

La misura della *Performance* dei SSR



**VII edizione
2019**

D. d'Angela
B. Polistena
F. Spandonaro







Le opportunità di tutela della salute a livello regionale

La misura della *Performance* dei SSR VII edizione (2019)



Sommario

Indice delle figure	4
1. Introduzione	22
2. Metodologia	24
3. Risultati	26
3.1. Scelta degli indicatori di <i>Performance</i> per Dimensione	26
3.2. Le funzioni valore degli indicatori	47
3.3. La composizione degli indicatori	99
3.4. Riflessioni sul contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i>	102
4. La <i>Performance</i> regionale	105
5. Riflessioni finali e contributi alla politica sanitaria	113
Dimensione Innovazione - Fabbisogni informativi e sviluppo degli indicatori di <i>Performance</i>: il parere del <i>Panel</i>	116

Indice delle figure

Figura 3.1	Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici	28
Figura 3.2	Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati	29
Figura 3.3	Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza	30
Figura 3.4	Aspettativa di vita in buona salute	32
Figura 3.5	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite	33
Figura 3.6	Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero	34
Figura 3.7	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	36
Figura 3.8	Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari cronico-ostruttive, influenza nell'anziano)	37
Figura 3.9	Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati	38
Figura 3.10	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopiche e/o robotiche)	40
Figura 3.11	Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) regionali prodotti	41
Figura 3.12	Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	42
Figura 3.13	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata	44
Figura 3.14	Disavanzo pro-capite	45
Figura 3.15	Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile	46
Figura 3.16	Quota di famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati Funzione valore per Categoria	48
Figura 3.17	Quota di famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	49
Figura 3.18	Quota di famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro	50
Figura 3.19	Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici Funzione valore per Categoria	51
Figura 3.20	Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	52

Figura 3.21	Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro	53
Figura 3.22	Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza Funzione valore per Categoria	54
Figura 3.23	Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	55
Figura 3.24	Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro	56
Figura 3.25	Dimensione Sociale Funzione valore media per indicatore	57
Figura 3.26	Aspettativa di vita in buona salute Funzione valore per categoria	58
Figura 3.27	Aspettativa di vita in buona salute Funzione valore per categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	59
Figura 3.28	Aspettativa di vita in buona salute Funzione valore per categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro	60
Figura 3.29	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite Funzione valore per categoria	61
Figura 3.30	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite Funzione valore per categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	62
Figura 3.31	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite Funzione valore per categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro	63
Figura 3.32	Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero Funzione valore per categoria	64
Figura 3.33	Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero Funzione valore per categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	65
Figura 3.34	Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero Funzione valore per categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro	66
Figura 3.35	Dimensione Esiti Funzione valore media per indicatore	67
Figura 3.36	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	68
Figura 3.37	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 di Regioni in sostanziale equilibrio	69
Figura 3.38	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 di Regioni in Piano di Rientro	70
Figura 3.39	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	71
Figura 3.40	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 di Regioni in sostanziale equilibrio	72
Figura 3.41	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 di Regioni in Piano di Rientro	73
Figura 3.42	Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati	
	Funzione valore per Categoria	74
Figura 3.43	Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati	
	Funzione valore per Categoria	
	Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	75
Figura 3.44	Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati	
	Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro	76
Figura 3.45	Dimensione appropriatezza Funzione valore media per indicatore	77
Figura 3.46	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive	
	Funzione valore per Categoria	78
Figura 3.47	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive	
	Funzione valore per Categoria	
	Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	79
Figura 3.48	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive	
	Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro	80
Figura 3.49	Quota donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei Funzione valore per Categoria	81
Figura 3.50	Quota donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei Funzione valore per Categoria	

	Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	82
Figura 3.51	Quota donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei Funzione valore per Categoria	
	Componenti di Regioni in Piano di Rientro	83
Figura 3.52	Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	
	Funzione valore per Categoria	84
Figura 3.53	Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	
	Funzione valore per Categoria	
	Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	85
Figura 3.54	Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	
	Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro	86
Figura 3.55	Dimensione Innovazione Funzione valore media per indicatore	87
Figura 3.56	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata	
	Funzione valore per Categoria	88
Figura 3.57	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata	
	Funzione valore per Categoria	
	Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	89
Figura 3.58	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata	
	Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro	90
Figura 3.59	Disavanzo pro-capite Funzione valore per Categoria	91
Figura 3.60	Disavanzo pro-capite Funzione valore per Categoria	
	Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	92
Figura 3.61	Disavanzo pro-capite Funzione valore per Categoria	
	Componenti di Regioni in Piano di Rientro	93
Figura 3.62	Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile Funzione valore per Categoria	94
Figura 3.63	Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile	
	Funzione valore per Categoria	
	Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio	95
Figura 3.64	Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile	
	Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro	96
Figura 3.65	Dimensione Economico-Finanziaria Funzione valore media per indicatore	97
Figura 3.66	Contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> Per categoria	102
Figura 3.67	Contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> Per contesto di provenienza	103
Figura 3.68	Variazioni del contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> VII vs VI edizione	104
Figura 4.1	Indicatore di <i>Performance</i>	105

Figura 4.2	Indice di <i>Performance</i> Categoria Utenti	106
Figura 4.3	Indice di <i>Performance</i> Categoria Istituzioni	107
Figura 4.4	Indice di <i>Performance</i> Categoria Professioni Sanitarie	108
Figura 4.5	Indice di <i>Performance</i> Categoria <i>Management</i> aziendale	109
Figura 4.6	Indice di <i>Performance</i> Categoria Industria medica	110
Figura 4.7	Indice di <i>Performance stakeholder</i> delle Regioni in Piano di Rientro	111
Figura 4.8	Indice di <i>Performance stakeholder</i> delle Regioni in sostanziale equilibrio	112

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
- CIOPPA Matteo
C.R.E.A. Sanità
- d'ANGELA Claudia
C.R.E.A. Sanità
- FRATINI Adriana,
C.R.E.A. Sanità
- PLONER Esmeralda
C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- POLISTENA Barbara
C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Comitato Scientifico del Progetto

- BARBON GALUPPI Renza
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
- MONCHIERO Giovanni
Già componente XII Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati
- ZENI Luca
Consigliere Provincia Autonoma di Trento, già Assessore alla Salute e politiche sociali Provincia Autonoma di Trento

Componenti gruppi di lavoro

GRUPPO DI LAVORO 1

CATTINA Grazia, DI MATTEO Luigi, PIETRANTONIO Filomena, PANNUTI Raffaella, UCCI Giovanni, VIORA Ugo

GRUPPO DI LAVORO 2

BASILE Luciano Antonio, BELFIORE Marco, FAVA Valeria, GAGLIARDI Alessandra, MAGI Antonio, TANESE Angelo

GRUPPO DI LAVORO 3

BORDON Paolo, BORLOTTI Barbara, FAVARETTI Carlo, MARCOLONGO Adriano, QUINTALIANI Giuseppe, SCOPINARO Annalisa, SOFFIENTINI Maria Elena

GRUPPO DI LAVORO 4

COCLITE Daniela, MINICHELLO Elisa, NALDONI Carlo, RUTIGLIANO Claudia, SERRA Antonella

GRUPPO DI LAVORO 5

ACETI Tonino, DESIDERI Enrico, DI FIORE Antonio, PIZZORNO Laura, POLIMENI Joseph, SILVESTRI Norberto

GRUPPO DI LAVORO 6

BOSIO Marco, SELMO Giuseppe, FACCINI Enrico, LOMBARDO Massimo, MODANESI Augusto, RICCI Salvatore, TUCCINARDI Franco

GRUPPO DI LAVORO 7

DI LORENZO Nicola, DONNINI Nello, FLEGO Gaddo, GIORDANO Maria Veronica Diana, RIVELLA Alessandra, SCARCELLA Carmelo

GRUPPO DI LAVORO 8

BRIGIDO Alessia, CALZAVARA PINTON Piergiacomo, DAL MASO Maurizio, DEGRASSI Flori, PELAGALLI Maddalena, PITOTTI Claudia

Panel di esperti

- ACETI Tonino
Portavoce della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI)
- ANDRETTA Margherita
Direttore UOC HTA Azienda zero Regione Veneto
- ANELLI Filippo
Presidente Fnomceo
- ANNICCHIARICO Giuseppina
Coordinatrice Co.Re.Ma.R. (Coordinamento Regionale Malattie Rare – A.Re.S.S. Puglia)
- ANGELILLO Italo Francesco
Presidente SITI
- ARPAIA Guido
Presidente Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare
- BALZANELLI Mario Giosuè
Presidente SIS 118
- BARBA Vincenzo
Astellas
- BARBIERA Maurizio
Boeringher Inghelim
- BELFIORE Marco
Amgen
- BEVERE Francesco
Direttore AGE.NA.S.
- BIASCI Paolo
Presidente FIMMP
- BOLDRINI Paolo
Segretario generale European Society of Physical and Rehabilitation Medicine, Past President Società Italiana Medicina Fisica e Riabilitativa
- BORDON Paolo
Direttore Generale APSS Trento
- BORLOTTI Barbara
Nestlé Health Science
- BOSIO Marco
Direttore Generale ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
- BRANCA Marta
Direttore Generale Irccs Lazzaro Spallanzani
- BRIGIDO Alessia
Janssen

- CALZAVARA Pinton Piergiacomo
Presidente Società Italiana di Dermatologia Medica, Chirurgica, Estetica e delle Malattie Sessualmente Trasmesse
- CARRADORI Tiziano
Direttore Generale A.O.U. di Ferrara
- CARTABELLOTTA Nino
Presidente Fondazione GIMBE
- CASTOLDI Massimo
Direzione Sanitaria Humanitas Gavazzeni Bergamo
- CATTINA Grazia
Direttore P.O. "Nostra Signora della Mercedes" Lanusei, Responsabile programmazione ospedaliera azienda per la tutela della salute Sardegna
- CELANO Antonella
Presidente Apmar
- COBELLO Francesco
Direttore Generale A.O.U. di Verona
- CORRADI Maria Paola
Direttore Generale Ares 118 Lazio
- CREAZZOLA Simona
Presidente Sifo
- DAL MASO Maurizio
Direttore Generale A.O.S. Maria Di Terni
- D'AMARIO Claudio
Direttore Generale della Direzione della Prevenzione Sanitaria - Ministero Della Salute
- D'ANTONA Rosanna
Presidente Europa Donna
- D'ARPINO Alessandro
Consigliere Sifo, Direttore Farmacia A.O.U. di Perugia
- DE FILIPPIS Giuseppe
Direttore Sanitario Asst Fatebenefratelli Sacco
- DE GIORGI Serafino
Presidente Società Italiana di Psichiatria Sociale
- DE PAOLIS Paolo
Presidente Società Italiana di Chirurgia
- DEGRASSI Flori
Direttore Generale ASL Roma 2
- DI FIORE Antonio
Chiesi

