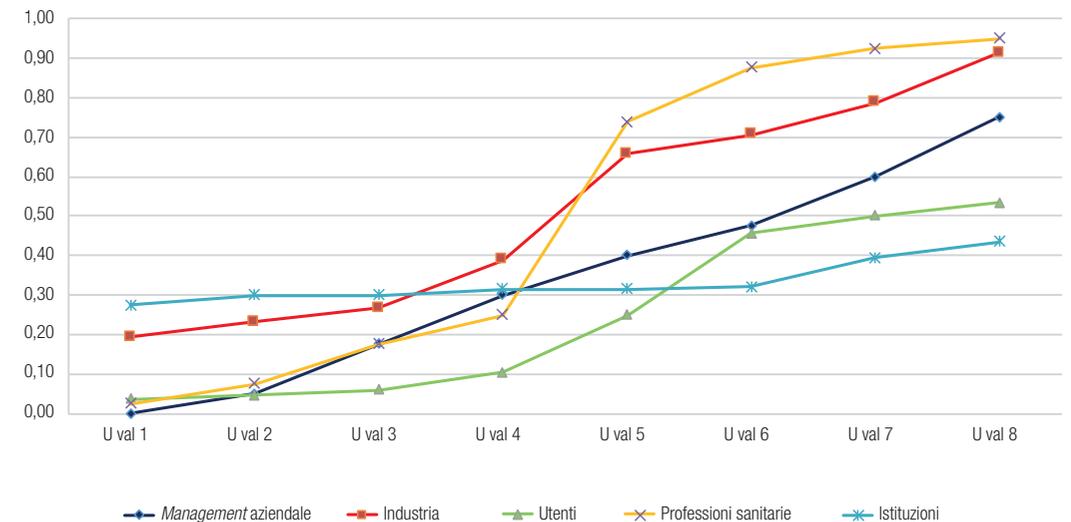


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

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

I componenti operanti nelle realtà regionali più colpite dal COVID-19, in particolare quelli appartenenti a Professioni sanitarie, Industria medica e Utenti, associano un miglioramento della *Performance* più che proporzionale al miglioramento del valore dell'indicatore nella parte centrale della distribuzione; per i valori del primo e ultimo terzo della distribuzione le variazioni della *Performance* al variare delle determinazioni dell'indicatore risultano molto contenute. Utenti e Istituzioni operanti in queste Regioni ritengono che anche i migliori valori di mortalità evitabile registrati siano associati a livelli non ottimali di *Performance*.

Figura 27
Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite
Funzione valore per Categoria
Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19



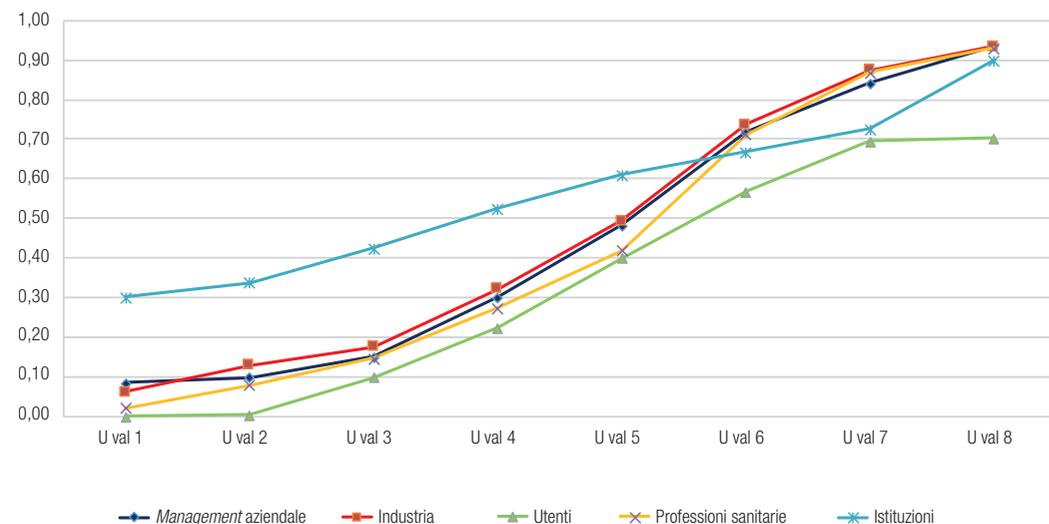
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Quota cittadini molto soddisfatti per l’assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie (Dimensione Esiti)

L’indicatore della Dimensione Esiti, *Quota di cittadini molto soddisfatti per l’assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie*, secondo Utenti, Professioni Sanitarie, Industria medica e *Management* aziendale è associato a contributi nulli alla *Performance* in corrispondenza dei valori registrati peggiori, salvo attribuire un contributo crescente al progressivo miglioramento dell’indicatore, soprattutto nella parte centrale della distribuzione.

Gli appartenenti alla Categoria delle Istituzioni registrano una funzione di valore con andamento sostanzialmente lineare e ritengono anche i valori peggiori registrati a livello nazionale associabili ad un contributo alla *Performance* significativo, pari al 30% di quello massimo.

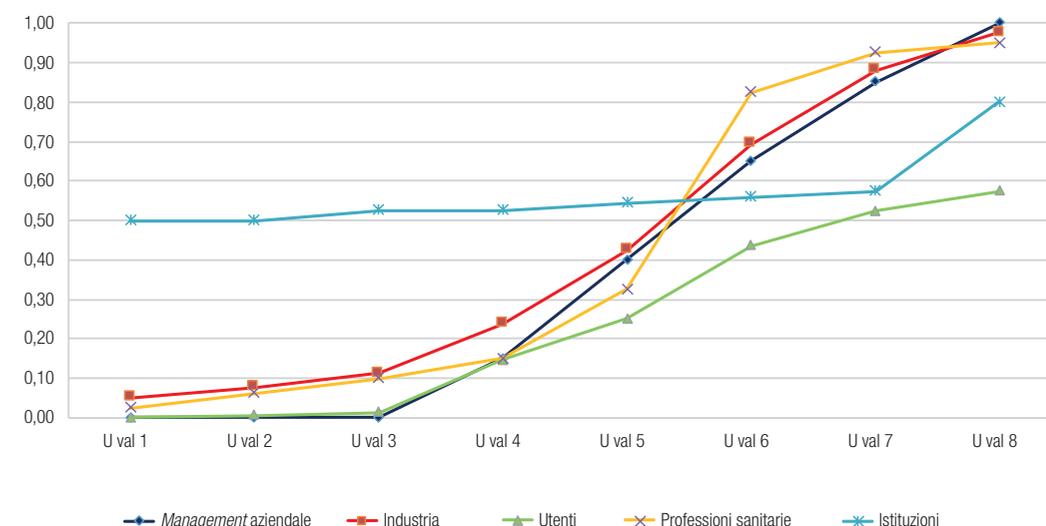
Figura 28
Quota cittadini molto soddisfatti per l’assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie
Funzione valore per Categoria



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

I componenti operanti nelle realtà regionali più colpite dal COVID-19, assumono un atteggiamento di maggiore penalizzazione della *Performance* in associazione ai valori bassi di gradimento da parte dei cittadini. Gli Utenti, inoltre, attribuiscono una *Performance* appena pari al 60% di quella massima anche ai valori di *customer satisfaction* prossimi a quelli migliori nazionali.

Figura 29
Quota cittadini molto soddisfatti per l’assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie
Funzione valore per Categoria
Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19



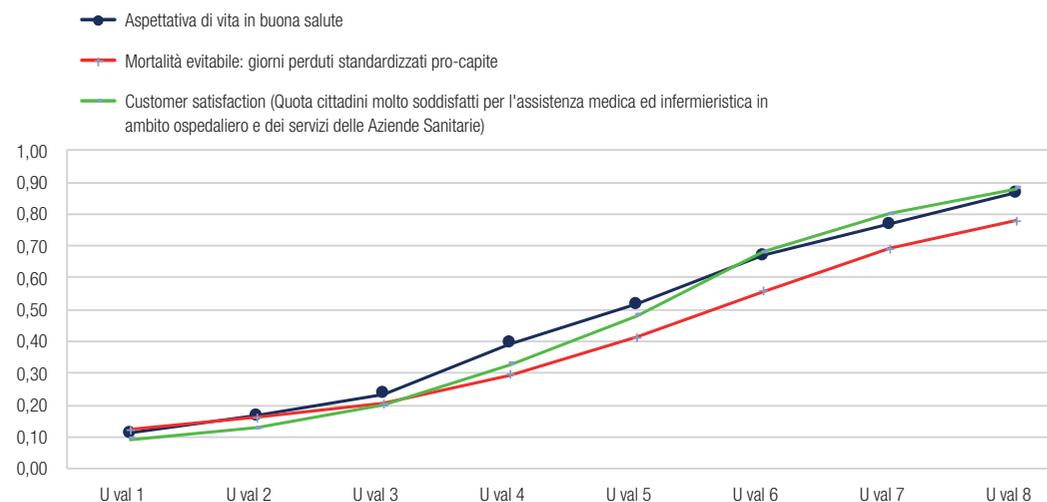
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Sintesi funzioni di valore degli indicatori della Dimensione Esiti

Complessivamente, agli indicatori della Dimensione Esiti è associato un contributo alla *Performance* che risulta più che proporzionale al miglioramento delle determinazioni degli indicatori; in particolare tutte le categorie di *stakeholder* (ad eccezione delle Istituzioni), ritengono che debbano essere particolarmente penalizzate le situazioni in cui gli indicatori presentano valori peggiori.

In questa edizione del Progetto, che ha visto la conferma di due indicatori su tre (Aspettativa di vita in buona salute e Mortalità evitabile) rispetto all'edizione precedente, la composizione di andamenti significativamente difformi delle preferenze a livello di singole categorie di *stakeholder*, esita in una proporzionalità media delle funzioni di valore aggregate. Utenti e Professioni sanitarie operanti nelle realtà più colpite dal COVID-19 risultano essere più “rigidi” nella valutazione dei contributi alla *Performance*, e le Istituzioni al contrario più “tolleranti”

Figura 30
Dimensione Esiti
Funzione valore media per indicatore

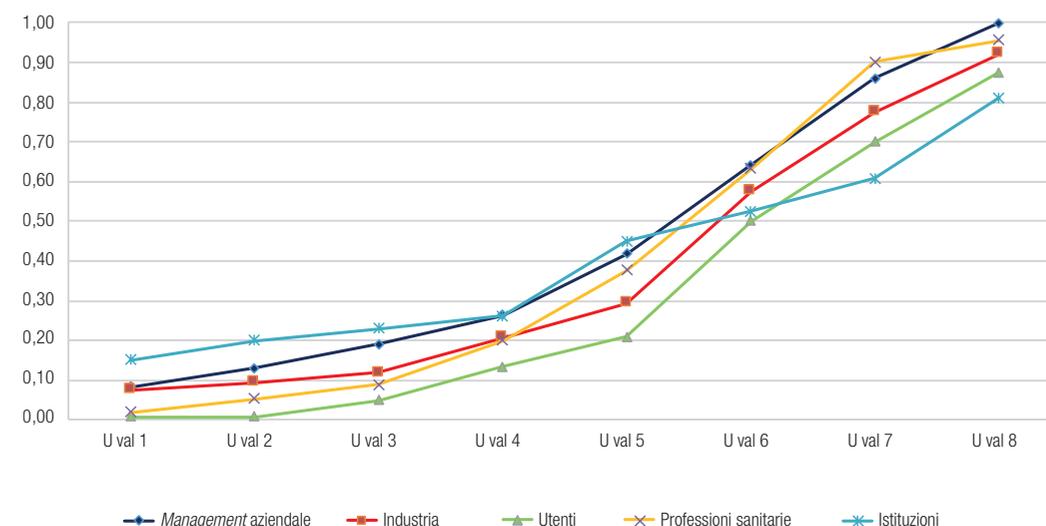


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

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 (Dimensione Appropriatelyzza)

Nella Dimensione Appropriatelyzza, la funzione di valore per l'indicatore *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* risulta associata ad una utilità marginale crescente nella seconda parte della distribuzione; per tutte le Categorie, risultano anche del tutto inaccettabili, e quindi associati a contributo quasi nulli alla *Performance*, i valori registrati peggiori dell'indicatore.

Figura 31
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
Funzione valore per Categoria

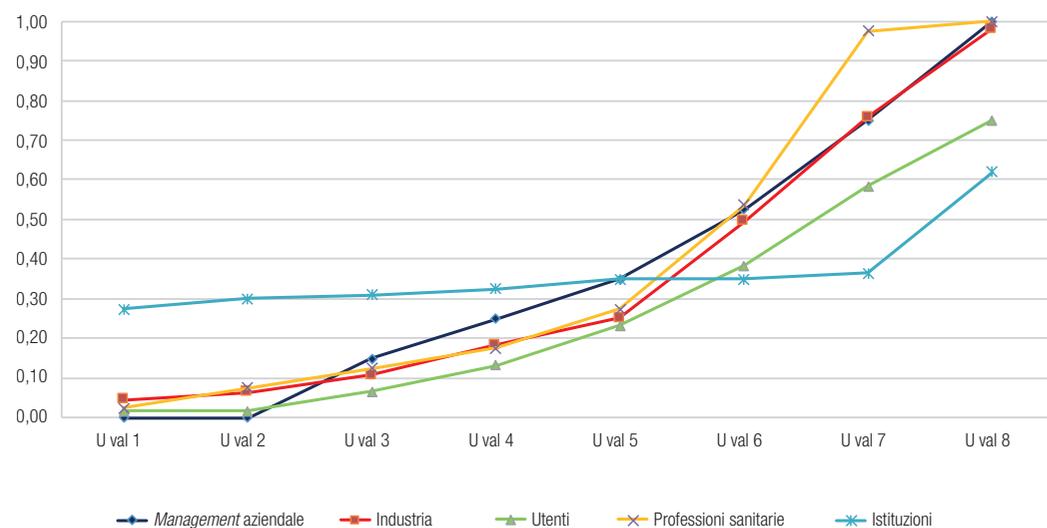


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla precedente edizione non si riscontrano differenze significative nell'andamento della funzione di utilità delle diverse Categorie, se non una maggiore penalizzazione da parte degli Utenti per i valori peggiori dell'indicatore e una minore da parte delle Istituzioni.