- DI LORENZO Nicola
Past President Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche
- DEI Simona
Direttore Sanitario Area Vasta Toscana Sud Est
- DESIDERI Enrico
Presidente Fondazione Sicurezza in Sanità
- DONNINI Nello
Allergan
- ERRICO Mariangela
Presidente NPS Italia Onlus
- FACCINI Enrico
Ipsen
- FALCO Silvio
Direttore generale AOU "Città della Salute e della Scienza" di Torino
- FALEZ Francesco
Presidente Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia
- FAVARETTI Carlo
Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano
- 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
- GAGLIARDI Alessandra
Bayer
- GAUDIOSO Antonio
Segretario Cittadinanza attiva
- GIANOTTI Luca
Presidente Società Italiana Nutrizione Parenterale ed Enterale
- GIORDANO Antonio
Direttore Generale A.O. dei Colli, Napoli
- GIOVANNITTI Massimo
Eli Lilly
- GIOVENZANA Alberto
Teva
- GORGONI Giovanni
Direttore Generale A.Re.S.S. Puglia

- GORI Stefania
Presidente Aiom
- 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
- LOMBARDO Massimo
Direttore Generale Asst Ovest Milano
- MAGHERI Marco
Panorama Sanità
- MANCUSO Anna Maria
Presidente Salute Donna
- MANNINO Domenico
Presidente Associazione Medici Diabetologi
- MANTOAN Domenico
Direttore Generale Area Sanità e Sociale - Regione Veneto
- MARCOLONGO Adriano
Direttore Generale IRCCS Centro di riferimento oncologico di Aviano
- MARLETTA Marcella
Direttore Generale dei Dispositivi. Medici e del Servizio Farmaceutico – Ministero della Salute
- MASTRILLI Fabrizio
Direttore Sanitario Istituto Europeo di Oncologia
- MAURO Raffaele
Direttore Generale ASP Cosenza
- MODANESI Augusto
Takeda
- MOLINARI Sergio
Direttore Distretto sanitario ASP Potenza
- MONTORSI Marco
Rettore Humanitas
- MURAGLIA Angelo
Direttore dipartimento salute e welfare - Regione Abruzzo
- ORLANDO Walter
Direttore regionale salute, welfare, organizzazione e risorse umane - Regione Umbria
- PANNUTI Raffaella
Presidente Fondazione ANT Italia Onlus
- PIAZZOLLA Vito
Direttore Generale ASL Foggia

- PIETRANTONIO Filomena
Area organizzativa Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti
- PITOTTI Claudia
Novartis
- POLIMENI Joseph
Direttore Generale Azienda Sanitaria Matera
- QUINTALIANI Giuseppe
Consigliere Società Italiana di Nefrologia
- RIVELLA Alessandra
Presidente Associazione A.N.N.A.
- RUSCITTI Giancarlo
Direttore dipartimento salute politiche sociali della Provincia Autonoma di Trento
- RUTIGLIANO Claudia
Fondazione MSD
- SCACCABAROZZI Massimo
Presidente Farindustria
- SCARCELLA Carmelo
Direttore Generale Asst del Garda
- SCHAEEL Thomas
Sub Commissario sanità Regione Calabria
- SCHITTULLI Francesco
Presidente Lega Italiana Lotta ai Tumori
- SCOPINARO Annalisa
Presidente Uniamo FIRM
- SCOTTI Silvestro
Segretario Nazionale Fimmg
- SINIGAGLIA Luigi
Presidente Società Italiana di Reumatologia
- SILVESTRI Norberto
Consigliere d'amministrazione di Action for Health Institute Fondation
- SOFFIENTINI Maria Elena
Lundbeck
- STARACE Fabrizio
Presidente Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica
- TANESE Angelo
Direttore Generale ASL Roma 1
- TARANTINI Giuseppe
Presidente Gise

- UCCI Giovanni
Direttore Generale IRCCS AOU San Martino- Genova
- URBANI Andrea
Direttore Generale della Direzione della Programmazione Sanitaria - Ministero della Salute
- VIORA Ugo Giuseppe
Presidente ANMAR Piemonte
- VOLPI Leda
*Componente commissione affari sociali, Camera dei Deputati
Presidente ANMAR Piemonte*
- ZANETTA Gianpaolo
Direttore Generale P.O. del Cottolengo, Torino



Ringraziamenti

La VII edizione del progetto “*La misura della Performance dei SSR*”
è stata realizzata grazie ai *grant* incondizionati di:



Executive summary

Il progetto “*La misura della Performance dei SSR*”, giunto nel 2019 alla sua settima annualità, nasce con l'ambizione di fornire un contributo 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 assiomaticamente sulla 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, essenziale in termini di *accountability* dell'esercizio.

In ossequio a quanto espresso in premessa, il *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità promosso dall'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”) 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, 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 SSR, ovvero a misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi di Sanità pubblica, compito già svolto da altre iniziative istituzionali e non; la finalità della misura proposta è quella di rappresentare una modalità “terza” di valutazione delle opportunità che i cittadini, nelle varie Regioni, hanno di tutelare la propria salute.

Le politiche per la tutela della salute o più in generale, il miglioramento dei SSR regionali, non si possono, infatti, limitare a quelle per l'efficientamento: questo perché la tutela della salute è responsabilità condivisa in tutte le politiche, da quelle ambientali a quelle economiche, tanto per citare casi evidenti; ed anche perché passa altresì per i comportamenti dei cittadini, come ad esempio nelle decisioni di spesa privata per la Sanità: la misura di *Performance* adottata ha l'ambizione di guardare al fenomeno in una accezione olistica.

Inoltre, va ricordato che la misura sintetica della *Performance* adottata utilizza un metodo “democratico” di “composizione”, nel senso che tutti i gruppi di *stakeholder* pesano allo stesso modo.

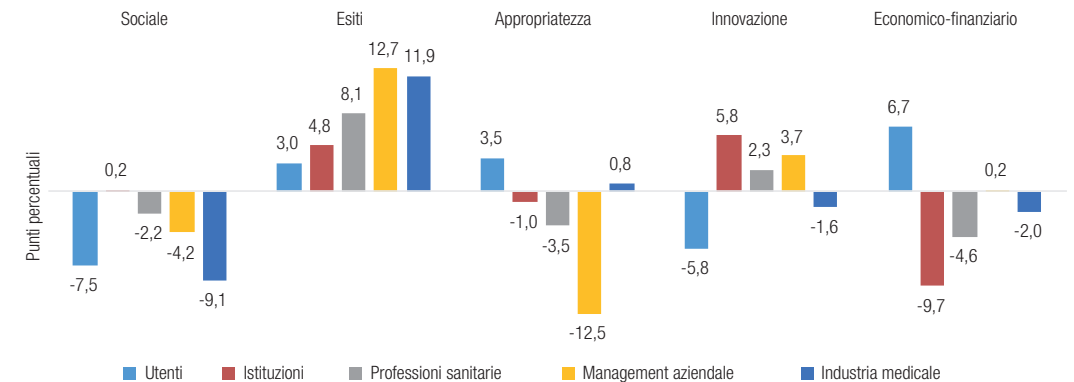
Infine, notando che la Salute, secondo un corretto approccio olistico, è concetto dinamico e in continua evoluzione, legato alle modifiche del contesto socio-economico, culturale e politico, segnaliamo che anche la *Performance*, in quanto valutazione di livelli di tutela della salute conseguiti, non può che essere dinamica ed evolutiva.

In effetti, le diverse repliche annuali del progetto hanno permesso di evidenziare e quantificare come la *Performance* sia un concetto intrinsecamente dinamico: i pesi di

composizione si modificano nel tempo ed è possibile apprezzare come evolvano in modo coerente con i fattori politici e culturali di contesto, in particolare con le tendenze delle politiche sanitarie.

Da questo punto di vista è paradigmatico come, nel tempo, si stia progressivamente riducendo il peso della Dimensione Economico-Finanziaria: un processo iniziato in corrispondenza proprio del risanamento finanziario dei SSR; analogamente la contestuale crescita della componente Esiti, sviluppatasi parallelamente alla diffusione del Programma Nazionale Esiti (PNE) e alla diffusione di una crescente cultura del monitoraggio statistico della Dimensione Esiti.

Variazione (VII vs VI ed.) contributo (%) delle Dimensioni alla *Performance* Per categoria



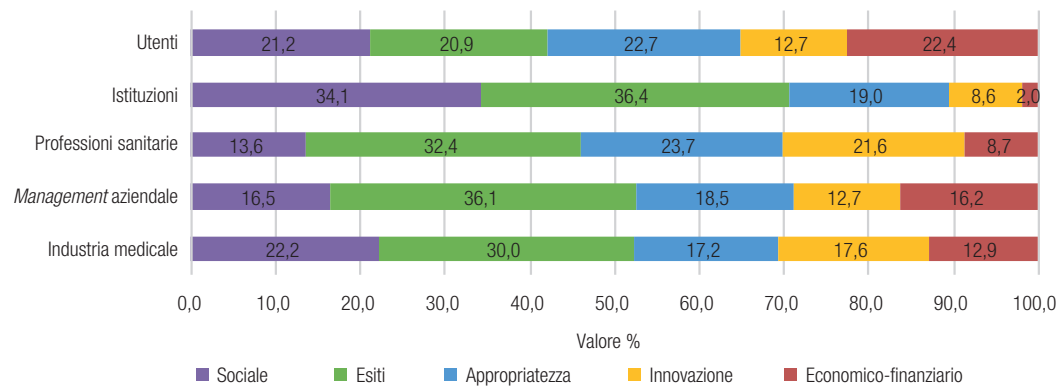
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

L'esercizio di elicitazione del 2019 ha sancito la predominanza degli Esiti (31,2%), seguito dal Sociale (21,5%) e dall'Appropriatazza (20,2%), nella determinazione della *Performance*: sebbene con alcune apprezzabili differenze quantitative, questo *ranking* delle Dimensioni è condiviso da quasi tutte le Categorie di *stakeholder*.

La possibile interpretazione del risultato poggia sulle evidenti necessità di recuperare il significato profondo del termine efficienza, inteso come ottimizzazione del rapporto fra Esiti e risorse impegnate che, non a caso, è oggi al centro delle politiche sanitarie, esprimendo un tentativo di superamento delle logiche di mero risparmio di spesa: questo processo è, ad esempio, evidente nel passaggio dall'approccio usato per i Piani di Rientro Regionali a quello previsto per i Piani di Affiancamento delle Aziende sanitarie.

In conseguenza di ciò, non stupisce neppure che, in questa edizione del progetto, accanto alla crescita del “peso” di Esiti, registriamo anche un primo aumento del contributo dell'Innovazione (per quanto gli indicatori relativi risultano ancora insoddisfacenti, come argomentato nel *report*).

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



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

Complessivamente, riteniamo che il “combinato disposto” di queste dinamiche indichi chiaramente un riorientamento del dibattito di politica sanitaria e, in particolare, dell’attenzione verso gli *outcome* 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.

Anche in questa edizione, si è poi confermato che il sistema delle preferenze, varia anche con lo “stato” della Regione di provenienza dei membri per *Panel*, ove intendiamo con ciò l’afferenza a Regioni in condizioni di equilibrio economico, ovvero di disavanzo e/o Piano di rientro.

A riprova di quanto segnalato, la Dimensione Sociale, la cui importanza nella *Performance* risulta anche essa in aumento negli ultimi anni, appare particolarmente importante per chi opera nelle realtà in Piano di Rientro, a discapito delle Dimensioni Economico-Finanziaria ed Innovazione, che invece pesano maggiormente per le realtà in sostanziale equilibrio.