I componenti del *Panel* operanti nelle realtà regionali più colpite dal COVID-19, non mostrano preferenze diverse, se non per i componenti delle Istituzioni che associano miglioramenti della *Performance* solo ai valori dell'ultimo quarto della distribuzione.

Figura 32
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
Funzione valore per Categoria
Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19

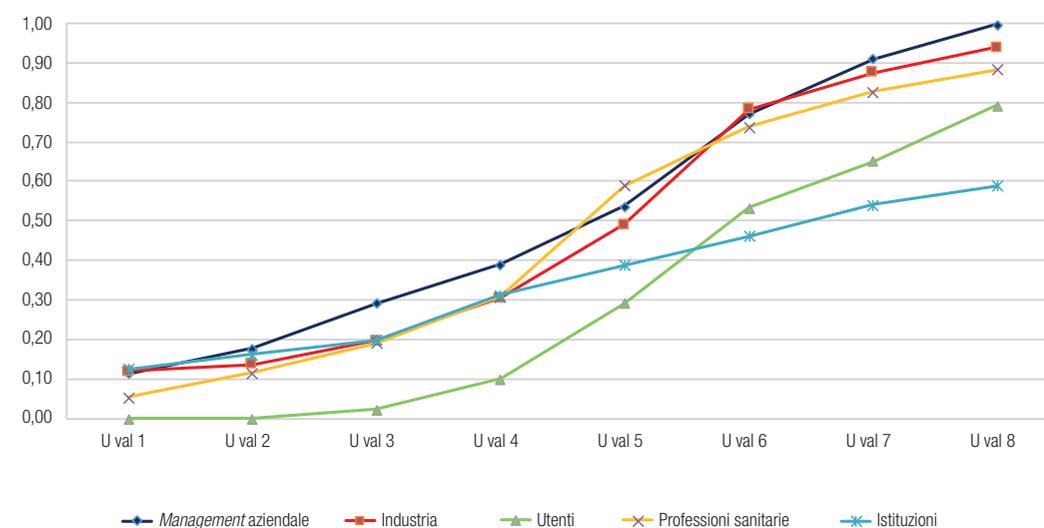


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari cronico-ostruttive, influenza nell'anziano)
(Dimensione Appropriata)

La funzione valore ottenuta per l'indicatore *Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari cronico-ostruttive, influenza nell'anziano)* ha un andamento lineare per la Categoria delle Istituzioni, mentre gli *Stakeholder* appartenenti alle categorie Utenti, Professioni Sanitarie, *Management* aziendale e *Industria* medica, associano miglioramenti della *Performance* più che proporzionali al ridursi delle ospedalizzazioni per le patologie croniche, almeno per i valori della seconda metà della distribuzione; tutte le Categorie, penalizzano fortemente gli alti livelli di ricorso all'ospedalizzazione per i casi di cronicità, soprattutto gli Utenti.

Figura 33
Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari cronico-ostruttive, influenza nell'anziano)
Funzione valore per Categoria



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

Rispetto alla precedente edizione non si riscontrano differenze significative nell'andamento della funzione di utilità delle diverse Categorie, se non una maggiore penalizzazione da parte degli Utenti per valori peggiori dell'indicatore, e viceversa una minore da parte del Management aziendale e dell'Industria medicale: queste ultime categorie attribuiscono una Performance ottimale ai valori registrati migliori dell'indicatore.

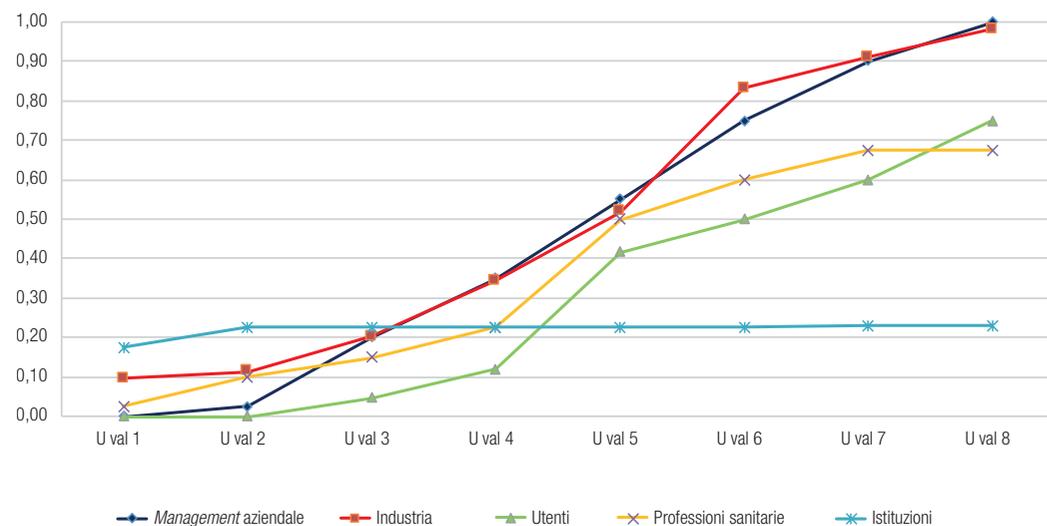
Per i componenti operanti nelle realtà regionali più colpite dal COVID-19, non si riscontrano particolari differenze, a meno dei componenti delle Istituzioni che attribuiscono un livello di Performance sostanzialmente costante (intorno al 20% di quella massima), indipendentemente dal valore dell'indicatore.

Figura 34

Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari croniche, influenza nell'anziano)

Funzione valore per Categoria

Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19



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

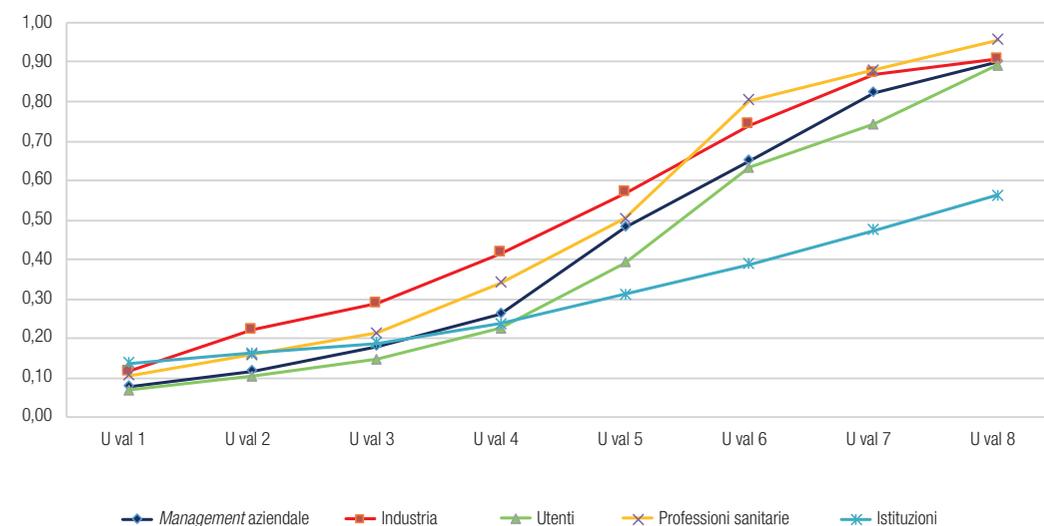
Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75 (Dimensione Appropriatezza)

La Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75, è associato ad andamento lineare per le categorie di Stakeholder Istituzioni e Industria medicale, mentre per gli Utenti, il Management aziendale e le Professioni Sanitarie si evidenzia una utilità marginale crescente nella seconda metà della distribuzione.

Tutti i rappresentanti del Panel ritengono da penalizzare, ai fini della Performance l'esistenza di un'elevata quota di ricoveri ospedalieri oltre soglia per gli over 75.

Figura 35

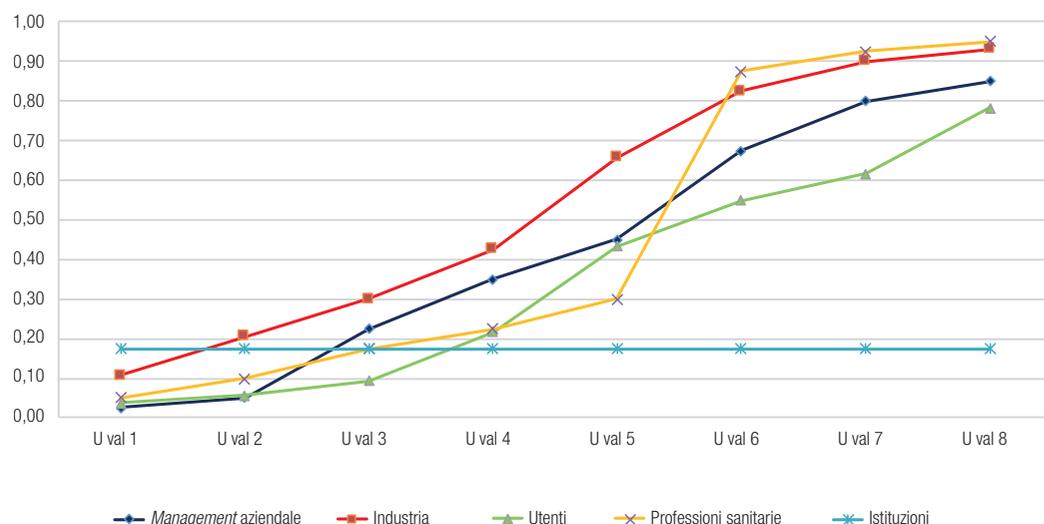
**Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75
Funzione valore per Categoria**



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

Fra i componenti del *Panel* operanti nelle realtà regionali più colpite dal COVID-19, si riscontra per le Professioni sanitarie un'utilità marginale crescente nella seconda metà della distribuzione, e per le Istituzioni un'invarianza di livello di *Performance* al migliorare delle determinazioni dell'indicatore.

Figura 36
Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75
Funzione valore per Categoria
Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19



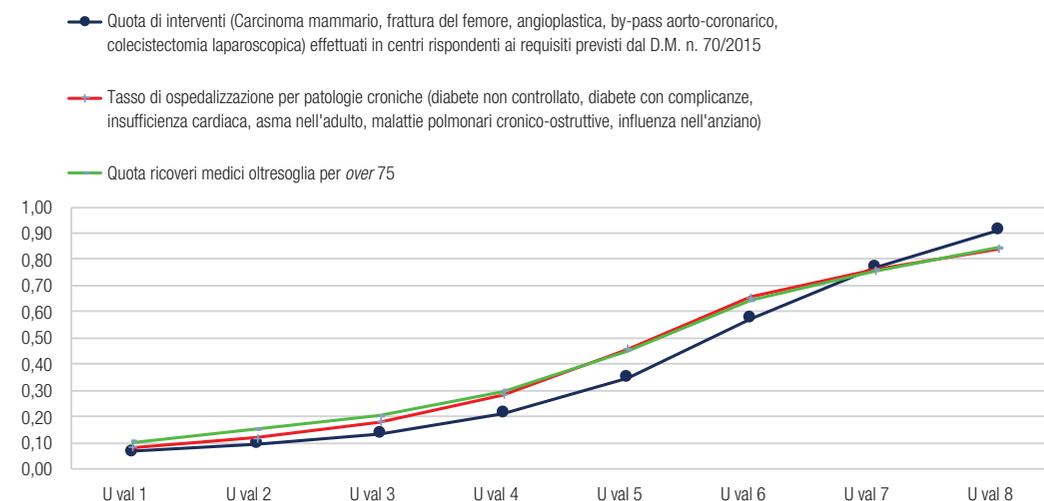
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Sintesi funzioni di valore degli indicatori della Dimensione Appropriatezza

Ai primi due indicatori di questa Dimensione, si associa una funzione di Utilità che, soprattutto nella seconda metà della distribuzione, evidenzia contributi alla *Performance* più che proporzionali; fanno eccezione le Istituzioni, per le quali si associa un andamento sostanzialmente lineare e costante. All'indicatore *Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75*, si associa invece un andamento lineare della funzione di utilità.

Non si riscontrano differenze significative fra gli *Stakeholder* operanti nelle realtà più colpite dal COVID-19.