Come già rilevato nelle precedenti edizioni, il progetto evidenzia come il divario Nord-Sud nel SSN italiano, trovi una nuova declinazione nei criteri di misurazione della *Performance*.

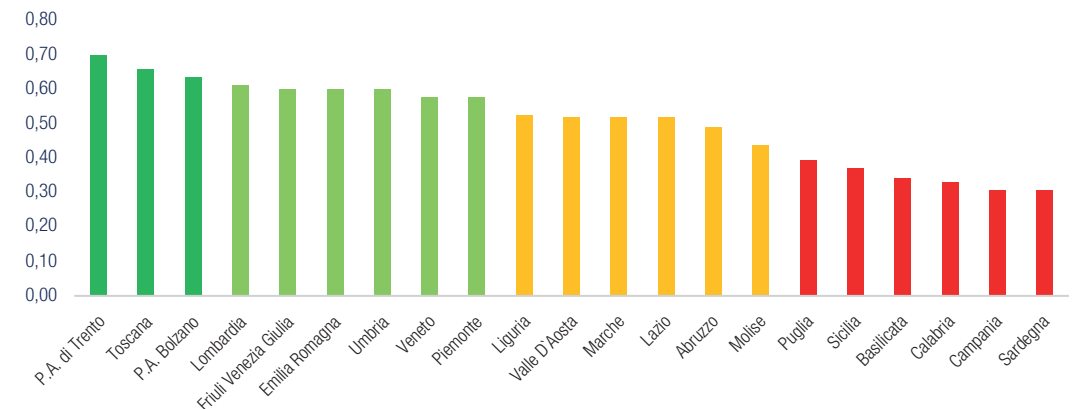
In ogni caso, osserviamo che il *gap* tra chi opera in Regioni in sostanziale equilibrio e chi in Regioni in Piano di Rientro, pur rimanendo una maggiore “aspettativa” fra i primi, tende a ridursi, proporzionalmente al progressivo superamento delle condizioni di “ritardo” delle Regioni in Piano di rientro.

Analizzando, infine, i risultati numerici dell’indice di *Performance* 2019, possiamo apprezzare un *range* compreso tra un massimo del 70% (del risultato massimo ottenibile) ottenuto nella P.A. di Trento, ed un minimo del 31% della Sardegna: non può che preoccupare

il fatto che anche la valutazione espressa per la Regione migliore sia ancora lontana dalla piena soddisfazione, come anche che la peggiore ha una *Performance* dimezzata rispetto alla migliore.

Tre realtà (P.A. di Trento, Toscana e P.A. di Bolzano) sembrano offrire un livello di opportunità ai propri residenti significativamente superiore alle altre (*Performance* tra il 63% ed il 70%); altre 6 (Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Umbria, Veneto e Piemonte) sono sempre parte dell’area dell’“eccellenza”: con una *Performance* compresa tra il 57% ed il 61%; 6 Regioni, Liguria, Valle d’Aosta, Marche, Lazio, Abruzzo e Molise, rimangono in una posizione “intermedia” con livelli di *Performance* abbastanza omogenei, compresi nel *range* 44-52%. In area “critica” si trovano 6 Regioni, Puglia, Sicilia, Basilicata, Calabria, Campania e Sardegna, con valori di *Performance* che scendono progressivamente fino ad arrivare al 31%.

Indice di *Performance*



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

A riprova del rischio di una dicotomizzazione del sistema di tutela, rimane costante la composizione del gruppo delle Regioni che anno dopo anno, si trovano nell’area dell’“eccellenza”; ma purtroppo anche quella del gruppo, numericamente rilevante, delle Regioni (tutte meridionali) che rimangono nell’area critica.

Concludendo, l’analisi dei pesi elicitati, insieme ai risultati in termini di *Performance* regionali, permette una riflessione finale a supporto delle politiche sanitarie future: la crescita di importanza della Dimensione Innovazione sembra legata alla consapevolezza del fallimento delle politiche sanitarie sin qui sviluppate, implicando che il riavvicinamento delle opportunità di tutela regionali non potrà che passare per l’innovazione tecnologica e organizzativa, nella misura in cui esse genereranno nuove opportunità di sviluppo, adattabili alle caratteristiche socio-economiche e culturali delle diverse aree del Paese.

1. Introduzione

Il progetto “La misura della *Performance* dei SSR”, 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 regionale.

Non vuole, quindi, essere una classifica dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) pubblici e, tanto meno, rappresentare il grado di raggiungimento da parte di essi di obiettivi tecnocraticamente attribuiti ex ante; la tutela della salute attiene, infatti, ad un ambito più ampio della stretta 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, ivi compresi gli stili di vita adottati dai cittadini; comprende i livelli di deprivazione e, in generale, i divari socio economici, in quanto impattano sulla capacità di “produzione di salute”; comprende i servizi sociali e tutto ciò che esita nella capacità di inclusione; contiene, ancora, il costo-opportunità di destinare risorse pubbliche, ma anche private, al settore socio-sanitario, privandone altri usi meritori.

Quello adottato è, quindi, un approccio intrinsecamente fondato sul principio della multidimensionalità della *Performance*; ed anche sulla multi-prospettiva, ovvero sull’esplicito riconoscimento dell’esistenza delle diverse prospettive di cui sono portatori i “diversi” *stakeholder* dei sistemi socio-sanitari.

La *Performance*, nel nostro progetto, è anche sinonimo di “misura sintetica della valutazione”. La sintesi viene effettuata con metodi “democratici” di composizione delle diverse dimensioni della valutazione.

La Salute, inoltre, secondo un corretto approccio olistico, è concetto dinamico e in continua evoluzione, legato alle modifiche del contesto socio-economico, culturale e politico.

Ne segue che anche la *Performance*, in quanto valutazione di livelli di tutela della salute conseguiti, non può che essere dinamica ed evolutiva.

L’approccio utilizzato, in continuità con le edizioni precedenti, si basa su una metodologia originale di valutazione della *Performance*, proposto e sviluppato dal *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) dell’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”; lo sviluppo della metodologia è frutto della collaborazione con un qualificato *Panel* di esperti, che è il motore dei processi di affinamento annuale dell’approccio.

Il *Panel* è anche la “fonte” delle preferenze con cui si costruisce l’indicatore sintetico di *Performance*.

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

- l’individuazione da parte del *Panel* di un *set* di indicatori di *Performance*
- l’elicitazione del valore attribuito dai singoli componenti del *Panel* ai valori assunti dagli indicatori
- l’elicitazione del valore relativo attribuito dai singoli componenti del *Panel* ai diversi indicatori.

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

- in primo luogo, la dimostrazione della dipendenza della *Performance* dalle diverse prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder*

- in secondo luogo, la dipendenza delle misure di composizione dai fattori politici e culturali di contesto, in particolare dalle tendenze delle politiche sanitarie
- in terzo luogo, la correlazione fra le misure 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 settima annualità hanno aderito al *Panel* 98 personalità, con un’equa distribuzione tra le diverse ripartizioni geografiche di provenienza; il *Panel* risulta attualmente composto come segue:

- 14 rappresentanti delle Istituzioni: 8 nazionali e 6 regionali
- 12 rappresentanti degli Utenti/Cittadini: 11 Presidenti/Coordinatori nazionali di Associazioni dei pazienti e 1 Direttore di media (testata giornalistica sanitaria)
- 26 rappresentanti delle Professioni sanitarie: 23 Presidenti o Segretari Nazionali di Società Scientifiche, 2 dell’Università, 1 Coordinatore regionale di aree cliniche specifiche
- 29 componenti del *Management* sanitario: 23 Direttori Generali di aziende sanitarie, 5 Direttori Sanitari di aziende sanitarie, 1 Presidente di fondazione attiva in Sanità
- 17 rappresentanti dell’Industria: 16 Dirigenti di aziende medicali (farmaci e dispositivi medici) e 1 Presidente di Associazione di categoria.

Prima di passare ai risultati, è opportuno segnalare alcuni adattamenti qualificanti della metodologia adottata nella VII edizione (2019) del progetto.

In questa settima edizione, il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità ha proposto al *Panel* un *set* di 22 indicatori, da cui selezionarne 3 per ognuna delle cinque Dimensioni di valutazione (Esiti, Sociale, Appropriatezza, Innovazione, Economico-Finanziaria, rimaste invariate rispetto alla precedente edizione).

La scelta è avvenuta mediante un processo di consensus a più *step* sviluppata tra tutti i componenti del *Panel* utilizzando il metodo *Delphi*.

Per quanto concerne la presentazione dei risultati, in continuità con la precedente edizione, è stata mantenuta la distinzione di valutazione delle preferenze da parte di componenti del *Panel* afferenti a Regioni in Piano di Rientro e a quelli in “sostanziale equilibrio”; inoltre è stata concentrata l’attenzione sulla dinamica del “peso” delle diverse Dimensioni.

Durante il *meeting* del *Panel*, tenutosi nel mese di Maggio, i partecipanti si sono confrontati sulle proposte alternative (“proposte di minoranza”) espresse nel processo di consensus, relative alla dimensione dell’Innovazione, essendo emersa una diffusa insoddisfazione sugli indicatori individuati.

Il *report* è organizzato come segue: dopo una breve descrizione del progetto, viene riportata una sintesi della metodologia di lavoro; segue la descrizione del processo e degli esiti della consensus sugli indicatori; quindi, si analizza l’elicitazione delle funzioni di valore degli indicatori, distinte anche per “gruppo” di Regioni (Piano di rientro e non) di appartenenza degli *stakeholder*; analogamente si analizza a seguire il processo di elicitazione del valore relativo degli indicatori ai fini della composizione della *Performance*; l’analisi dei risultati termina con la descrizione del *ranking* regionale, analizzato nel complesso, per singola Categoria di *stakeholder* e per gruppo di Regioni di appartenenza degli *stakeholder*; la dinamica del peso delle diverse dimensioni distintamente per i due gruppi, ed il contributo dei singoli indicatori alla *Performance* complessiva.

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

2. Metodologia

Rimandando, per i dettagli strettamente metodologici, ai precedenti volumi di sintesi del progetto (reperibili su www.creasanita.it), 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 in base alla loro 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 multidimensionali (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 (SSR), ovvero dei risultati del sistema pubblico regionale di offerta, 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 della 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; tale esercizio è, evidentemente, appannaggio di Enti istituzionali.

Piuttosto la finalità è quella di rappresentare una modalità "terza" di valutazione dei livelli di tutela e promozione della salute a livello regionale, nell'ottica, come anticipato, delle 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 al processo di valutazione, propedeuticamente si ricorda 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 multidimensionale.

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 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 di valutazione che generano la *Performance*; quindi, a seguire, anche gli indi-

catori che le rappresentano.

La seconda è che la *Performance*, dovendo riassumere in un'unica espressione quantitativa gli esiti degli indicatori, i quali sono 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 alla natura dei sistemi sanitari oggetto di analisi: nello specifico caso italiano, la "natura" pubblica (costituzionale) della tutela implica, ad esempio, che l'equità sia da ritenersi una Dimensione propria della *Performance*.

Le Dimensioni di *Performance* sono state quindi "rappresentate" con 5 Dimensioni: quella dell'impatto Sociale (equità), degli Esiti (di salute) prodotti, dell'Appropriatezza nella erogazione dell'assistenza, dell'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 per le diverse conseguenze prodotte a livello regionale.