Figura 37
Dimensione Appropriatezza
Funzione valore media per indicatore

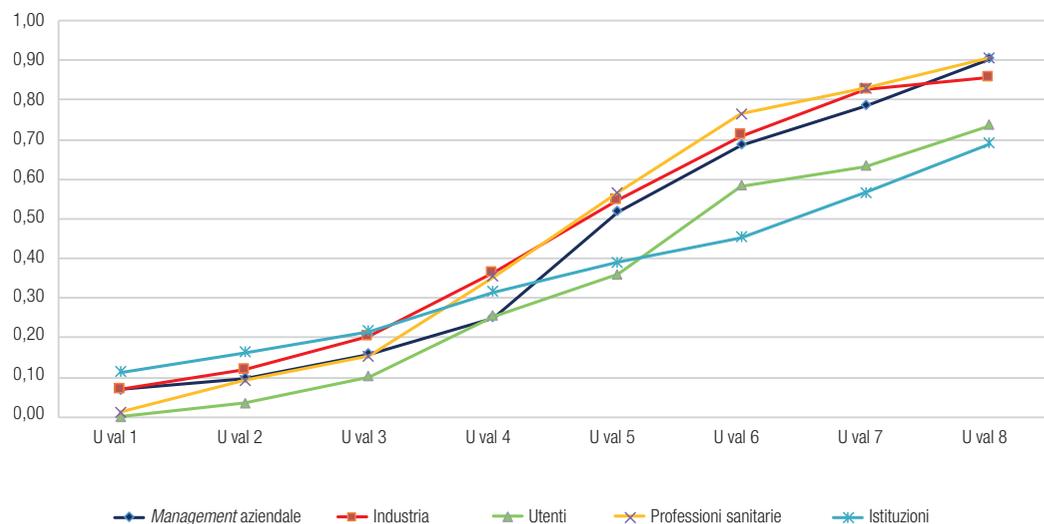


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (Dimensione Innovazione)

Nella Dimensione Innovazione, all'indicatore *Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive* è associata una funzione di valore che presenta una utilità marginale crescente nella seconda metà della distribuzione: per tutte le Categorie ad eccezione delle Istituzioni, per le quali l'andamento risulta approssimativamente lineare. Gli Utenti ritengono sia da penalizza il mancato ricorso a tali tecniche e ritengono, come le Istituzioni, che anche i migliori livelli di ricorso nazionale siano non ottimali, con un valore pari al 70% di quello massimo.

Figura 38
Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
Funzione valore per Categoria

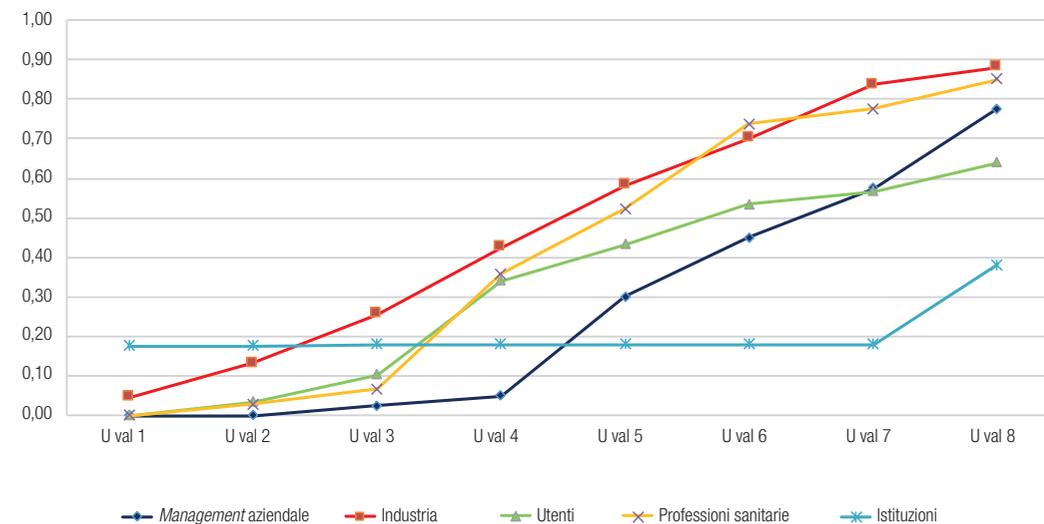


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla precedente edizione non si riscontra alcuna differenza nell'andamento della funzione di utilità delle diverse categorie, tranne una maggiore penalizzazione da parte degli Utenti per i valori peggiori dell'indicatore.

I componenti operanti nelle realtà regionali più colpite dal COVID-19, sembrano avere maggior “aspettative” sul ricorso a tali tecniche,; in particolare gli Utenti e le Istituzioni attribuiscono al valore migliore dell'indicatore una *Performance* non ottimale rispettivamente pari al 65% ed al 40% di quella massima possibile.

Figura 39
Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
Funzione valore per Categoria
Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19

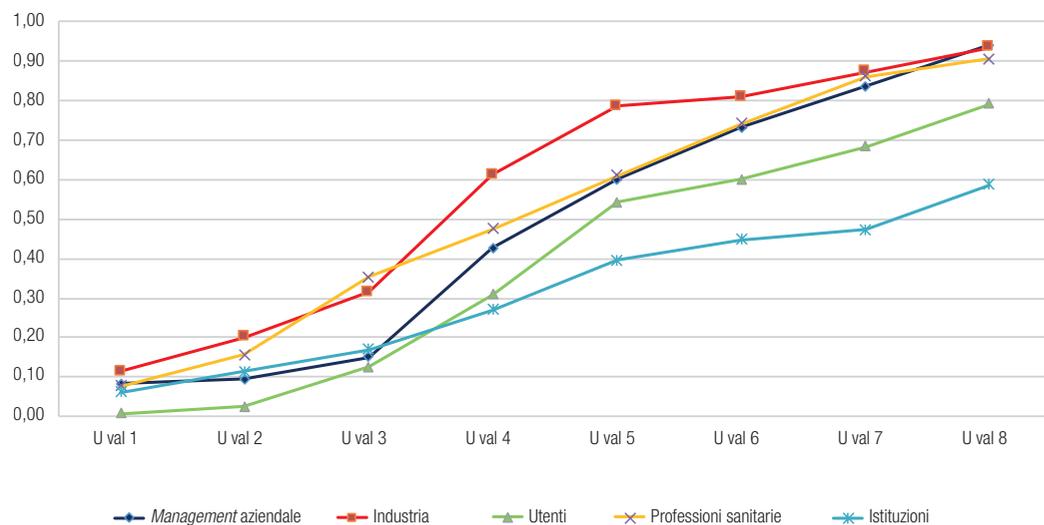


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

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

Al secondo indicatore relativo alla Dimensione Innovazione, *Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)*, tutte le Categorie hanno associato una utilità marginale decrescente nel primo terzo della distribuzione, costante in quella centrale e crescente nell'ultima parte: gli Utenti, rispetto alle altre Categorie, penalizzano maggiormente le situazioni di modesta attivazione del FSE.

Figura 40
Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
Funzione valore per Categoria

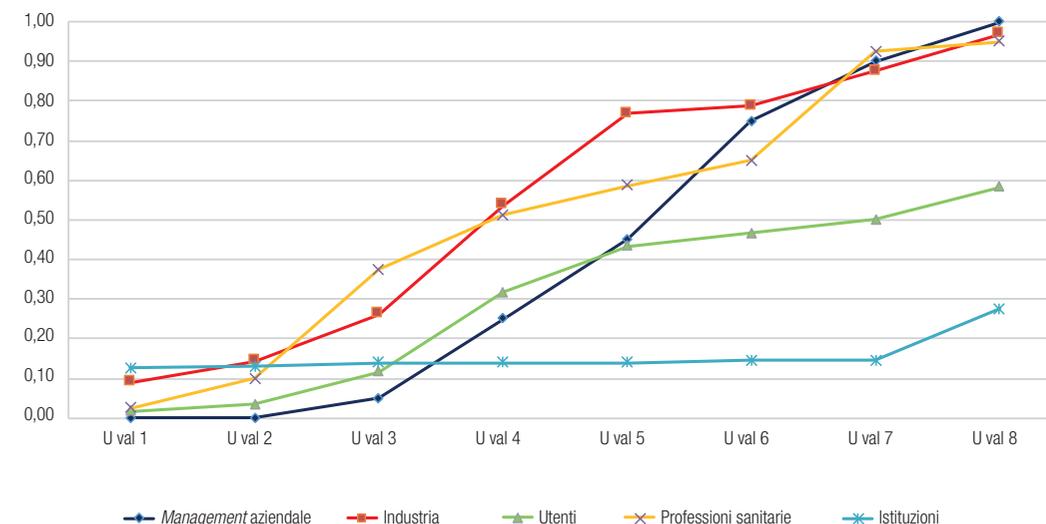


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla precedente edizione si riscontra per l'Industria medicale e per gli Utenti un atteggiamento di miglioramento della *Performance* più che proporzionale per valori dell'indicatori nella prima metà della distribuzione.

I componenti operanti nelle realtà regionali più colpite dal COVID-19, associano un contributo alla *Performance* più che proporzionale nella prima metà della distribuzione (per tutte le categorie ad eccezione delle Istituzioni, per le quali il livello di *Performance* rimane pressoché costante nei primi tre quarti della distribuzione, per poi aumentare nell'ultimo raggiungendo circa il 30% della *Performance* massima).

Figura 41
Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
Funzione valore per Categoria
Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19



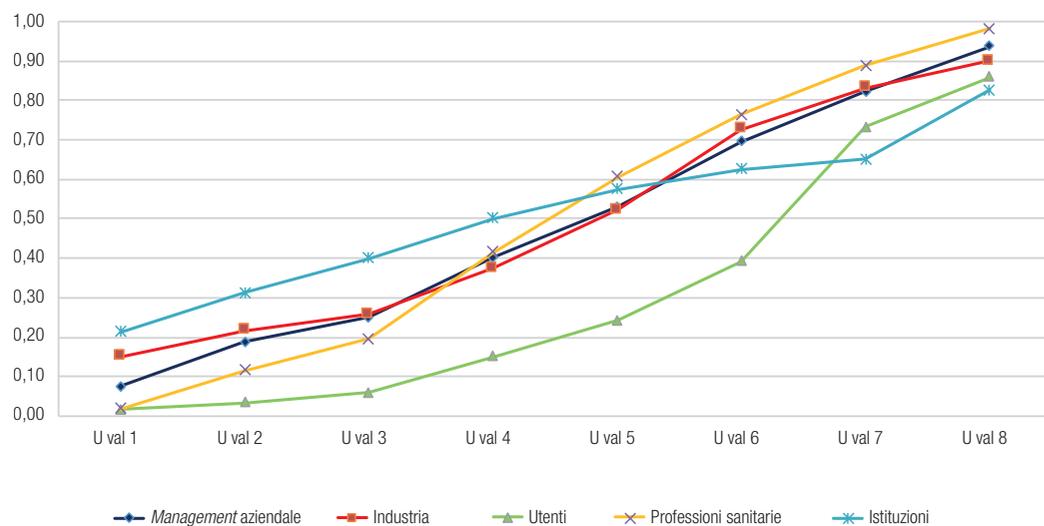
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio (Dimensione Innovazione)

L'indicatore *Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio*, è associato ad una funzione di valore ad andamento lineare per tutte le Categorie di *stakeholder*, ad eccezione delle Istituzioni, per le quali assume una forma con concavità verso il basso, e per gli Utenti, per i quali invece la concavità è verso l'alto.

Gli Utenti penalizzano maggiormente i valori peggiori dell'indicatore.

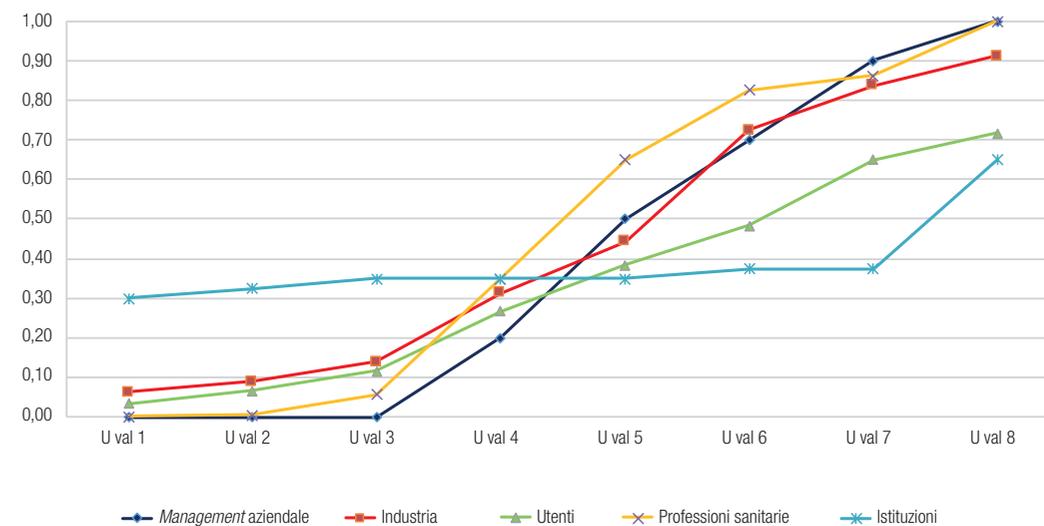
Figura 42
Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio
Funzione valore per Categoria



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

I componenti operanti nelle realtà regionali più colpite dal COVID-19, in media penalizzano maggiormente i bassi livelli di ricorso alle deospedalizzazioni non al domicilio.