Si osservi come l'approccio implica un atteggiamento non paternalistico, basandosi sulle preferenze dei consumatori, sebbene mediate nel nostro caso da un *Panel* assunto come rappresentativo, piuttosto che su quelle tecnocratiche elaborate sul lato dell'offerta.

La suddetta mediazione consiste nel coinvolgimento nel *Panel* di diverse categorie di *stakeholder* del sistema, che evidentemente perseguono obiettivi (Dimensioni) condivisi, ma legittimamente plurimi per effetto dei diversi interessi di cui essi sono portatori, e che esitano in diverse attribuzioni di utilità agli indicatori.

Tali utilità si estrinsecano specificamente nelle diverse valutazioni espresse sul valore delle determinazioni degli indicatori, ed anche nei diversi saggi marginali di sostituzione fra gli obiettivi.

In pratica, nella visione di *Performance* adottata, in via di principio non tutti gli obiettivi forniscono la stessa utilità sociale, e l'esito prodotto da un indicatore può, sempre in via di principio, essere scambiato con quello di un altro, così che una diminuzione del contributo alla *Performance* derivante da un indicatore, possa essere compensato dall'aumento di un altro (e viceversa).

Per quanto concerne il processo di valutazione della VII edizione del progetto, nel mese di Aprile 2019 tutti i componenti del *Panel*, avvalendosi di un applicativo *web-based*, sono stati chiamati a partecipare ad una *consensus* a distanza; nello specifico, hanno espresso il loro livello di accordo (nessuno, basso, medio, alto e assoluto) su 22 indicatori pre-selezionati (almeno 3 per Dimensione), e precedentemente elaborati dal C.R.E.A. Sanità, per le loro caratteristiche di standardizzabilità, rilevanza e disponibilità di dettaglio a livello regionale.

Utilizzando il metodo *Delphi*, con due *round* si è raggiunto il livello predeterminato di consenso e, a seguire, il 21 Maggio 2019, il *Panel* (presenti 56 membri provenienti da 15 Regioni, equamente distribuite tra Nord, Centro e Sud e Isole), si è riunito per discutere i risultati e procedere con l'esercizio di elicitazione delle preferenze.

Ogni membro del *Panel* intervenuto al *meeting* ha espresso le sue preferenze singolarmente, utilizzando procedure *computer assisted*, adjuvato da un applicativo informatico *web-based* sviluppato ad hoc dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità; il processo di eli-

citazione è stato poi trasferito su un applicativo (*Logical Decision*® ver. 7.2) che ha permesso di stimare le funzioni di utilità multi-attributo, utilizzate per produrre poi una misura unica di *Performance* per ogni Regione.

Anche nella presente edizione, dato l'elevato numero di componenti del *Panel* intervenuti al *meeting* e all'equilibrata distribuzione tra rappresentanti di realtà in sostanziale equilibrio economico e non, l'analisi è stata elaborata per "sotto categorie", analizzandone sia le diversità nelle preferenze, sia nell'evoluzione dinamica dei pesi attribuiti alle singole Dimensioni.

3. Risultati

3.1 Scelta degli indicatori di *Performance* per Dimensione

Come anticipato, la valutazione dei livelli di tutela della salute, in analogia all'edizione precedente, 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 22 indicatori pre-selezionati dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità, in base a criteri di replicabilità, specificità, standardizzabilità, robustezza e infine di disponibilità a livello regionale.

Il criterio adottato per la consensus è stato quello di individuare indicatori che raggiungessero, utilizzando il metodo *Delphi*, almeno il 70% dei consensi dei membri del *Panel*, per ogni singola categoria di *stakeholder*.

Nella Tabella che segue sono riportati i 15 indicatori selezionati (in appendice sono disponibili le relative schede sintetiche descrittive), per ognuno dei quali è stato richiesto di indicare il grado di accordo su cinque possibili livelli: nessuno, basso, medio, alto ed assoluto.

DIMENSIONE	INDICATORE
Sociale (Equità)	Quota di famiglie che rinuncia 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
	Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero

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 ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati
Innovazione	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
	Quota donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei
	Quote di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico
Economico-Finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	Disavanzo pro-capite
	Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile

Dimensione Sociale

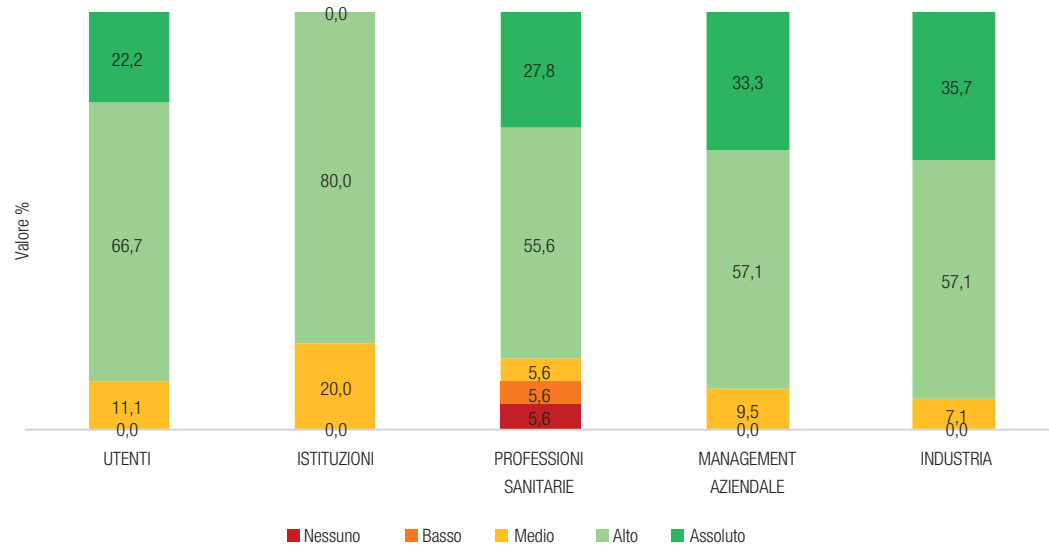
Per la Dimensione Sociale, sono stati proposti gli indicatori: *Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici*, *Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati* e *Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza*.

Il primo indicatore è stato scelto in quanto si relaziona al principio di accesso universale alle cure; il secondo è stato scelto perché sembra essere quello che meglio sintetizza il fenomeno degli effetti della spesa sanitaria privata *Out of Pocket* sui bilanci delle famiglie, rappresentando una misura diretta del disagio da essa causato; infine, per quanto concerne il terzo indicatore, è stata scelta la Quota di cittadini che si curano fuori la Regione di residenza, al netto della mobilità verso Regioni di confine, quale misura dell'adeguatezza dell'offerta e, quindi, delle opportunità di accesso alle cure nella propria Regione di residenza.

Per tutti e tre gli indicatori almeno l'86% dei votanti di ogni Categoria ha espresso un livello di accordo alto o assoluto.

Sul primo indicatore proposto, *Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dall' 88,1% dei votanti.

Figura 3.1
Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti Panel

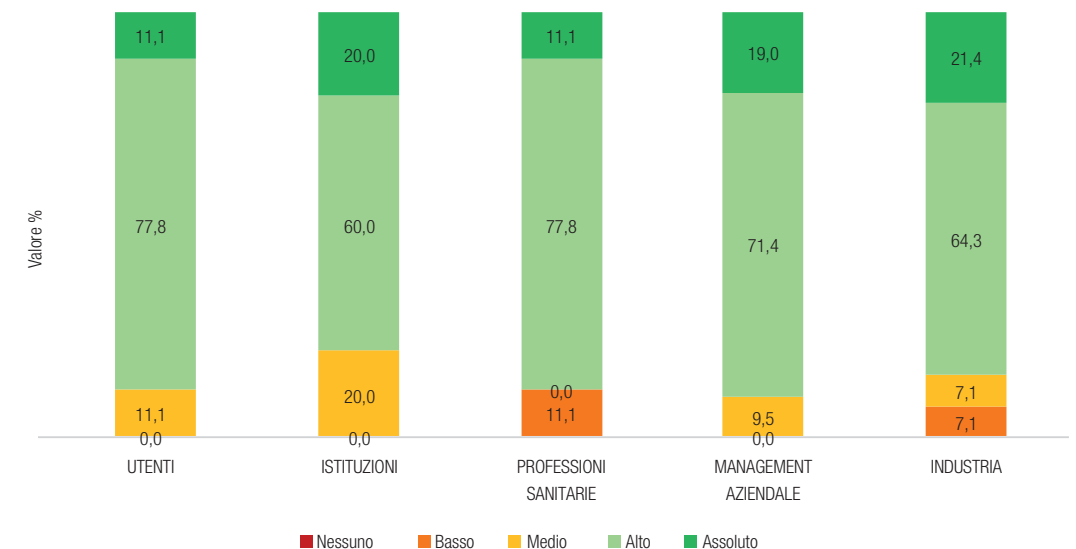
Tutte le categorie hanno attribuito un livello di accordo medio, alto ed assoluto; quella delle Professioni Sanitarie è stata l'unica categoria nella quale circa un quinto dei votanti ha condiviso poco l'indicatore proposto, pur avendo superato la soglia prefissata per la consensus del 70%.

Nello specifico:

- il 22,2% della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo assoluto, il 66,7% alto e l'11,1% medio
- l'80,0% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo alto e il 20,0% medio
- il 27,8% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, il 55,6% alto ed il 5,6% medio, basso e nessuno
- il 33,3% del *Management* aziendale ha condiviso in maniera assoluta l'indicatore proposto, il 57,1% ha attribuito un livello di accordo alto e il 9,5% medio
- il 35,7% dei votanti dell'Industria medica ha espresso un livello di accordo assoluto, il 57,1% alto e il 7,1% medio.

Sul secondo indicatore proposto, *Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati*, l'88,1% dei votanti ha espresso un livello di accordo alto o assoluto. Per le categorie Utenti, Istituzioni, *Management* aziendale e Industria, parte dei votanti hanno indicato un livello di accordo medio, e solo per la categoria Professioni Sanitarie una piccola parte si è espressa riportando un basso livello di accordo.

Figura 3.2
Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti Panel

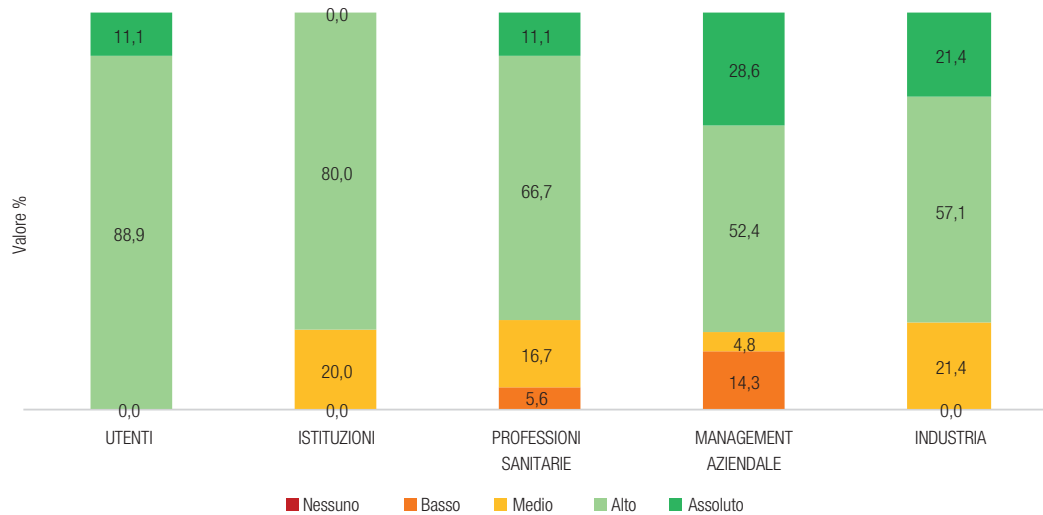
Nello specifico:

- l'11,1% dei votanti della categoria Utenti è stato assolutamente d'accordo, il 77,8% ha indicato un livello di accordo alto ed l'11,1% medio, arrivando quindi alla soglia prefissata
- il 20,0% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo assoluto, il 60,0% alto e il 20,0% medio
- l'11,1% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, il 77,8% alto; l'11,1% basso
- il 19,0% dei votanti del *Management* aziendale concorda assolutamente sull'indicatore proposto, il 71,4% ha espresso un livello d'accordo alto e il 9,5% medio
- il 21,4% dei votanti dell'Industria medica ha espresso un livello di accordo assoluto, il 64,3% alto; il 7,1% non ha condiviso del tutto l'indicatore (livello medio e basso).

Sul terzo indicatore proposto, *Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dall'82,1% dei votanti. Ad eccezione della categoria Utenti, una quota di votanti di ogni categoria non ha molto condiviso l'indicatore proposto, attribuendo un livello medio o basso: in ogni caso è stata raggiunta la soglia prefissata di consenso.

Figura 3.3

Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti Panel

Nello specifico:

- l'11,1% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo assoluto e l'88,9% alto
- l'80,0% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo alto; il restante 20,0% ha invece condiviso poco (livello di accordo medio) l'indicatore proposto
- l'11,1% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, il 66,7% alto, il 16,7% medio ed il 5,6% basso
- il 28,6% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 52,4% alto, il 4,8% medio ed il 14,3% basso
- il 21,4% dei votanti dell'Industria medica ha espresso un livello di accordo assoluto, il 57,1% alto e il 21,4% medio.

Dimensione Esiti

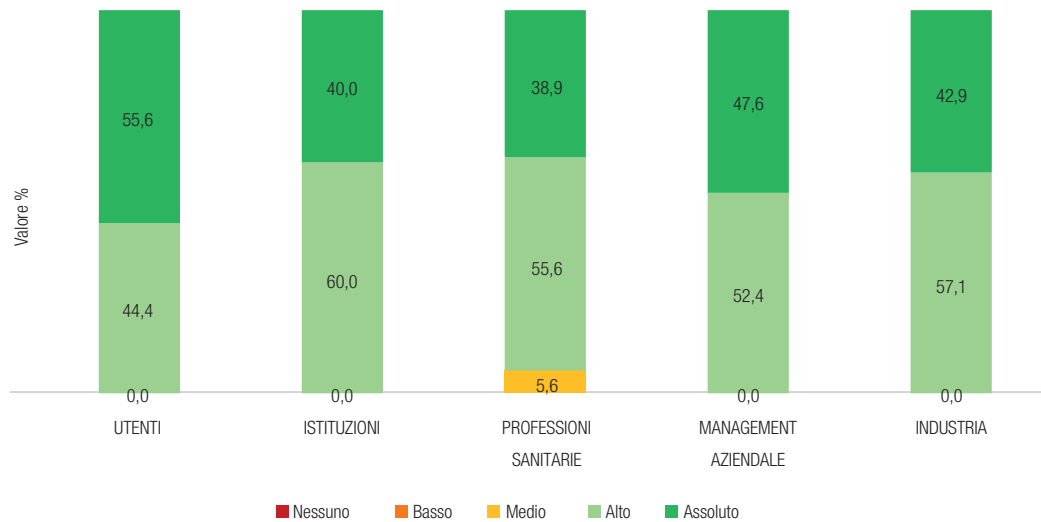
Per la Dimensione Esiti sono stati proposti al primo *round* i seguenti quattro indicatori: *Aspettativa di vita in buona salute*, *Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite*, *Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero* e *Quota persone molto soddisfatte dall'assistenza medica e infermieristica ospedaliera*.

Il primo è stato selezionato dai ricercatori poiché è quello che sembra meglio integrare la dimensione della quantità e della qualità di vita fruibile dalla popolazione ed, inoltre, implicitamente considera l'aspetto della mortalità; il secondo, perché fornisce una misura quantitativa sul numero di decessi avvenuti per cause prevenibili o trattabili e 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 terzo proposto, relativo alla mortalità per Infarto del Miocardio, perché ingloba l'efficacia della rete dell'emergenza-urgenza (*extra-ospedaliera* ed *ospedaliera*); infine il quarto, relativo alla *customer satisfaction*, perché, in assenza di misurazioni disponibili che riassumano la soddisfazione media della popolazione per il sistema sanitario, è l'indicatore disponibile che meglio sintetizza il fenomeno, sommando la soddisfazione per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero, alla qualità percepita dai cittadini sui servizi delle Aziende Sanitarie.

Per i primi tre indicatori proposti oltre il 91% dei votanti di ogni Categoria ha espresso un livello di accordo alto o assoluto. Per il quarto (*customer satisfaction*) non è invece stata raggiunta la soglia in nessuna delle categorie di *stakeholder*.

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 espresso un livello di accordo alto o assoluto dal 98,5% dei votanti.

Figura 3.4
Aspettativa di vita in buona salute



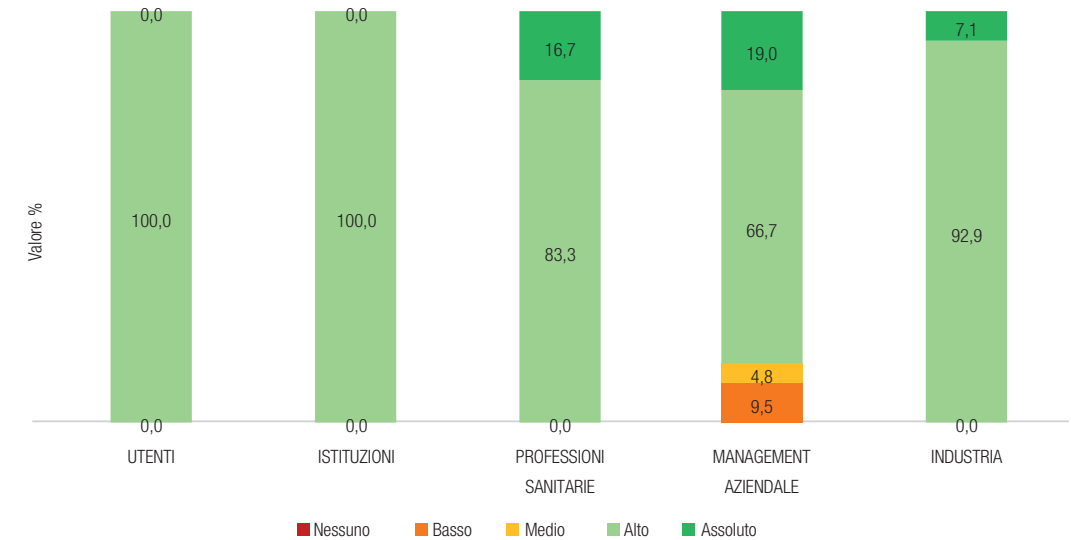
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti Panel

In particolare:

- il 55,6% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo assoluto ed il 44,4% alto
- il 40,0% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo assoluto e il 60,0% alto
- il 38,9% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, il 55,6% alto ed il 5,5% medio
- il 47,6% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto e il 52,4% alto
- il 42,9% dei votanti dell'Industria medica ha espresso un livello di accordo assoluto e il 57,1% alto.

Sul secondo indicatore proposto, *Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dal 95,5% dei votanti.

Figura 3.5
Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite



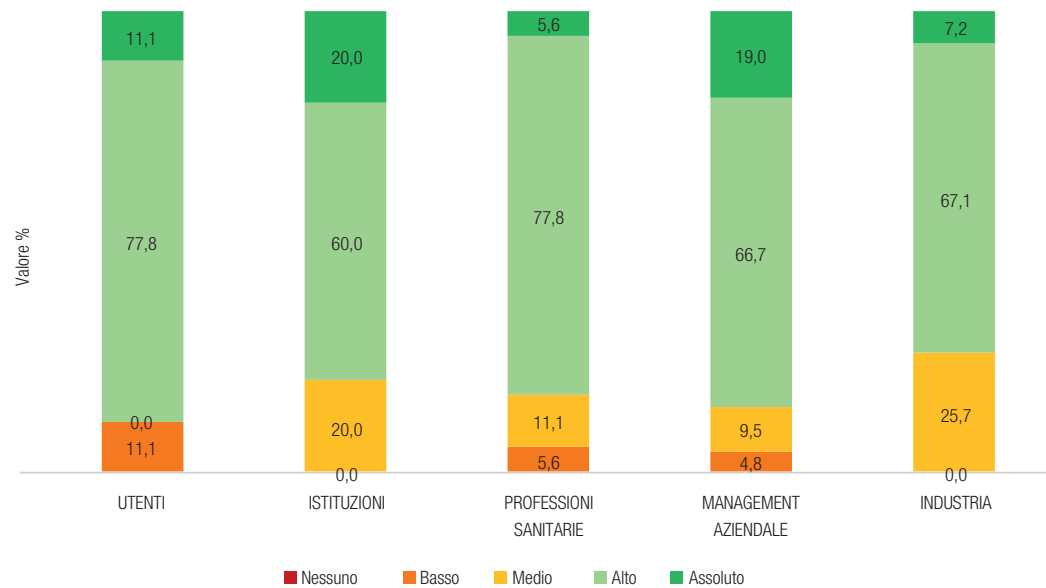
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti Panel

In particolare:

- tutti i votanti della categoria Utenti hanno espresso un livello di accordo alto
- anche quelli delle Istituzioni hanno espresso un livello di accordo unanime: alto
- il 16,7% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto e l'83,3% alto
- il 19,0% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 66,7% alto, il 4,8% medio e il 9,5% basso
- il 7,1% dei votanti dell'Industria medica ha espresso un livello di accordo assoluto ed il 92,9% alto.

Sul terzo indicatore proposto, *Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dall'80,6% dei votanti.

Figura 3.6
Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti Panel

In particolare:

- l'11,1% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo assoluto, il 77,8% alto e l'11,1% basso
- il 20,0% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo assoluto, il 60,0% alto ed il 20,0% medio
- il 5,6% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, il 77,8% alto, l'11,1% medio ed il 5,6% ha condiviso poco l'indicatore proposto
- il 19,0% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 66,7% alto, il 9,5% medio e il 4,8% ha condiviso poco l'indicatore
- il 7,2% dei votanti dell'Industria medica ha espresso un livello di accordo assoluto, il 67,1% alto ed il 25,7% ha condiviso meno (livello medio) l'indicatore proposto.