Figura 43
Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio
Funzione valore per Categoria
Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19

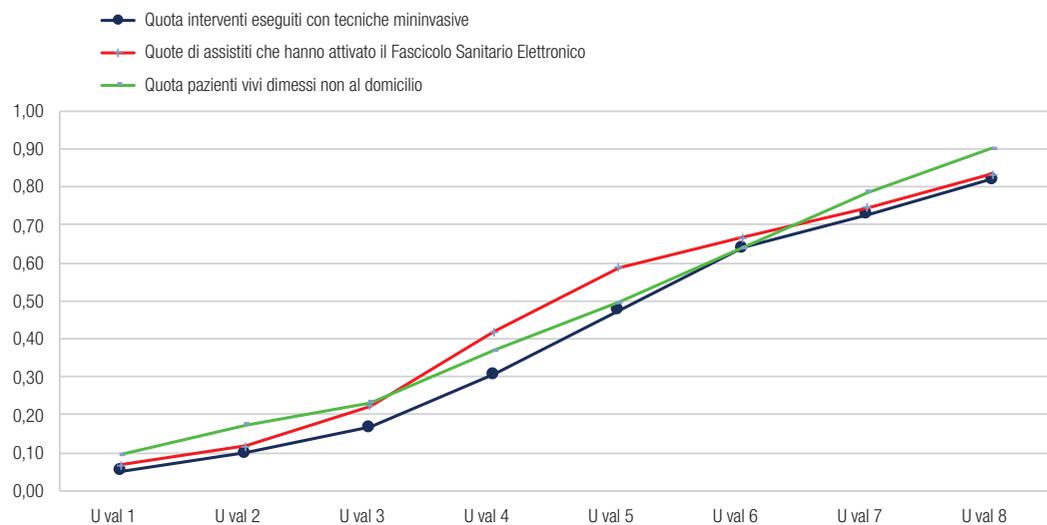


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Sintesi funzioni di valore degli indicatori della Dimensione Innovazione

Complessivamente, agli indicatori della Dimensione Innovazione viene, complessivamente, associata una funzione di valore che cresce più che proporzionalmente in corrispondenza delle determinazioni dell'indicatore della prima metà della distribuzione; gli afferenti alle realtà con elevati tassi di contagio risultano penalizzare maggiormente i valori peggiori degli indicatori afferenti alla Dimensione Innovazione.

Figura 44
Dimensione Innovazione
Funzione valore media per indicatore

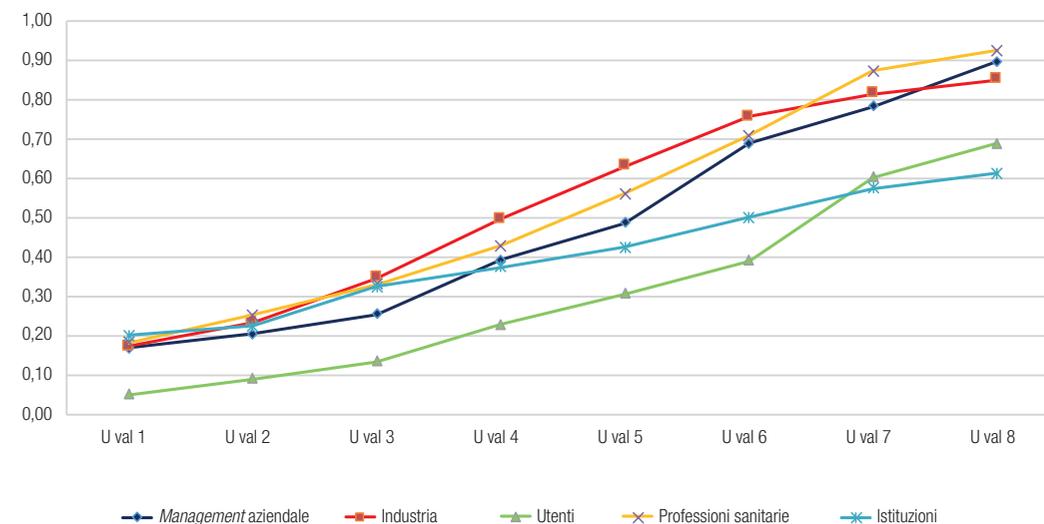


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

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

Nella Dimensione Economico-Finanziaria, la funzione di valore relativa all'indicatore Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata, presenta un andamento sostanzialmente lineare per gli appartenenti alle Professioni sanitarie, al Management aziendale e alle Istituzioni; la funzione ha la concavità verso il basso per l'Industria medica e verso l'alto per gli Utenti, che peraltro penalizzano maggiormente i valori elevati di spesa.

Figura 45
Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
Funzione valore per Categoria



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

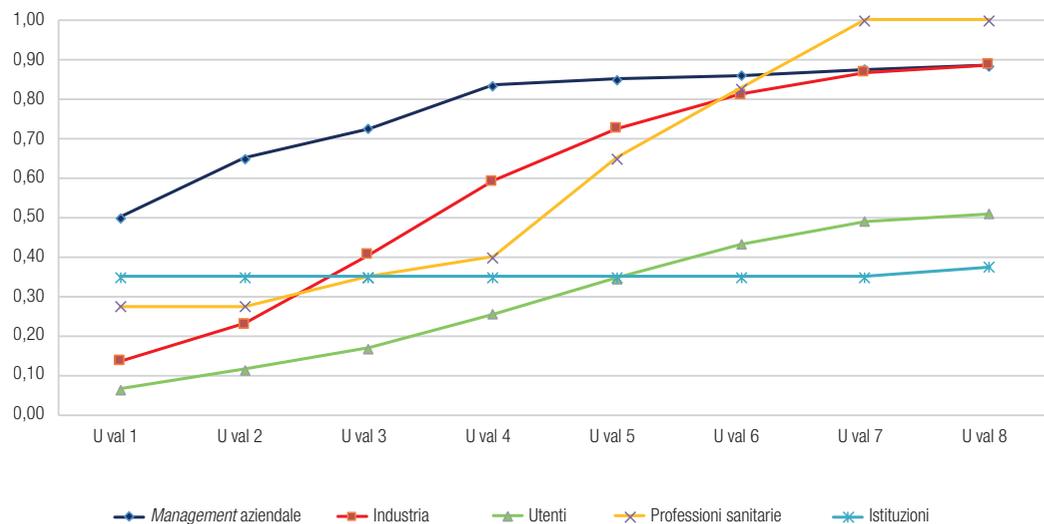
Rispetto alla precedente edizione non si riscontrano particolari differenze negli andamenti.

I componenti operanti nelle realtà regionali più colpite dal COVID-19, sembrano avere maggiore consapevolezza del fatto che il livello di spesa non può scendere al di sotto di un certo livello. Solo per le Professioni sanitarie si riscontra una utilità marginale crescente associata ai valori di spesa della seconda metà della distribuzione. Per le Istituzioni si riscontra una sostanziale invarianza del livello di *Performance*, che sembra essere ritenuta indipendente dal valore dell'indicatore.

Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite (Dimensione Economico-Finanziaria)

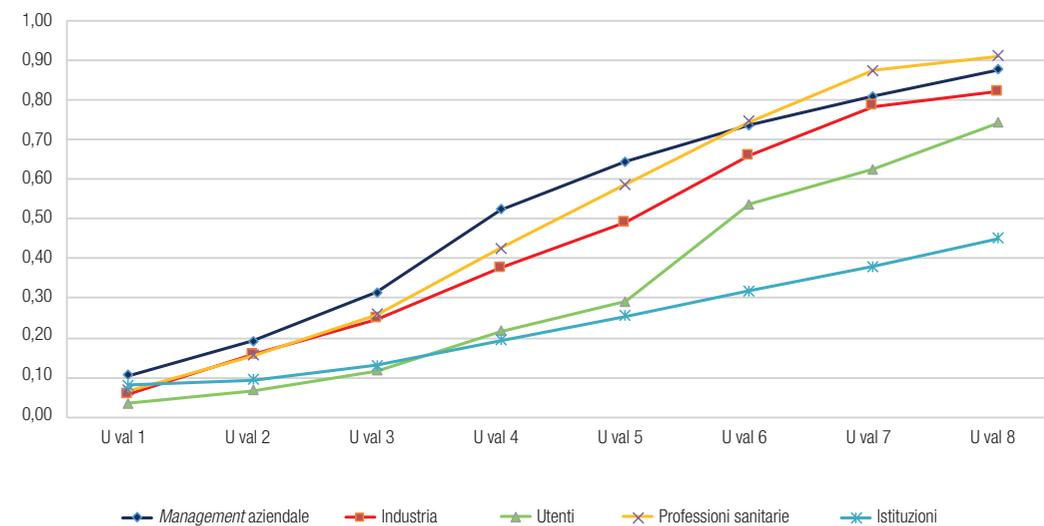
Per l'indicatore *Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite*, la funzione di valore presenta, per la maggior parte delle Categorie, un andamento con una utilità marginale decrescente per valori dell'indicatore nella prima metà della distribuzione, e crescente invece nella seconda; solo per le Categorie dell'Industria medica e delle Istituzioni l'andamento sostanzialmente è lineare. Tutte le Categorie di *Stakeholder*, inoltre, penalizzano ai fini delle *Performance*, i livelli di spesa sanitaria sul PIL pro-capite prossimi a quello massimo nazionale.

Figura 46
Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
Funzione valore per Categoria
Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19



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

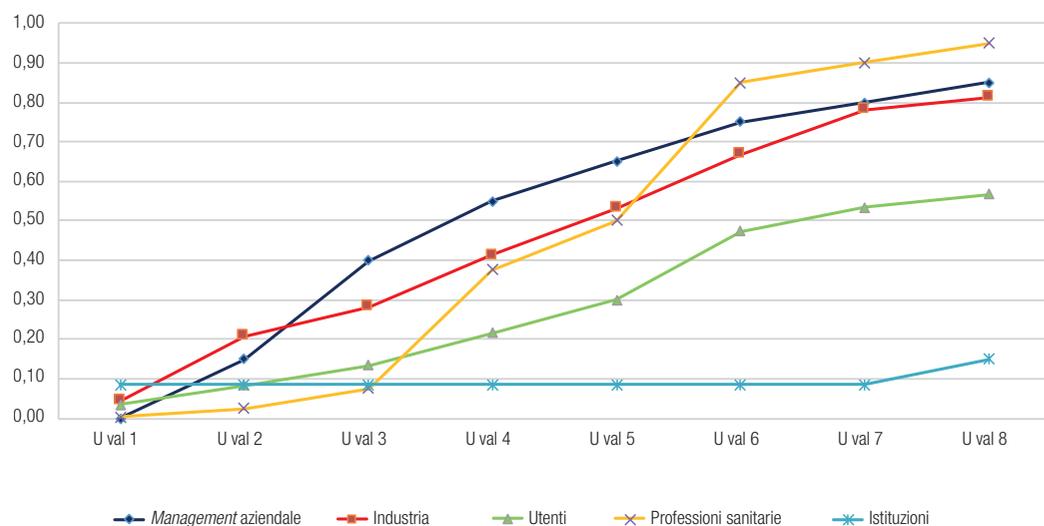
Figura 47
Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite
Funzione valore per Categoria



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

Le valutazioni dei componenti operanti nelle realtà regionali più colpite dal COVID-19, non si differenziano se non per le Istituzioni, che associano miglioramenti in termini di *Performance* all'aumentare della quota di PIL destinata alla spesa sanitaria, ritenendo comunque il livello di *Performance* basso.

Figura 48
Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite
Funzione valore per Categoria
Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19



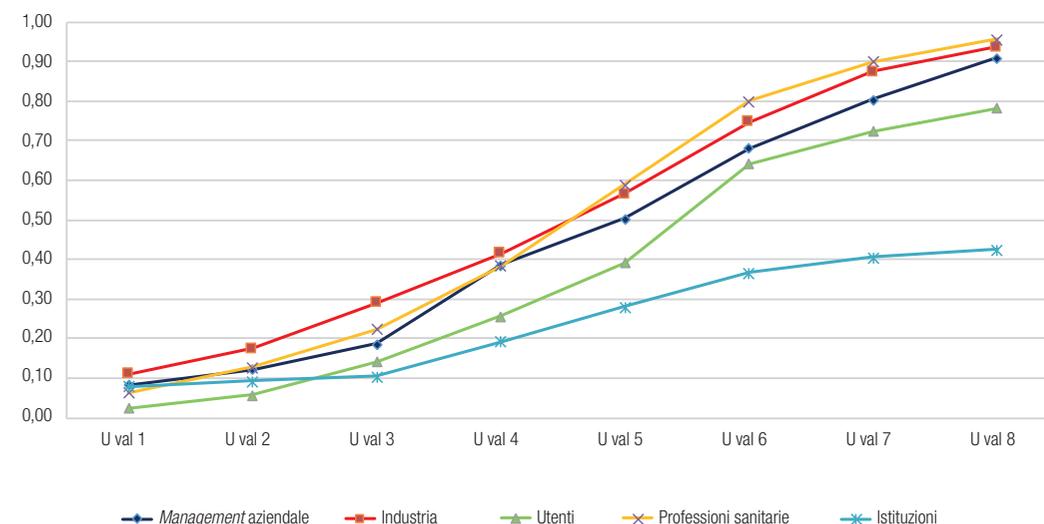
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile (Dimensione Economico-Finanziaria)

Il terzo indicatore della Dimensione Economico-Finanziaria, l'*Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile*, è risultato associato ad un andamento della funzione di utilità che vede contributi alla *Performance* più che proporzionali al ridursi dell'incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile.

Tutte le Categorie di *Stakeholder* penalizzano i livelli di alta incidenza dei consumi sanitari delle famiglie sul reddito disponibile.