Dimensione Appropriatezza

Per quanto concerne la Dimensione Appropriatezza, al primo *round* sono stati proposti 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 di pazienti dimessi in luoghi diversi dal domicilio (assistenza domiciliare, istituti di riabilitazione, residenze, etc.)* e *Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni*.

Il primo indicatore è stato selezionato dai ricercatori perché legato ad una valutazione sull'appropriatezza clinico-organizzativa; il secondo è stato ritenuto rappresentativo dell'appropriatezza del ricovero e utile a misurare la gestione *extra-ospedaliera* dei pazienti cronici; il terzo, è rappresentativo invece dell'appropriatezza di ricorso al regime di ricovero ospedaliero ordinario; il quarto vuole essere rappresentativo dell'appropriatezza *extra-ospedaliera* in quanto implica (per compensazione) la capacità di presa in carico post deospedalizzazione da parte dei servizi territoriali; infine, l'ultimo, in quanto rappresentativo dell'appropriatezza clinica ed anche perché ritenuto un indicatore dotato di evidenza e sensibile alla misura dell'impatto sulla salute della popolazione, essendo la cardiopatia ischemica la prima causa di morte in Italia.

Nel primo *round*, per questa dimensione, la consensus è stata raggiunta per quattro su cinque degli indicatori proposti, e su due di questi è stata di pari "livello": *Quota di pazienti dimessi in luoghi diversi dal domicilio (assistenza domiciliare, istituti di riabilitazione, residenze, etc.)* e *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*.

Si è quindi proceduto con un secondo *round* di selezione durante il quale è stato chiesto di esprimere una preferenza tra questi due indicatori e, da tutte le categorie, il secondo indicatore è stato quello ritenuto più idoneo, raggiungendo la maggioranza assoluta.

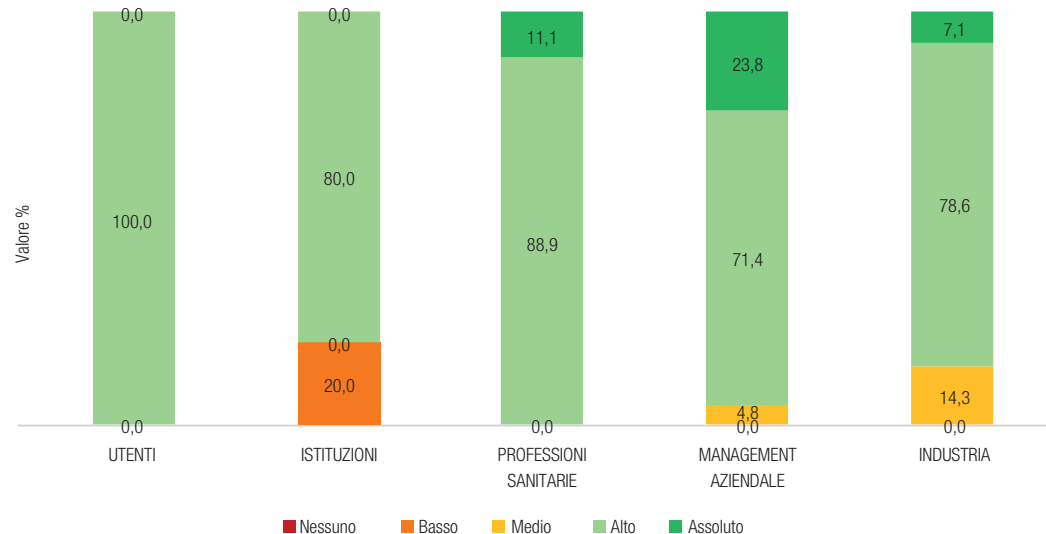
Per i primi tre indicatori sopra elencati, oltre il 92% dei votanti di ogni Categoria, ha espresso un livello di accordo alto o assoluto.

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 livello di accordo alto o assoluto dal 94,0% dei votanti.

Le categorie degli Utenti e delle Professioni sanitarie sono risultate allineate in termini di livello di apprezzamento dell'indicatore, esprimendo un grado di accordo alto o assoluto; una parte residuale degli appartenenti alle categorie delle Istituzioni, del *Management* aziendale e dell'Industria hanno espresso un grado di accordo dell'indicatore medio o basso.

Figura 3.7

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



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti Panel

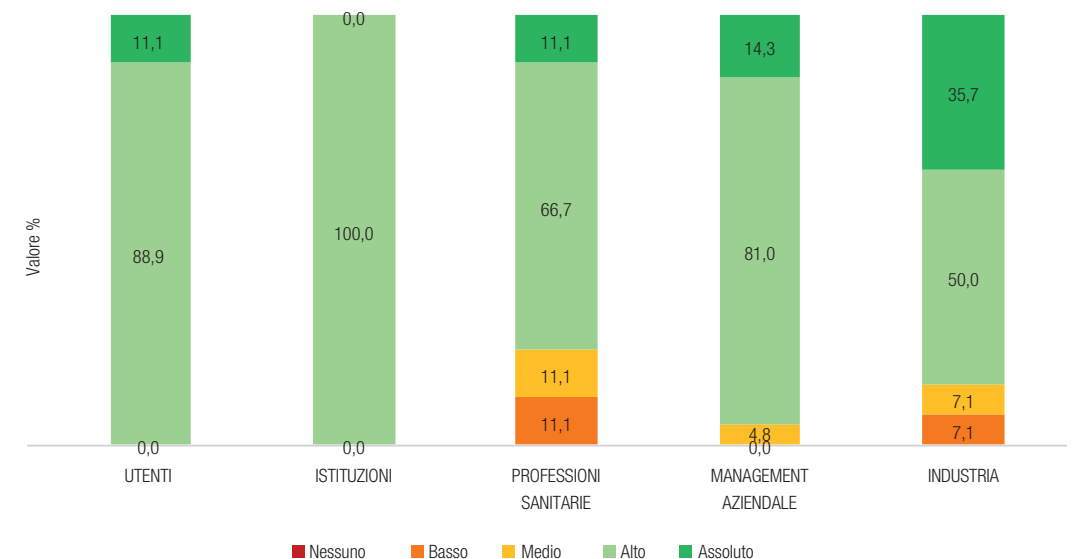
In particolare:

- tutti i votanti degli Utenti sono stati concordi nell'attribuire un livello di accordo alto
- l'80,0% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo alto ed il 20,0% ha condiviso poco l'indicatore (livello basso)
- l'11,1% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto e l'88,9% alto
- il 23,8% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 71,4% alto ed il 4,8% medio
- il 7,1% dei votanti dell'Industria medica ha espresso un livello di accordo assoluto, il 78,6% alto ed il 14,3% medio.

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 espresso un livello di accordo alto o assoluto dall'89,6% dei votanti. È risultato essere complessivamente "meno" apprezzato dalle Professioni sanitarie, dal *Management* aziendale e dall'Industria.

Figura 3.8

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



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti Panel

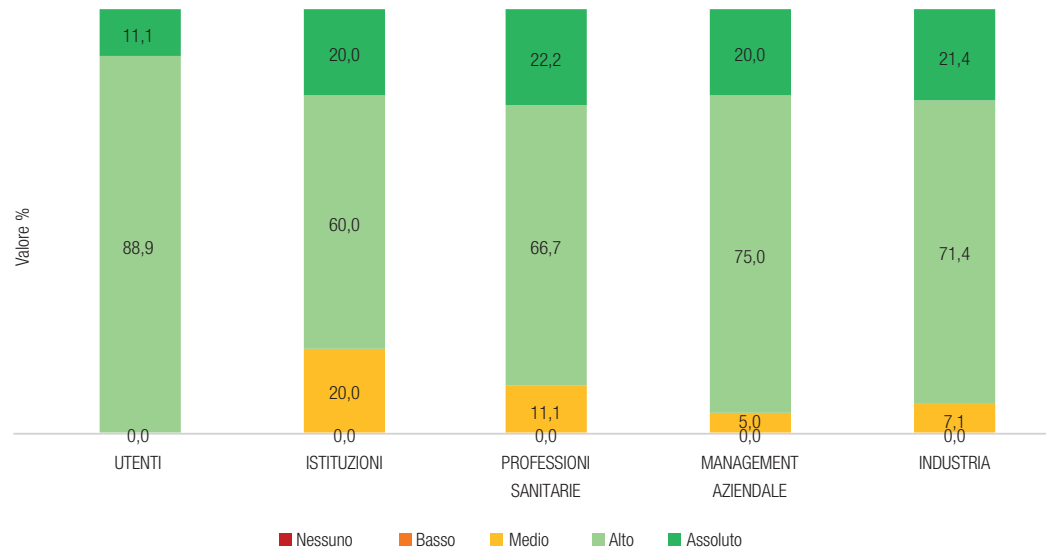
In particolare:

- l'11,1% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo assoluto e l'88,9% alto
- tutti i votanti delle Istituzioni sono stati concordi nell'attribuire un livello di accordo alto
- l'11,1% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, il 66,7% alto, l'11,1% medio e l'11,1% basso
- il 14,3% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, l'81,0% alto e il 4,8% medio
- il 35,7% dei votanti dell'Industria medica ha espresso un livello di accordo assoluto, il 50,0% alto ed il 7,1% medio e basso.

Sul terzo indicatore proposto, *Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dal 92,4% dei votanti. Gli Utenti lo hanno condiviso pienamente; una parte residuale delle restanti categorie lo ha condiviso con un livello di accordo alto ma non assoluto.

Figura 3.9

Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti Panel

In particolare:

- l'11,1% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo assoluto, l'88,9% alto
- il 20,0% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo assoluto, il 60,0% alto e il 20,0% medio
- Il 22,2% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, il 66,7% alto e l'11,1% medio
- il 20,0% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 75,0% alto ed il 5,0% medio
- il 21,4% dei votanti dell'Industria medica ha espresso un livello di accordo assoluto, il 71,4% alto ed il 7,1% medio.

Dimensione Innovazione

Per la Dimensione Innovazione, nel primo *round* di selezione, sono stati proposti quattro indicatori: *Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopiche e/o robotiche)*, *Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) regionali prodotti*, *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.)*.

Il primo è stato selezionato dai ricercatori come misura dell'innovazione tecnologica; il secondo è stato scelto poiché il *Panel* nella precedente edizione aveva indicato i PDTA quali strumenti rappresentativi dell'innovazione nel campo procedurale, così come il livello di informatizzazione nelle diverse Aziende Sanitarie (terzo indicatore); il quarto è stato scelto in quanto potenzialmente indicativo di innovazione in ambito organizzativo.

Mentre per il primo ed il terzo indicatore oltre l'86% dei votanti di ogni categoria ha espresso un livello di accordo alto o assoluto, per il secondo ed il quarto non si è raggiunta la soglia prefissata. Per l'indicatore *Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive*, sebbene sia stata raggiunta la consensus, alcuni componenti del *Panel* hanno indicato di volerlo limitare al solo ricorso alla laparoscopia, giustificando la richiesta con l'osservazione per cui spesso si fa un ricorso improprio della chirurgia robotica.

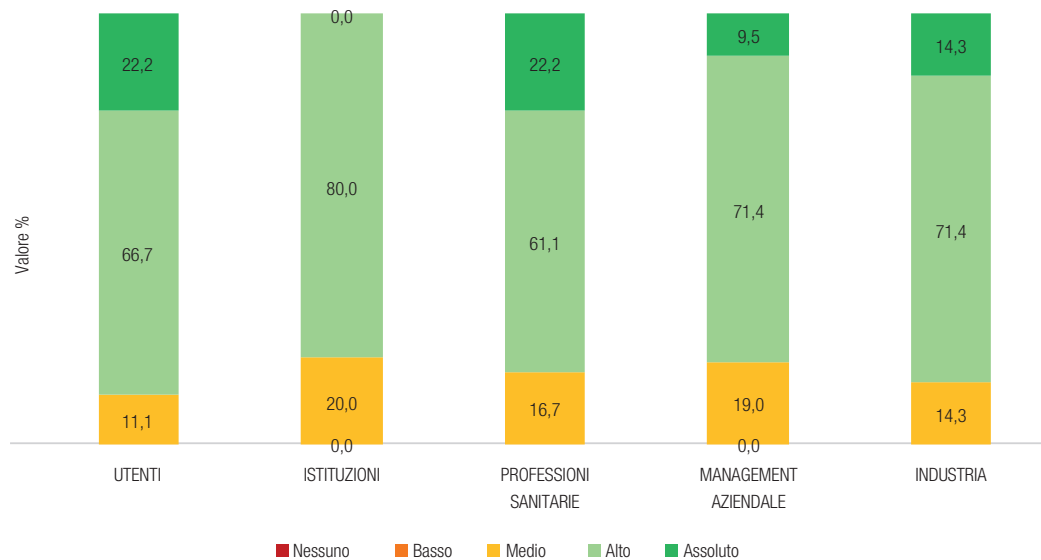
Si è quindi proceduto con un secondo *round* di selezione durante il quale è stato chiesto di esprimere una preferenza tra due possibili alternative: *Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopia e artroscopia)* vs *Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopia, artroscopia e robotica)*; per l'indicatore *Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) regionali prodotti*, per il quale non è stata raggiunta la consensus, le possibili alternative proposte sono state: *Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) regionali prodotti* vs *Quota donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei* (fonte: *Senonetwork*).

In tutte le categorie gli indicatori *Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopia, artroscopia e robotica)* e *Quota donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei* sono stati ritenuti più idonei, raggiungendo la maggioranza assoluta.

Prendendo in analisi i singoli indicatori selezionati per la dimensione Innovazione, si osserva che sul primo indicatore selezionato, *Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (laparoscopiche e/o robotiche)*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dall'83,6% dei votanti.

Figura 3.10

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



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti Panel

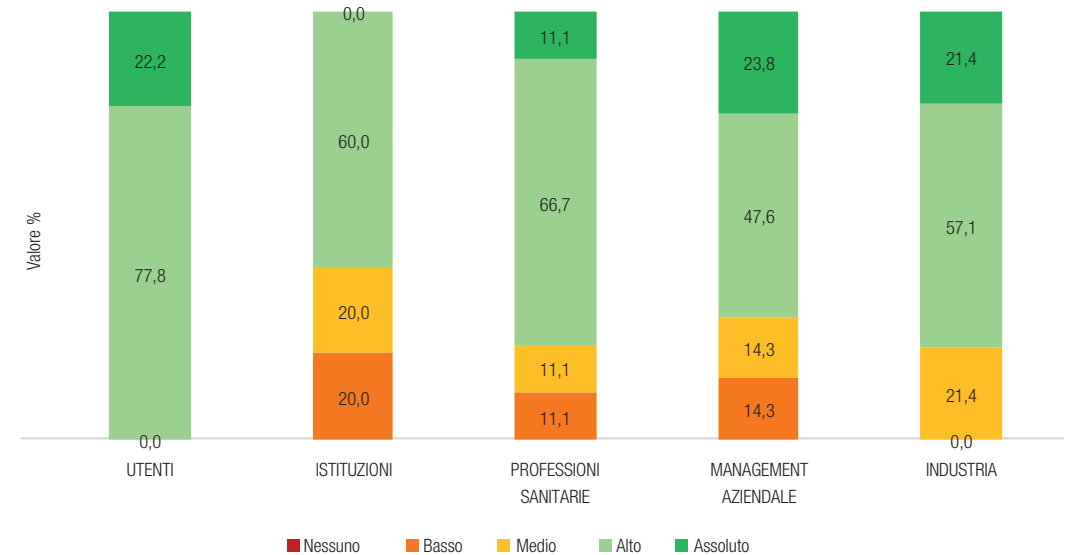
In particolare:

- il 22,2% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo assoluto, il 66,7% alto e l'11,1% medio
- l'80,0% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo alto e il 20,0% medio
- il 22,2% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, il 61,1% alto ed il 16,7% medio
- il 9,5% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 71,4% alto e il 19,0% medio
- il 14,3% dei votanti dell'Industria medica ha espresso un livello di accordo assoluto, il 71,4% alto ed il 14,3% medio.

Sul secondo indicatore, *Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) regionali prodotti*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dal 77,6% dei votanti.

Figura 3.11

Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) regionali prodotti



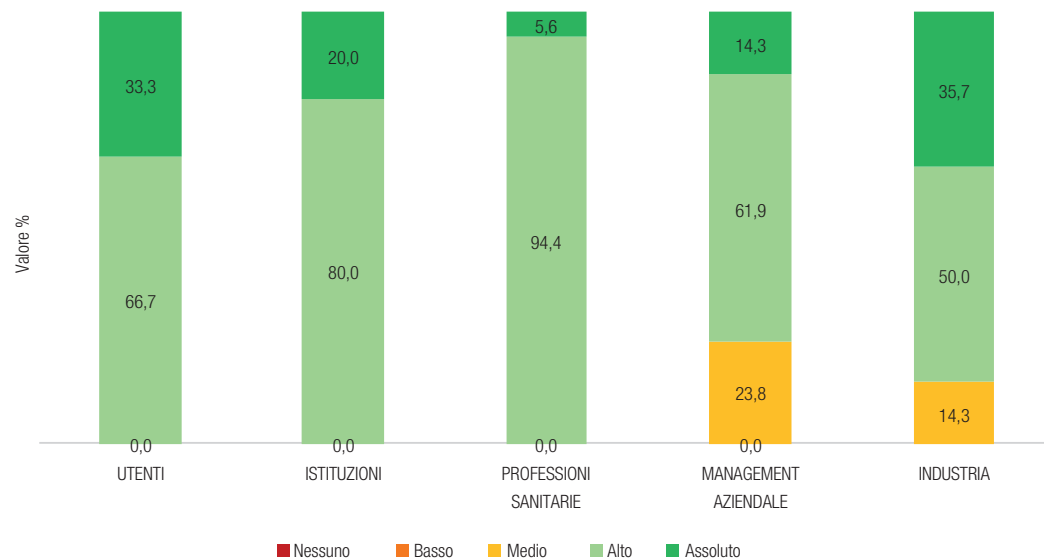
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti Panel

In particolare:

- il 22,2% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo assoluto ed il 77,8% alto
- il 60,0% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo alto, il 20,0% medio ed il 20,0% ha condiviso poco l'indicatore proposto
- l'11,1% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, il 66,7% alto, l'11,1% medio e l'11,1% ha condiviso poco l'indicatore proposto
- il 23,8% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 47,6% alto, il 14,3% medio ed il 14,3% ha condiviso poco l'indicatore proposto
- il 21,4% dei votanti dell'Industria medica ha espresso un livello di accordo assoluto, il 57,1% alto ed il 21,4% medio.

Sul terzo indicatore, *Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dall'89,6% dei votanti. Complessivamente sembra essere stato meno condiviso da *Management* aziendale e Industria medica.

Figura 3.12
Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti Panel

In particolare:

- il 33,3% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo assoluto ed il 66,7% alto
- il 20,0% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo assoluto e l'80,0% alto
- il 5,6% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto ed il 94,4% alto
- il 14,3% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 61,9% alto ed il 23,8% medio
- il 35,7% dei votanti dell'Industria medica ha espresso un livello di accordo assoluto, l'50,0% alto ed il 14,3% medio.

Dimensione Economico-Finanziaria

Per quanto concerne la Dimensione Economico-Finanziaria, sono stati proposti gli 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 *Rapporto fra spesa sanitaria totale pro-capite e PIL pro-capite*.

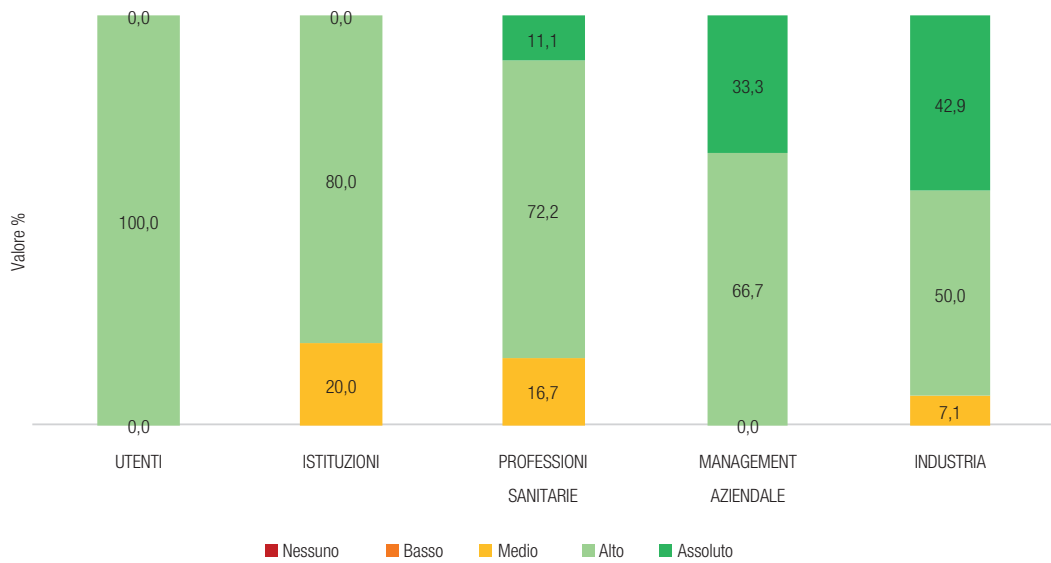
Il primo indicatore proposto è stato scelto perché ritenuto il più idoneo per l'ambito di valutazione, pubblico e privato, ricordando che la standardizzazione è necessaria in quanto i bisogni delle popolazioni non sono omogenei; il secondo indicatore è stato scelto perché sembra sintetizzare al meglio il rispetto dei *budget* pubblici ed è già "naturalmente" standardizzato per effetto dei meccanismi di riparto; il terzo è invece stato scelto in quanto riassume il rapporto fra disponibilità di risorse e spesa sanitaria sostenuta; il quarto perché riassume l'onere per i servizi non coperti dalla tutela pubblica; il quinto in quanto associa il livello di finanziamento ricevuto con il "livello" di erogazione in termini di rispetto dell'erogazione dei LEA; infine l'ultimo perché riassume il rapporto fra disponibilità di risorse e spesa sanitaria sostenuta.

Per i primi tre indicatori oltre il 90% dei votanti di ogni Categoria ha espresso un livello di accordo alto o assoluto.

Sul primo indicatore proposto, *Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dal 92,1% dei votanti.

Professioni sanitarie, Istituzioni e Industria medicale sono risultate essere le Categoria più eterogenee in termini di livello di accordo.