Figura 49
Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile
Funzione valore per Categoria

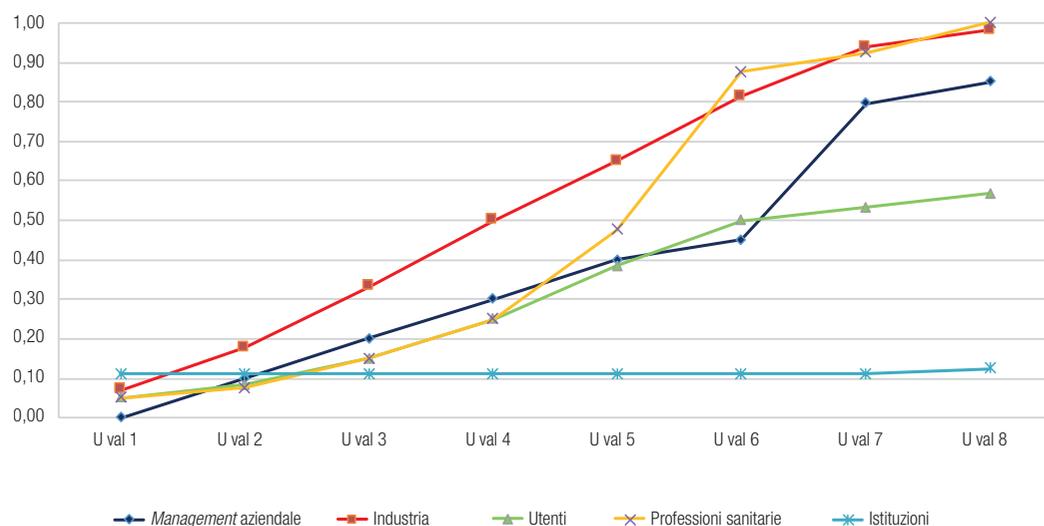


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla precedente edizione si riscontra un cambiamento di atteggiamento del *Panel*, che sembra ritenere plausibile che una minima quota di reddito sia destinata ai consumi sanitari privati.

I componenti del *Panel* operanti nelle realtà regionali più colpite dal COVID-19, ad eccezione di quelli dell’Industria medicale, che associano miglioramenti in termini di *Performance* proporzionali ai miglioramenti dell’indicatore, attribuiscono una utilità marginale decrescente nella seconda metà della distribuzione. Per quest’indicatore, le Istituzioni, attribuiscono un livello di *Performance* che migliora progressivamente passando dal 10% di quella massima (in corrispondenza del valore peggiore dell’indicatore) al 40% (in corrispondenza del valore migliore).

Figura 50
Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile
Funzione valore per Categoria
Componenti Regioni con tassi elevati di contagi da COVID-19



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

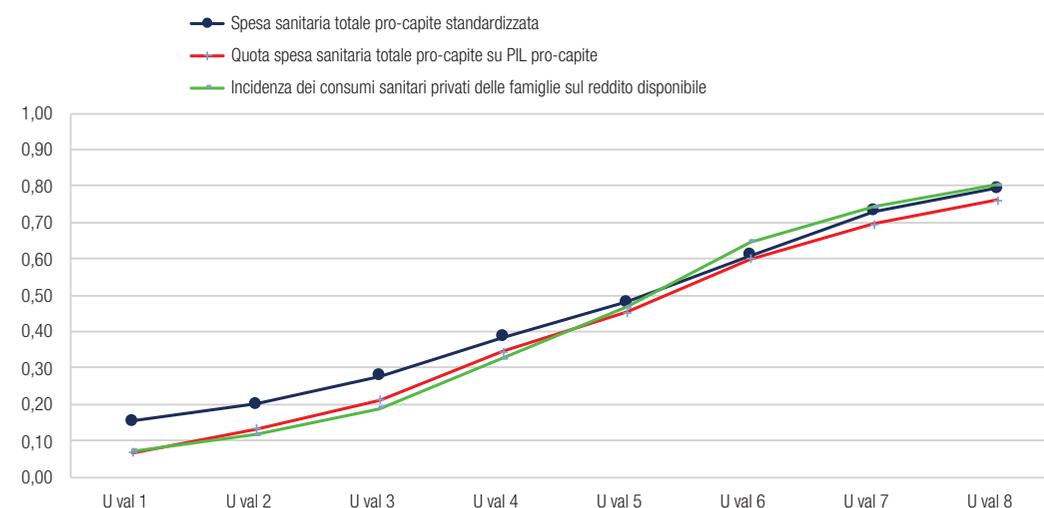
Sintesi funzioni di valore degli indicatori della Dimensione Economico-Finanziaria

Complessivamente, agli indicatori della Dimensione Economico-Finanziaria viene associata una utilità marginale fortemente crescente per valori prossimi a quelli migliori nazionali (seconda metà della distribuzione).

Per l’indicatore Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata si riscontra invece un andamento medio maggiormente “neutrale”.

Gli *Stakeholder* delle realtà più colpite dal COVID-19 sembrano mostrare una maggior consapevolezza che il livello di spesa non può scendere oltre certi limiti e non può aumentare indipendentemente dal “livello” economico della Regione.

Figura 51
Dimensione Economico-Finanziaria
Funzione valore media per indicatore



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

Riflessioni finali sulle funzioni valore degli indicatori

Confermando quanto emerso nelle precedenti edizioni del Progetto, le funzioni di valore/utilità associate ai diversi indicatori, hanno andamenti difformi, a seconda delle Dimensioni e anche degli stessi indicatori, nonché delle caratteristiche dei partecipanti, quali la Categoria e la Regione di afferenza.

Ovviamente, questo implica contributi alla *Performance* diversificati.

In generale, i membri del *Panel* penalizzano radicalmente i risultati peggiori, associando ad essi contributi alla *Performance* nulli o comunque minimi; 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.

Questo atteggiamento si verifica in particolare per la Dimensione Sociale, anche in questo caso in continuità con le edizioni precedenti: in altri termini viene espresso un atteggiamento di “stigma” verso le situazioni che generano maggiori iniquità. Atteggiamento che si esaspera per i componenti del *Panel* afferenti alle Regioni con elevati tassi di contagi da COVID-19.

Sostanzialmente analogo è l'atteggiamento del *Panel* verso gli indicatori di Appropriata clinico-organizzativa (legati all'applicazione del D.M. 70/2015): al di sotto di un certo livello il contributo alla *Performance* viene considerato praticamente nullo. Atteggiamento che si riscontra anche negli *Stakeholder* operanti nelle realtà più colpite dal COVID-19.

Per la Dimensione Esiti, un ruolo chiave è attribuito agli obiettivi di riduzione della mortalità evitabile e all'aumento dell'aspettativa di vita: valori di mortalità evitabile inferiori, anche di poco, a quelli migliori nazionali, vengono comunque ritenuti sub-ottimali.

Per quanto concerne la Dimensione Innovazione, le funzioni di valore appaiono crescere più che proporzionalmente al migliorare delle determinazioni degli indicatori, tranne che per le Istituzioni che tendono ad assumere atteggiamenti “neutrali”. Gli afferenti alle realtà con elevati tassi di contagio risultano essere più “esigenti”, penalizzando maggiormente i livelli peggiori degli indicatori registrati.

Anche per la Dimensione Economico-Finanziaria non si registrano differenze significative di preferenze fra gli *Stakeholder*: le funzioni valore registrano utilità marginali crescenti nella seconda metà della distribuzione.

Il ridursi dell'onere, ovvero della spesa sanitaria totale pro-capite, comporterebbe un contributo positivo in termini di *Performance*. Gli *stakeholder* delle realtà più colpite dal COVID-19 sembrano mostrare una maggior consapevolezza del fatto che il livello di spesa non può scendere oltre certi limiti e non può aumentare indipendentemente dal “livello” economico della Regione.

Il merito alla compartecipazione privata alla spesa sanitaria, espressa in rapporto al reddito disponibile, si conferma una ampia condivisione sul fatto che, al ridursi dell'incidenza, migliorino le *Performance* di sistema.

A differenza della precedente edizione, ma in linea con le precedenti, quest'anno tutte le Categorie (ad eccezione delle Istituzioni) assumono funzioni che hanno la concavità verso il basso in corrispondenza dei valori migliori registrati a livello nazionale, a dimostrazione che tali valori sono considerati delle buone *Performance*.

4.3 La composizione degli indicatori

La metodologia utilizzata prevede che una variazione nella determinazione di un indicatore, e quindi del relativo contributo alla *Performance*, possa essere compensata da una variazione (di segno evidentemente opposto) di altri indicatori: in altri termini, che si possa ottenere la stessa valutazione finale di *Performance*, con un diverso *mix* di risultati dei singoli indicatori, e quindi delle singole Dimensioni di valutazione.

L'elicitazione dei “tassi marginali di sostituzione” fra gli indicatori, è stata operativamente realizzata ponendo i partecipanti davanti ad un *trade-off*, ovvero a confronti tra coppie di indicatori, chiedendo di individuare combinazioni diversi degli stessi che portino a condizioni di pari utilità.

Utilizzando il *software* Logical Decisions for groups® ver. 7.2, che utilizza algoritmi che assumono la razionalità del decisore, dall'esercizio di “scambio” effettuato su un numero limitato di indicatori, viene poi ricostruito il quadro d'insieme delle preferenze, garantendone la coerenza complessiva.

Le coppie di indicatori (casualmente prescelte) sottoposte all'esercizio di “scambio” sono state le seguenti:

- *Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati vs Aspettativa di vita in buona salute*
- *Aspettativa di vita in buona salute vs 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*
- *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 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 famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici*
- *Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici vs Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite*
- *Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite vs 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 ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari cronico-ostruttive, influenza nell'anziano) vs Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio*
- *Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio vs Quota Spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite*
- *Quota Spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite vs Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza*
- *Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza vs Customer satisfaction*

(Quota cittadini molto soddisfatti per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie)

- Customer satisfaction (Quota cittadini molto soddisfatti per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie) vs Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75
- Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75 vs Quote di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico
- Quote di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico vs Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile

Il quadro emerso dall'esercizio, conferma come l'importanza relativa attribuita ai singoli indicatori differisca a seconda delle diverse Categorie di Stakeholder.

Di seguito si riassumono i “pesi” elicitati per gli indicatori, distintamente per singola Categoria.

Per i rappresentanti della Categoria Utenti, la Dimensione Economico-Finanziaria contribuisce per quasi il 90% alla misura della Performance: in particolare l'indicatore *Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile* apporta un contributo dell'86,7%.

Per le Istituzioni oltre il 70% della Performance è attribuibile a due indicatori: *Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile* (51,8%) e *Quota cittadini molto soddisfatti per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie* (22,0%).

Per le Professioni sanitarie sono necessari 5 indicatori per rappresentare oltre il 70% della Performance: *Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici* (31,0%), *Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile* (13,4%), *Quota di cittadini che si curano fuori regione di residenza* (9,7%), *Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite* (9,3%) e *Quota cittadini molto soddisfatti per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie* (8,5%).

Per il Management aziendale i due terzi del contributo alla Performance è associato agli indicatori *Aspettativa dai vita in buona salute* (27,7%), *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* (12,8%), *Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici* (9,9%), *Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile* (7,3%), *Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite* (6,7%) e *Quota di cittadini che si curano fuori regione di residenza* (6,7%).

Infine, per l'Industria medicale, oltre il 70% del contributo alla Performance è attribuibile a 6 indicatori: *Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile* (24,0%), *Quota pazienti vivi dimessi non al domicilio* (20,7%), *Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75* (8,8%), *Quota di cittadini che si curano fuori regione di residenza* (8,1%), *Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici* (5,7%) e *Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche* (3,4%).

4.4 Riflessioni sul contributo delle Dimensioni alla Performance

Aggregando i risultati per Dimensione, si osserva come le Dimensioni Economico-Finanziaria e Sociale contribuiscono maggiormente alla Performance (40,9% e 19,9% rispettivamente), seguite da Esiti (19,7%); le Dimensioni Appropriatelyzza e Innovazione, contribuiscono rispettivamente per l'11,6% ed il 7,9%.

Rispetto alla precedente edizione si registra un aumento notevole del peso della Dimensione Economico-Finanziaria (28,4 punti percentuali), dovuto all'importante peso relativo dell'indicatori di incidenza dei consumi sanitari sul reddito familiare; si è invece ridotto quello delle restanti Dimensioni: Esiti, Appropriatelyzza, Innovazione e Sociale (-11,5, -8,6, -6,7 e -1,6 punti percentuali rispettivamente).

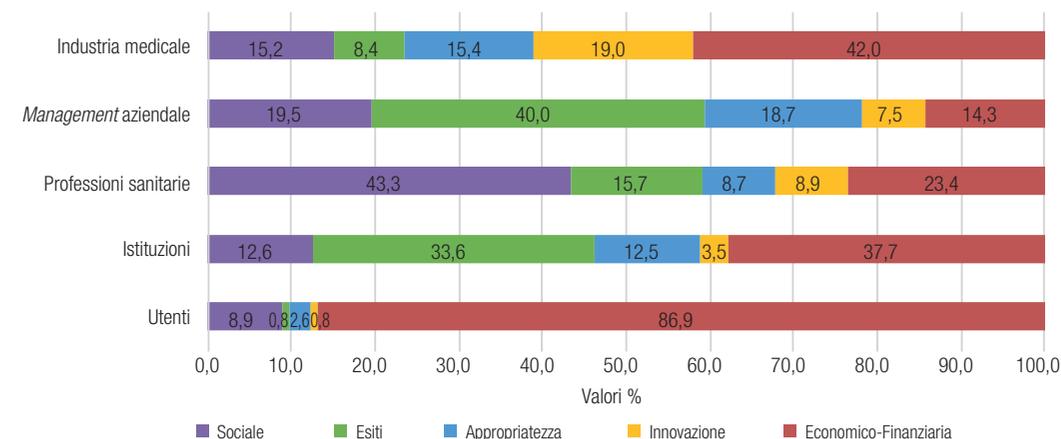
Analizzando i risultati per Categoria, nel caso degli Utenti la Dimensione Economico-Finanziaria contribuisce per quasi il 90% alla misura della Performance del sistema sanitario (86,9%); seguono le Dimensioni Sociale, Appropriatelyzza, Esiti ed Innovazione, con l'8,9%, il 0,82%, lo 0,8% e lo 0,8% rispettivamente.

Per i rappresentanti delle Istituzioni, le Dimensioni Economico-Finanziaria ed Esiti contribuiscono per oltre il 70% alla Performance (37,7% e 33,6% rispettivamente), segue Sociale con il 12,6%, l'Appropriatelyzza con il 12,5% e l'Innovazione con il 3,5%.

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie, le Dimensioni Sociale ed Economico-Finanziaria contribuiscono per i due terzi alla Performance (43,3% e 23,4% rispettivamente), seguono gli Esiti con il 15,7%, l'Innovazione con l'8,9% e l'Appropriatelyzza con l'8,7%.

Per il Management aziendale sono Esiti, Sociale ed Appropriatelyzza le tre Dimensioni che contribuiscono maggiormente: 40,0%, 19,5% e 18,7% rispettivamente; seguite dall'Economico-Finanziaria (14,2%) e dall'Innovazione con il 7,5%.

Figura 52
Contributo delle Dimensioni alla Performance
Per Categoria



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

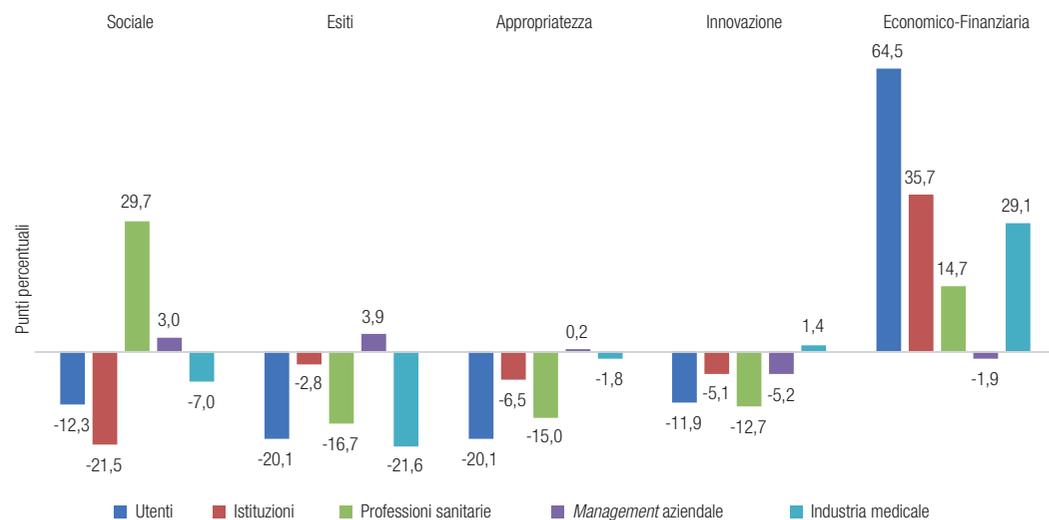
Infine, per l'Industria medicale, sono l'Economico-Finanziaria e Innovazione le Dimensioni che contribuiscono maggiormente alla *Performance* (42,0% e 19,0% rispettivamente), seguite dall'Appropriatezza (15,4%), dal Sociale (15,2%) e dagli Esiti (8,4%).

Analizzando la dinamica dei “pesi” per Categoria, è possibile osservare come, in questo ultimo anno, per gli Utenti sia notevolmente aumentato il “peso” dell'Economico-Finanziaria (64,5 punti percentuali), a scapito delle altre categorie: Appropriatezza ed Esiti (-20,1 punti percentuali rispettivamente), Sociale (-12,3 punti percentuali) e Innovazione (-11,9 punti percentuali).

Anche per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente aumentato il peso dell'Economico-Finanziaria (35,7 punti percentuali) e si è invece ridotto fortemente quello del Sociale (-21,5 punti percentuali); per le Professioni sanitarie è aumentato quello della Dimensione Economico-Finanziaria (14,7 punti percentuali) e del Sociale (29,7 punti percentuali) e si è invece ridotto di 16,7 punti percentuali quello degli Esiti, di 15,0 quello dell'Appropriatezza e di 12,7 punti percentuali quello dell'Innovazione. Il *Management* aziendale è risultata la Categoria che ha registrato meno variazioni rispetto all'edizione precedente: è aumentato il peso degli Esiti (3,9 punti percentuali), del Sociale (3,0 punti percentuali) e dell'Appropriatezza (0,2 punti percentuali), e si è ridotto quello dell'Innovazione (-5,2) e dell'Economico-Finanziaria (-1,9). Infine, per l'Industria medicale è aumentato notevolmente il peso dell'Economico-Finanziaria (29,1 punti percentuali) e si è ridotto fortemente quello degli Esiti (-21,6 punti percentuali).

Complessivamente si rileva come in questa annualità sia notevolmente aumentato il peso dell'Economico-Finanziaria e si sia, invece, ridotto il peso di tutte le altre Dimensioni, soprattutto quello degli Esiti e dell'Appropriatezza.

Figura 53
Variazioni del contributo delle Dimensioni alla Performance VIII vs VII edizione

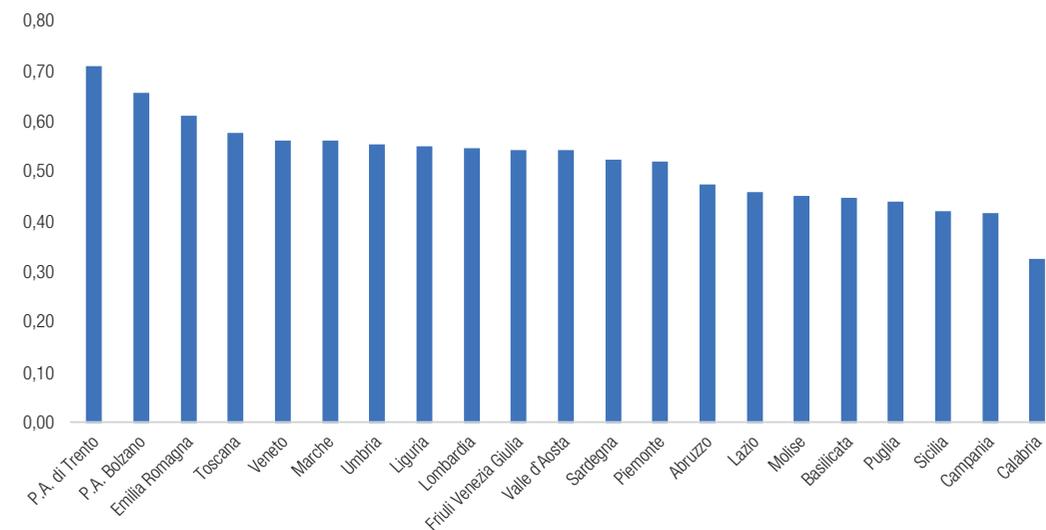


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

5. La Performance regionale

L'indice complessivo di *Performance* che si determina in questa VIII edizione della progettualità oscilla da un massimo del 71% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 33%: il risultato migliore è ottenuto dalla P.A. di Trento ed il peggiore dalla Regione Calabria.

Figura 54
Indice di Performance



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

Si conferma, come già emerso nella precedente edizione, che le valutazioni del *Panel* mostrino come anche le migliori *Performance* attuali siano ancora significativamente distanti da una situazione ottimale, in termini di complessive opportunità di tutela della Salute di cui dispongono i cittadini.

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

Una analisi qualitativa del *ranking* porta a distinguere quattro gruppi di Regioni in base ai livelli di *Performance* raggiunti; in dettaglio, 3 Regioni risultano eccellere (relativamente alle altre): P.A. di Trento, P.A. di Bolzano ed Emilia Romagna, con *Performance* comprese fra il 61% ed il 71%.

Altre 10 Regioni hanno comunque livelli di *Performance* elevati, compresi fra il 53% e il 58%, del livello ottimale: all'interno del gruppo troviamo Toscana, Veneto, Marche, Umbria, Liguria, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Sardegna, Piemonte, con modeste variazioni fra loro.

Abbiamo poi 7 Regioni, Abruzzo, Lazio, Molise, Basilicata, Puglia, Sicilia, Campania con livelli di *Performance* abbastanza omogenei, ma inferiori, compresi nel range 46-52%.

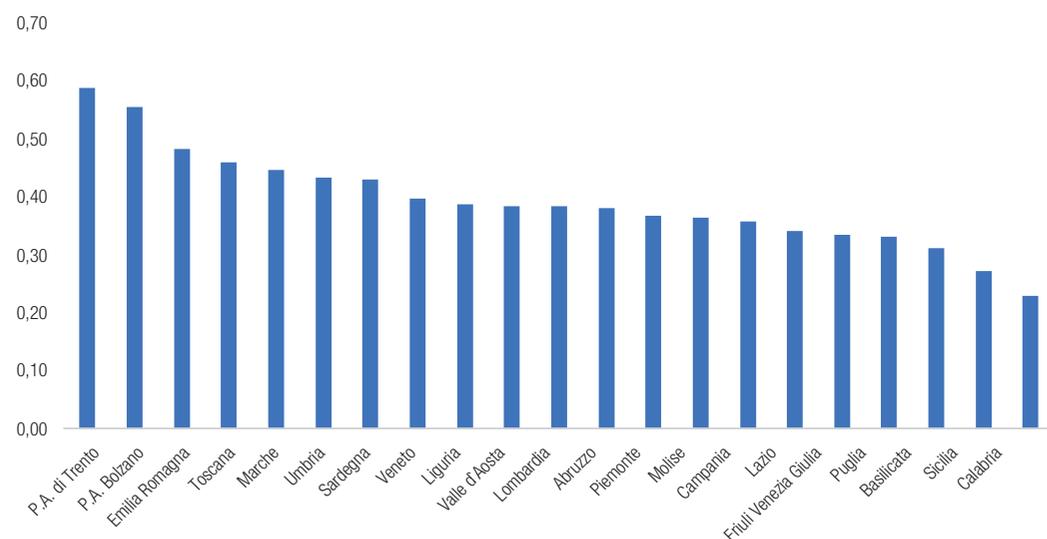
Infine, la Calabria, che registra un livello di *Performance* pari al 33% di quella massima.

Categoria Utenti

Per la Categoria Utenti, la P.A. di Trento, con il 59%, continua a mantenere la prima posizione, registrando un livello di *Performance* però inferiore a quello registrato nella “classifica generale”.

Seguono P.A. di Bolzano ed Emilia-Romagna con una *Performance* rispettivamente pari al 56% e 48%; Basilicata, Sicilia e Calabria occupano le ultime tre posizioni con un indice di *Performance* inferiore al 32%.

Figura 55
Indice di *Performance*
Categoria Utenti



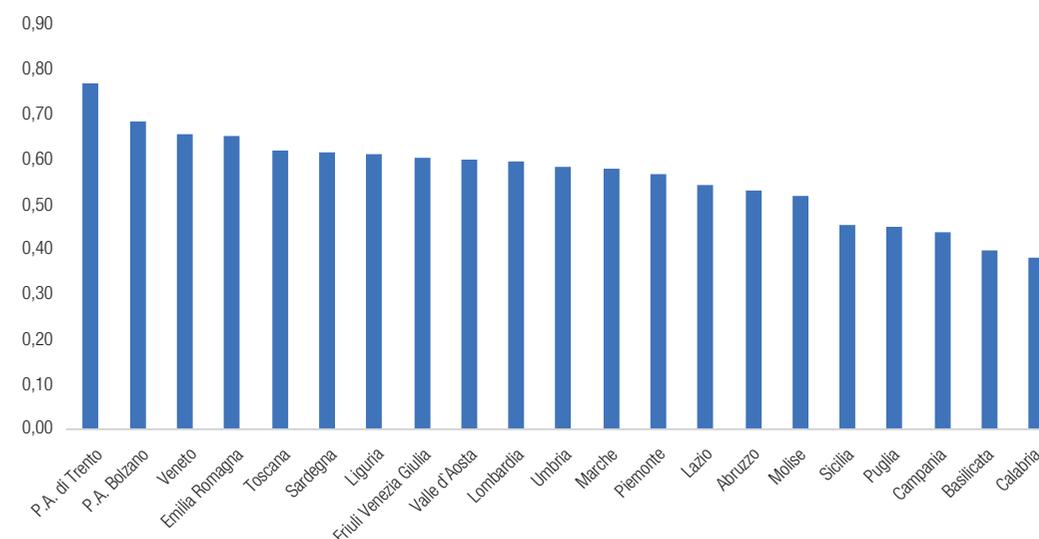
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto al *ranking* generale, per gli Utenti le prime quattro posizioni restano invariate, il Veneto perde tre posizioni diventando ottava, a scapito delle Marche; quest'ultima migliora di una posizione, passando dal sesto posto al quinto; all'estremo opposto abbiamo il Friuli Venezia Giulia che perde ben sette posizioni occupando il quint'ultimo posto e la Campania che ne recupera cinque, abbandonando l'area “critica”.

Categoria Istituzioni

Per i rappresentanti delle Istituzioni, la misura di *Performance* varia dal 77% della P.A. di Trento al 38% della Calabria: si allarga quindi la forbice fra gli estremi; P.A. di Bolzano, Veneto ed Emilia Romagna seguono la P.A. di Trento con un livello di *Performance* pressoché simile (tra il 65% ed il 68%). Nelle ultime posizioni troviamo Sicilia, Puglia, Campania, Basilicata e Calabria che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 46% e il 38%.

Figura 56
Indice di *Performance*
Categoria Istituzioni



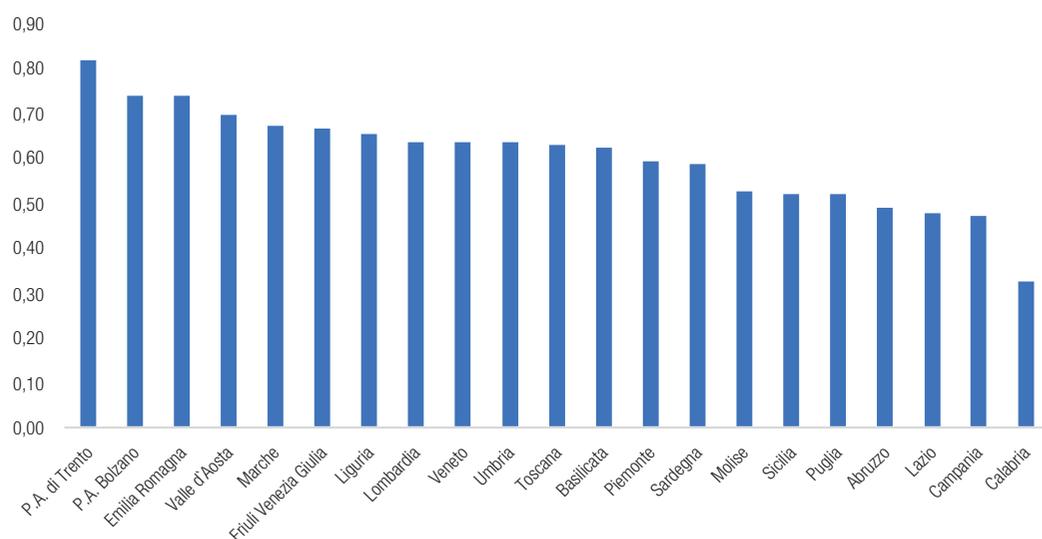
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla classifica generale, si confermano le prime due posizioni e ne guadagna 2 il Veneto, passando dal quinto al terzo posto. Nella parte bassa del *ranking* la Calabria si conferma in ultima posizione, con un livello di *Performance* pari al 38% ma più alto rispetto alla media espressa dagli *stakeholder*; la Campania recupera invece una posizione diventando terz'ultima.

Categoria Professioni Sanitarie

Per le Professioni sanitarie aumentano le “distanze”: la *Performance* complessiva varia fra l'81% della P.A. di Trento ed il 33% della Calabria; P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Emilia Romagna, Valle d'Aosta, Marche, Friuli Venezia Giulia e Liguria, con un livello di *Performance* compreso tra 0,81 e 0,65 occupano le prime sette posizioni; Abruzzo, Lazio, Campania e Calabria occupano, invece, le ultime quattro con un indice di *Performance* compreso tra il 49% e il 33%.

Figura 57
Indice di Performance
Categoria Professioni Sanitarie



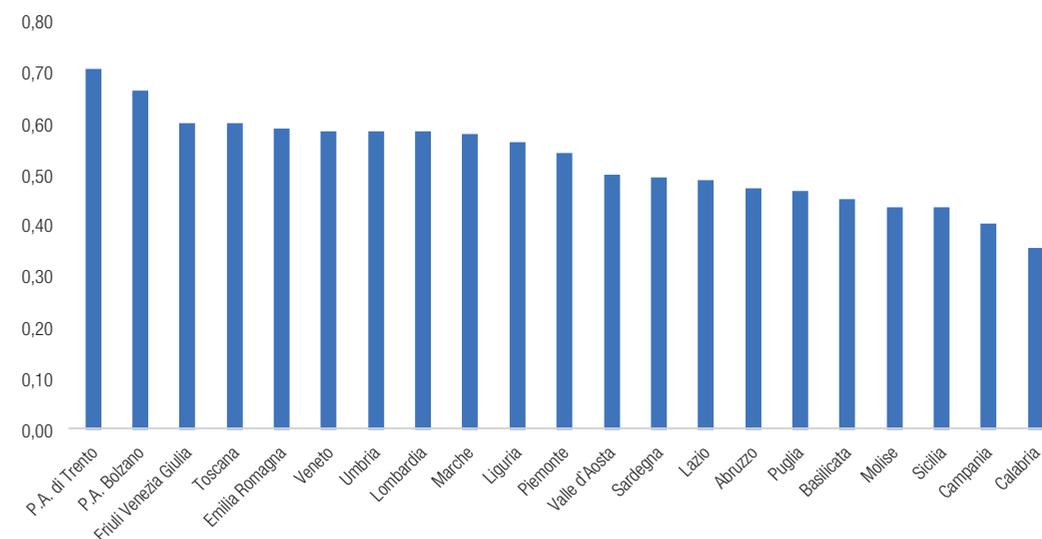
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla classifica generale, si confermano le prime tre posizioni; la Valle d'Aosta fa un notevole balzo in avanti, recuperando ben 7 posizioni e si posiziona al quarto posto, a scapito della Toscana, che invece diventa undicesima; la Calabria si conferma all'ultimo posto e il Lazio perde 4 posizioni diventando terz'ultimo.

Categoria Management aziendale

Per la Categoria *Management* aziendale il *gap* tra la Regione più performante e quello meno è molto simile rispetto a quello complessivo: si passa da un valore massimo del 70% della P.A. di Trento ad uno minimo del 36% della Calabria. P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Friuli Venezia Giulia e Toscana occupano le prime quattro posizioni con una *Performance* superiore al 60% (tra il 70% e il 60%); all'estremo opposto troviamo Lazio, Abruzzo, Puglia, Basilicata, Molise, Sicilia, Campania e Calabria che occupano le ultime otto posizioni con un valore di *Performance* inferiore al 50% (tra il 49% e il 36%).

Figura 58
Indice di Performance
Categoria Management aziendale



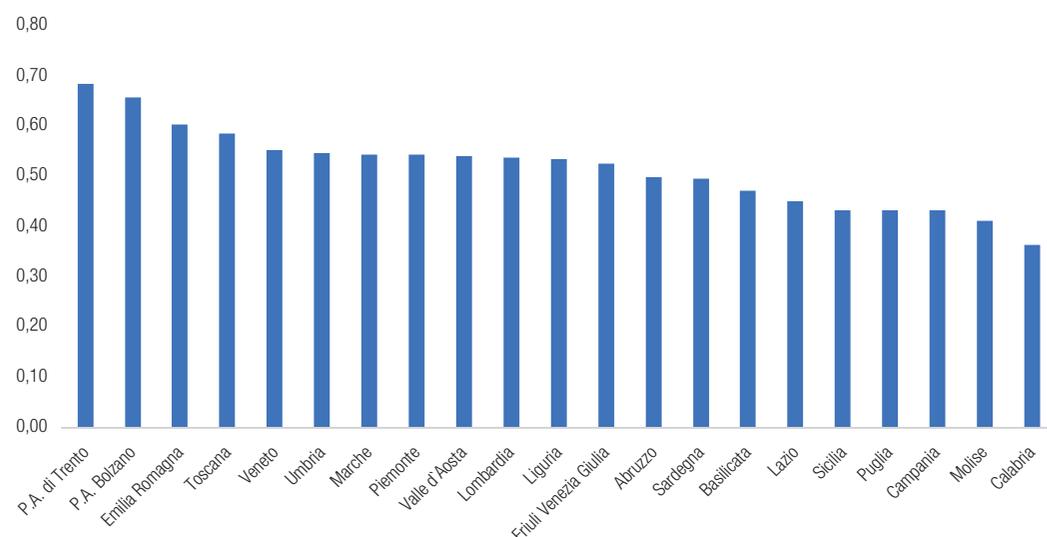
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

In questo *ranking* il Friuli Venezia Giulia recupera sette posizioni rispetto a quello “generale”, diventando terza; l'Emilia Romagna ne perde due, diventando quinta; all'estremo opposto abbiamo la Calabria, la Campania e la Sicilia che si confermano nelle ultime tre posizioni e la Puglia che ne recupera due diventando sest'ultima.

Categoria Industria medicale

Per i rappresentanti dell'Industria medicale la misura di *Performance* varia dal 69% della P.A. di Trento al 36% della Calabria. La P.A. di Bolzano segue quella di Trento con un livello di *Performance* pressoché simile (66%). Nelle ultime posizioni troviamo Sicilia, Puglia, Campania, Molise e Calabria che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 43% e il 36%.

Figura 59
Indice di Performance
Categoria Industria medicale



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

Rispetto alla classifica generale, le prime cinque posizioni restano invariate; l'Umbria e le Marche si scambiano di posizione, passando rispettivamente sesta e settima. Nella parte bassa del *ranking* la Calabria registra il livello di *Performance* più basso; il Molise perde quattro posizioni, diventando penultima, la Sicilia recupera invece due posizioni diventando quint'ultima.

6. Riflessioni finali e contributi alla politica sanitaria

Il progetto sulle *Performance* Regionali del C.R.E.A. Sanità è nato nel 2013 con l'ambizione di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie (e non) tese a ottimizzare le opportunità di tutela della Salute delle persone; a tal fine la misura della *Performance*, fornendo una valutazione regionale dei livelli di tali opportunità, vuole rappresentare uno strumento teso a incentivare le azioni correttive.

Azioni che non si limitano all'efficientamento dei servizi sanitari, o più in generale, al miglioramento delle diverse realtà sanitarie regionali: questo perché la tutela della salute è responsabilità condivisa in tutte le politiche, da quelle ambientali a quelle economiche, etc.; ed anche perché passa altresì per i comportamenti dei cittadini, come ad esempio nelle decisioni di destinare parte del reddito ai consumi sanitari privati.

Va ribadito che la misura/valutazione di *Performance* effettuata si discosta volutamente da quelle, istituzionali e non, tese a giudicare l'efficienza della risposta pubblica o, più specificatamente, del suo *management*.

Ricordiamo, inoltre, che l'indice elaborato si fonda su un assioma di multidimensionalità della *Performance* stessa; ma postula anche l'esistenza di molteplici prospettive: ovvero riconosce la possibilità di preferenze diverse per il contributo delle Dimensioni alla *Performance*, frutto dei diversi interessi di cui sono portatori i molteplici *Stakeholder* dei sistemi socio-sanitari. Non stupisce, quindi, che i servizi sanitari che con la nostra metodologia risultano offrire il maggior livello di tutela della salute, non necessariamente coincidono con quelli che “performano” meglio nella “Griglia LEA”, né con quelli individuati quali *benchmark* per il riparto del Fondo Sanitario: queste ultime valutazioni della *Performance* si basano, infatti, su una specifica prospettiva, nello specifico quella istituzionale, e su dimensioni scelte ad hoc in funzione dell'obiettivo della valutazione.

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

Si osservi, infine, che la Salute, secondo un corretto approccio olistico, è concetto che non può essere declinato in modo statico: appare evidente la dinamica delle opportunità e delle aspettative di cura, in continua e rapida evoluzione, come anche il modificarsi del contesto socio-economico, culturale e politico nel quale esse si realizzano.

Vogliamo allora sottolineare che nella visione adottata di *Performance*, alla multi-dimensionalità, multi-prospettiva e soggettività, si aggiunge quindi una intrinseca natura dinamica ed evolutiva.

La replicazione negli anni del nostro esercizio di elicitazione delle preferenze degli *stakeholder*, ci permette di seguire e apprezzare tale dinamica, offrendo spunti importanti per interpretare le tendenze in corso.

Con i caveat espressi relativamente al contesto in cui si muove il Progetto, ed entrando nello specifico della metodologia, in primo luogo sottolineiamo come abbiamo sempre ritenuto che la esplicitazione dei “pesi” adottati, e anche del processo di loro determinazione, sia un elemento essenziale di trasparenza e di *accountability*.

Per rispondere a questa esigenza, il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità), a partire dal 2013, ha riunito un *Panel* di esperti appartenenti a diversi gruppi di interesse (che oggi conta circa 100 Unità) e congiunta-

mente è stato sviluppato un approccio metodologico basato sull'elicitazione delle loro preferenze.

Il metodo, ispirato alle logiche delle analisi delle decisioni nel *Project Management*, è stato adattato alle specifiche esigenze di una applicazione finalizzata a misurare le opportunità per la tutela della propria Salute di cui dispongono i cittadini delle diverse Regioni.

Operativamente, la metodologia prevede che i membri del *Panel* si esprimano in sequenza:

- sugli attributi della *Performance*, ovvero sugli indicatori preferibili per rappresentare gli obiettivi di tutela della Salute
- sul valore attribuibile alle determinazioni che i singoli indicatori possono assumere
- sull'eventuale possibilità di “compensazione” fra indicatori, ovvero sulla possibilità che un migliore/peggiore risultato di un indicatore possa essere compensato, ai fini della *Performance* complessiva, da una variazione di segno inverso di un altro indicatore.

Con l'applicazione della metodologia succintamente ricordata, questa ottava edizione del progetto, anche alla luce di quelli delle precedenti edizioni, valida e consolida la correttezza delle assunzioni adottate in fase di impostazione del progetto: in particolare quelle in tema di molteplicità degli obiettivi e delle prospettive; infatti, anno dopo anno, troviamo conferma dell'evidenza di differenze significative, a seconda delle categorie di *stakeholder* coinvolti, nelle funzioni di valore/utilità degli indicatori elicitate; analogamente, anche i “pesi” elicitati per quanto concerne il contributo portato dalle diverse Dimensioni alla *Performance*, sono diversi e variabili a seconda della prospettiva adottata.

Queste evidenze si traducono in una chiara dimostrazione del fatto che le diverse Dimensioni individuate apportano alla *Performance* contributi eterogenei, legati alla prospettiva adottata; ne risulta che i *ranking* regionali prodotti dai diversi gruppi di *stakeholder*, presentano significative differenze, pur in un quadro qualitativamente omogeneo.

Rispetto alla precedente edizione sono stati modificati solo 4 indicatori su 15:

- *Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 gg* dal ricovero sostituito con quello di *customer satisfaction*
- *Quota ricoveri con DRG a rischio inappropriata con Quota ricoveri medici oltre-soglia per over 75*
- *Quota centri di senologia rispondenti ai requisiti europei con Quota pz dimessi vivi non al domicilio*
- *Disavanzo pro-capite con Quota spesa sanitaria totale sul PIL*

Modifiche indicative di una maggiore attenzione alla presa in carico territoriale, alla qualità dei servizi (ospedalieri e non) ed agli investimenti rapportati alle possibilità economiche (PIL).

Già nella fase di selezione degli indicatori si è, quindi, percepita una modifica delle priorità da parte degli *stakeholder* alla luce dell' “esito” dei nostri SSR in risposta all'emergenza sanitaria da COVID-19.

Per la Dimensione Sociale si sono registrate preferenze che tendono a descrivere un atteggiamento di “stigma” verso le situazioni che evidenziano maggiori iniquità. Atteggiamento che si esaspera per i componenti afferenti alle Regioni con elevati tassi di contagio da COVID-19.

Per la Dimensione Esiti è stata attribuita una relazione più che proporzionale fra determinazioni degli indicatori e utilità/valore che generano; in particolare tutte le categorie di *stakeholder* (ad eccezione delle Istituzioni, ritengono che debbano essere particolarmente penalizzate le situazioni in cui gli indicatori, presentano valori peggiori).

Per la Dimensione Appropriata, si riscontra un andamento che esplicita una utilità marginale crescente soprattutto nella seconda metà della distribuzione, condiviso tra tutte le Categorie, ad eccezione delle Istituzioni, per le quali si associa un andamento sostanzialmente lineare. Non si riscontrano differenze di atteggiamento da parte degli *stakeholder* operanti nelle realtà più colpite dal COVID-19.

Nella Dimensione Innovazione viene, complessivamente, associata una utilità marginale crescente in corrispondenza delle determinazioni degli indicatori della prima metà della distribuzione; gli afferenti alle realtà con elevati tassi di contagio risultano essere più “esigenti” per gli indicatori afferenti a tale Dimensione.

Infine, per la Dimensione Economico-Finanziaria viene di fatto associata una utilità fortemente crescente per valori prossimi a quelli migliori nazionali (seconda metà della distribuzione). Per l'indicatore Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata si riscontra invece un andamento medio di “neutralità”. Gli *Stakeholder* delle realtà più colpite dal COVID-19 sembrano mostrare una maggior consapevolezza che il livello di spesa non può scendere oltre certi limiti e non può aumentare indipendentemente dal “livello” economico della Regione.

Complessivamente, Utenti e Professioni sanitarie operanti nelle realtà più colpite dal COVID-19 risultano essere più “rigidi” nelle loro valutazioni, mentre gli afferenti alle Istituzioni risultano più “tolleranti”.

Le Dimensioni Economico-Finanziaria, Sociale ed Esiti sono quelle che contribuiscono maggiormente alla *Performance*, seguite dall'Appropriatezza e dall'Innovazione.

Per gli Utenti è la Dimensione Economico-Finanziaria che contribuisce in maggior misura; per i rappresentanti delle Istituzioni, Economico-Finanziaria ed Esiti; per le Professioni sanitarie, Sociale ed Economico-Finanziaria; per il *Management* aziendale, Esiti, Sociale ed Appropriata; infine, per l'Industria medica, l'Economico-Finanziaria, l'Innovazione e l'Appropriatezza.

Come anticipato, e già richiamato nelle precedenti edizioni, si rafforza la consapevolezza che la dinamica dei pesi cambia di anno in anno: l'analisi porta a concludere che ciò avviene, però, in modo coerente con le modificazioni del contesto socio-economico e dei relativi riflessi sul dibattito di politica sanitaria.

Si conferma quindi il carattere di soggettività e dinamismo della *Performance*, ovvero la sua dipendenza dalle dinamiche evolutive degli scenari socio-economici, culturali e politici.

L'aumento del peso della Dimensione economica (ridottosi progressivamente nelle precedenti edizioni), registrato in tutte le categorie ad eccezione del *Management* aziendale (che di fatto ha adempiuto alla mission del “pareggio di bilancio”), è probabilmente ascrivibile all'importanza data all'impatto, aumentato, delle spese private sui cittadini ovvero all'indicatore di incidenza dei consumi sanitari sul reddito disponibile, e all'esigenza di rifinanziamento. L'incremento è stato significativo per gli Utenti, poi l'Industria medica, le Istituzioni e le Professioni sanitarie.

Si osserva, peraltro, la necessità di recuperare il significato profondo del termine effi-

cienza, inteso come ottimizzazione del rapporto fra Esiti e risorse impegnate: non a caso, il tema è oggi al centro delle politiche sanitarie, esprimendo un tentativo di superamento delle logiche di mero risparmio di spesa.

Complessivamente, il “combinato disposto” delle dinamiche osservate sembra indicare un riorientamento del dibattito di politica sanitaria e, in particolare, dell’attenzione verso i risultati del sistema sanitario: in altri termini, preso atto dell’avvenuto risanamento finanziario, oggi il tema principe sembra diventare quello della ricerca di nuovi assetti nel sistema sanitario, capaci di garantire nel tempo la sopravvivenza delle politiche di tutela.

Sottolineiamo come si sia ridotta l’importanza dell’Appropriatezza, soprattutto per Utenti e Professioni sanitarie, ritenendo evidentemente strategica la centralità del paziente, la sua presa in carico, indipendentemente dal luogo di erogazione della prestazione (ospedale o meno). Dimensione che continua invece a rimanere una priorità per il *Management* aziendale: il suo peso è rimasto invariato rispetto alla precedente edizione.

Guardando ai livelli di “soddisfazione” espressi dal *Panel*, osserviamo come fra la misura della *Performance* “migliore” e quella “peggiore”, lo scarto rimane significativo: dal 71% al 33% (in linea con quanto riscontrato nella precedente edizione, 70-31%).

Da una parte osserviamo come anche la migliore *Performance* rimanga lontana da un risultato considerato ottimale dagli *stakeholder*; dall’altra non si può non essere preoccupati del fatto che all’altro estremo tale valore si dimezzi.

Tre realtà (P.A. di Trento, P.A. di Bolzano ed Emilia Romagna) sembrano offrire un livello di opportunità ai propri residenti significativamente migliore delle altre (*Performance* tra il 71% ed il 61%); altre 10 (Toscana, Veneto, Marche, Umbria, Liguria, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Valle d’Aosta, Sardegna e Piemonte) sono sempre parte dell’area dell’“eccellenza”: con una *Performance* compresa tra il 53% ed il 58%; 7 Regioni, Abruzzo, Lazio, Molise, Basilicata, Puglia, Sicilia e Campania rimangono in una posizione “intermedia” con livelli di *Performance* abbastanza omogenei, compresi nel range 43-52%. In area “critica” si trova la Calabria con un valore di *Performance* pari al 33%.

In conclusione, la nuova crescita di importanza della Dimensione Economico-Finanziaria, associata alla selezione dell’indicatore di spesa in rapporto al PIL, sembra indicare una maggiore consapevolezza dell’esigenza di effettuare un rifinanziamento, seppur rapportato alla condizione economica.

A conferma di ciò, dalla discussione tra i componenti del *Panel* intervenuti al *web-meeting* ed ai *work groups*, è emersa chiaramente l’esigenza di garantire che l’incremento di risorse economiche destinate alla Sanità, resesi disponibili con l’emergenza sanitaria, possa tradursi in investimenti capaci di migliorare l’efficienza e, in generale, la *Performance* del sistema, evitando che si traducano in una mera spesa improduttiva, che rischierebbe di generare un effetto *boomerang*.

SCHEDE INDICATORI





DIMENSIONE	ID	INDICATORE
Sociale (Equità)	1	Quote di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici
	2	Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati
	3	Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza
Esiti	4	Aspettativa di vita in buona salute
	5	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite
	6	Quota cittadini molto soddisfatti per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie
Appropriatezza	7	Quota di interventi (carcinoma mammario, frattura di femore, angioplastica, <i>by-pass</i> aorto-coronarico, colecistectomia laparoscopica) effettuati in centri rispondenti ai requisiti previsti dal D.M. n. 70/2015
	8	Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari cronico-ostruttive, influenza nell'anziano)
	9	Quota ricoveri medici oltre soglia per <i>over 75</i>
Innovazione	10	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
	11	Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Elettronico Sanitario
	12	Quota pazienti dimessi vivi non al domicilio
Economico-Finanziaria	13	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	14	Quota spesa sanitaria totale pro-capite sul PIL pro-capite
	15	Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile

DIMENSIONE SOCIALE

INDICATORE N. 1

Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati

Descrizione	L'indicatore esprime le famiglie residenti che, a causa di consumi sanitari (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.), si sono impoverite (sono scese al di sotto della soglia di povertà relativa, calcolata per singola Regione)
Numeratore	Famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati
Denominatore	Famiglie residenti
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su indagine 'Spesa delle famiglie' ISTAT

INDICATORE N. 2

Quota famiglie che rinunciano a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di famiglie che rinuncia a consumi sanitari privati (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.) per motivi economici
Numeratore	Numero di famiglie che rinuncia a spese sanitarie per motivi economici
Denominatore	Famiglie residenti
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su indagine 'Spesa delle famiglie' ISTAT

INDICATORE N. 3

Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di pazienti che si ricoverano in luoghi distanti dalla Regione di residenza (dal calcolo sono state escluse le Regioni confinanti con quella di residenza)
Numeratore	Numero di cittadini che si ricoverano fuori Regione di residenza (non di confine)
Denominatore	Popolazione ricoverata
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute

DIMENSIONE ESITI

INDICATORE N. 4

Aspettativa di vita in buona salute

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

INDICATORE N. 5

Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite

Descrizione	L'indicatore esprime il numero di giorni perduti pro-capite per cause di mortalità evitabili (trattabili o prevenibili)
Numeratore	Giorni perduti per decessi evitabili
Denominatore	-
Unità di misura	Giorni
Fonte	Rapporto Mortalità Evitabile

INDICATORE N. 6

Quota cittadini molto soddisfatti per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e dei servizi delle Aziende Sanitarie

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di pazienti molto soddisfatti dell'assistenza medica ed infermieristica e dei servizi delle ASL (prenotazioni etc.)
Numeratore	Numero di persone molto soddisfatte dell'assistenza medica ed infermieristica e dei servizi delle ASL (prenotazioni etc.)
Denominatore	Numero persone che hanno fruito dei servizi
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT

DIMENSIONE APPROPRIATEZZA

INDICATORE N. 7

Quota di interventi (carcinoma mammario, frattura di femore, angioplastica, *by-pass* aorto-coronarico, colecistectomia laparoscopica) effettuati in centri rispondenti ai requisiti

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di interventi per carcinoma mammario, frattura di femore, angioplastica, <i>by-pass</i> aorto-coronarico e colecistectomia laparoscopica, effettuati in centri rispondenti ai requisiti del D.M. 70/2015
Numeratore	Numero interventi effettuati in centri rispondenti ai requisiti
Denominatore	Numero interventi eseguiti
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Programma Nazionale Esiti (AGENAS)

INDICATORE N. 8

Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari cronico-ostruttive, influenza nell'anziano)

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di pazienti (18+) affetti da diabete, BPCO, scompenso cardiaco, asma e ipertensione arteriosa, ricoverati in regime ordinario
Numeratore	Numero di ricoveri ordinari per patologie croniche con popolazione 18+
Denominatore	Popolazione residente in età 18+
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute

INDICATORE N. 9

Quota ricoveri medici oltre soglia per *over 75*

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di ricoveri con degenza oltre soglia sul totale di ricoveri in regime ordinario con DRG medico di pazienti con età 75 anni e oltre
Numeratore	Ricoveri in acuzie con DRG medico oltre soglia degli <i>over 75</i>
Denominatore	Ricoveri in acuzie con DRG medico degli <i>over 75</i>
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Schede Dimissione Ospedaliera (Ministero della Salute)

DIMENSIONE INNOVAZIONE

INDICATORE N. 10

Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive

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

INDICATORE N. 11

Quota pazienti dimessi vivi non al domicilio

Descrizione	L'indicatore esprime la quota di pazienti, dimessi da strutture ospedaliere, non al domicilio
Numeratore	Numero dimissioni ordinarie effettuate non al domicilio
Denominatore	Numero dimessi vivi
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute Schede Dimissione Ospedaliera (Ministero della Salute)

INDICATORE N. 12

Quote di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico

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

DIMENSIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

INDICATORE N. 13

Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata

Descrizione	L'indicatore rappresenta la spesa sanitaria annua standardizzata, pubblica e privata, per cittadino residente
Numeratore	Spesa sanitaria totale
Denominatore	Popolazione standardizzata
Unità di misura	Valori in €
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ragioneria dello Stato, Istat, ANIA

INDICATORE N. 14

Quota di spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata sul PIL

Descrizione	L'indicatore rappresenta la quota di spesa sanitaria totale pro-capite sul PIL pro-capite
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

INDICATORE N. 15

Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile

Descrizione	L'indicatore esprime l'incidenza della spesa media pro-capite per consumi sanitari privati sul reddito medio disponibile
Numeratore	Consumo sanitario privato familiare
Denominatore	Reddito disponibile familiare
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Istat (Indagine "Spesa delle famiglie" e "Benessere Equo e Sostenibile")



Finito di stampare
nel mese di ottobre 2020 presso
Locopress industria grafica
Mesagne (Brindisi) - Italia
per conto di
Locorotondo editore
ISBN 978-88-99078-32-4



Locorotondo editore
ISBN 978-889907839-3



9 788899 078393