Figura 3.13
Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti Panel

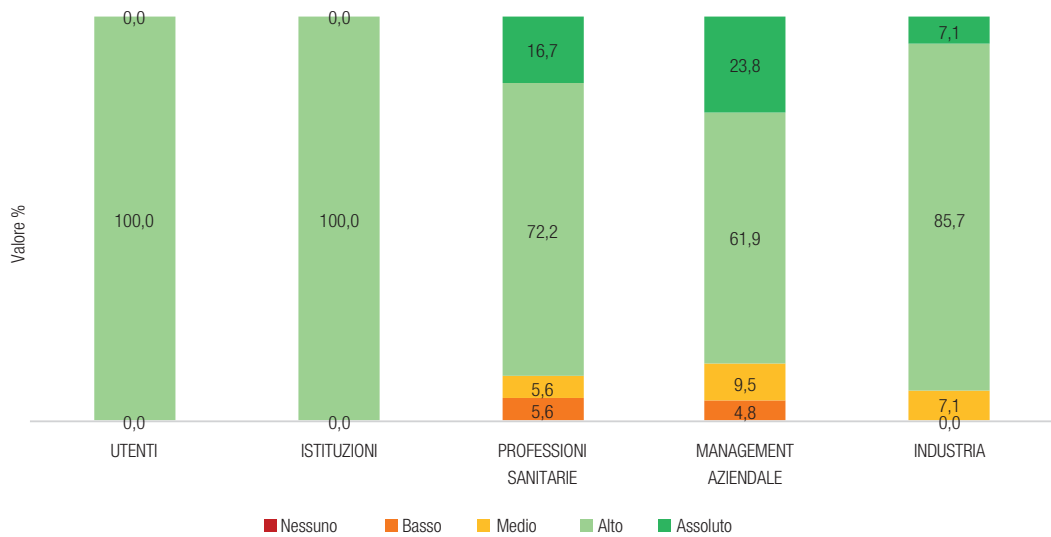
Nello specifico:

- tutti i votanti degli Utenti sono stati concordi nell'attribuire un livello di accordo alto
- l'80,0% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo alto ed il 20,0% medio
- l'11,1% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, il 72,2% alto ed il 16,7% medio
- il 33,3% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto ed il 66,7% alto
- il 42,9% dei votanti dell'Industria medicale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 50,0% alto ed il 7,1% medio.

Sul secondo indicatore proposto, *Disavanzo pro-capite*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dal 91,0% dei votanti.

Le Professioni sanitarie, il *Management* aziendale e l'Industria sono risultate essere le categorie più eterogenee in termini di livello di apprezzamento dell'indicatore proposto.

Figura 3.14
Disavanzo pro-capite



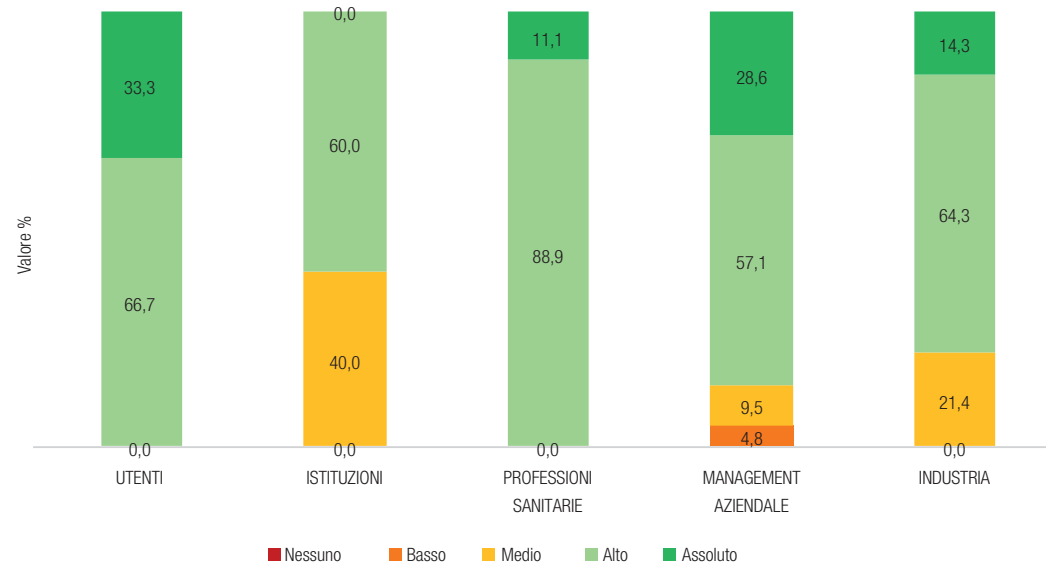
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti Panel

In particolare:

- tutti i votanti degli Utenti sono stati concordi nell'attribuire un livello di accordo alto
- anche tutti i votanti delle Istituzioni sono stati concordi nell'attribuire un livello di accordo alto
- il 16,7% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, il 72,2% alto, il 5,6% medio ed il 5,6% ha condiviso poco l'indicatore
- il 23,8% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 61,9% alto, il 9,5% medio e solo il 4,8% ha condiviso poco l'indicatore, attribuendo un livello basso
- il 7,1% dei votanti dell'Industria medicale ha espresso un livello di accordo assoluto, l'85,7% alto ed il 7,1% medio

Sul terzo indicatore proposto *Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dall'88,1% dei votanti

Figura 3.15
Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti Panel

In particolare:

- il 33,3% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo assoluto ed il 66,7% alto
- il 60,0% dei votanti delle Istituzioni lo ha condiviso molto ed il restante 40,0% lo ha condiviso meno attribuendo un livello di accordo medio
- l'11,1% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto e l'88,9% alto
- il 28,6% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 57,1% alto e il 9,5% medio; solo il 4,8% ha attribuito un livello di accordo basso
- il 14,3% dei votanti dell'Industria medica ha espresso un livello di accordo assoluto, il 64,3% alto ed il 21,4% medio.

3.2 Le funzioni 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 il contributo mediamente attribuito ad ogni determinazione dell'indicatore, costruendo per ognuno la cosiddetta funzione valore, o funzione utilità, dell'indicatore.

Utilizzando il *software* appositamente sviluppato dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità, è stato chiesto ai partecipanti di esprimere le proprie valutazioni attribuendo alle determinazioni che l'indicatore può assumere 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 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.

Grazie all'elevato numero di componenti del *Panel* intervenuti al *meeting* e alla presenza, in ogni categoria di *stakeholder*, di rappresentanti delle Regioni in Piano di Rientro e in sostanziale equilibrio, anche in questa edizione è stata elaborata la funzione di valore distintamente per le due "sotto-categorie".

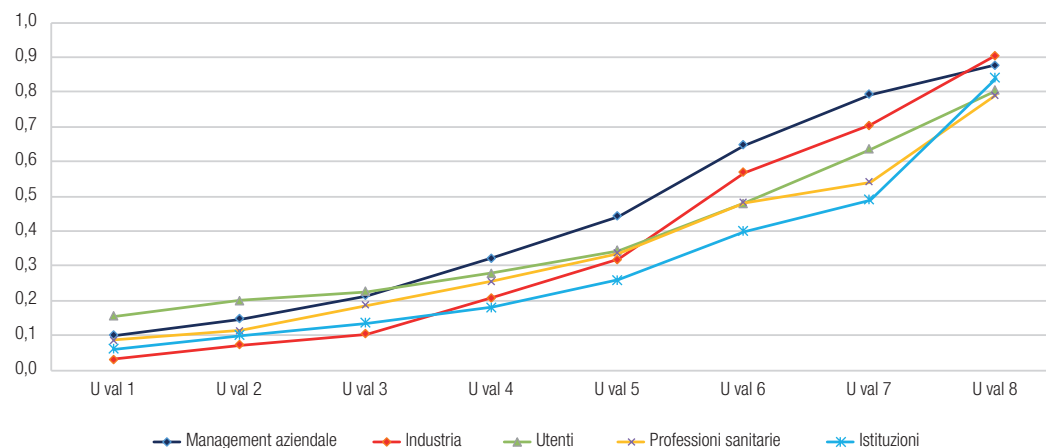
Quota di famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati (Dimensione Sociale)

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

Tutte le categorie ritengono quasi inaccettabili valori elevati dell'indicatore; solo nella seconda metà della distribuzione si osserva un aumento dell'utilità più che proporzionale al miglioramento dell'indicatore, soprattutto per il *Management* e l'*Industria*. Tale approccio è coerente con una forte priorità data all'elemento equitativo, che "condanna" le *Performance* peggiori e premia quelle maggiormente virtuose. In particolare, le categorie che sembrano assumere un atteggiamento più neutrale, ovvero di miglioramento del contributo alla *Performance* sostanzialmente proporzionale al miglioramento del valore dell'indicatore, sono gli Utenti, le Professioni sanitarie e le Istituzioni.

Figura 3.16

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

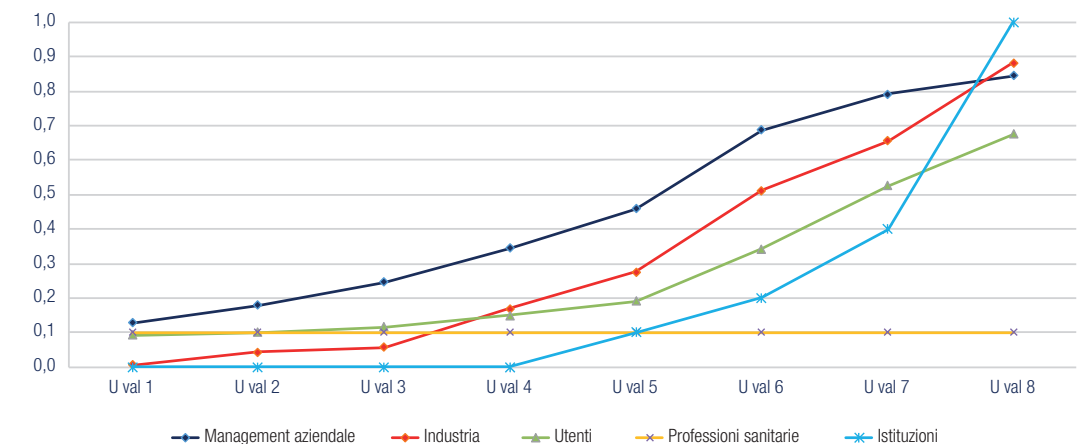


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Si noti che i componenti del *Panel* provenienti da Regioni in sostanziale equilibrio, risultano essere meno "tolleranti" nei confronti dei valori peggiori (alta quota di famiglie impoverite). Per Utenti ed Istituzioni non si riscontra alcun miglioramento in termini di *Performance* per valori dell'indicatore presenti nella prima metà della distribuzione; un miglioramento proporzionale si riscontra invece nella seconda metà della distribuzione per la prima Categoria, e più che proporzionale per la seconda. Per le Professioni sanitarie non si riscontra invece alcun miglioramento in termini di *Performance* al migliorare del valore dell'indicatore, ritenuto praticamente inaccettabile in corrispondenza di tutti i valori proposti (val. migl. 0,2% - val. pegg. 8,9%). Per le restanti Categorie si riscontra un andamento proporzionale.

Figura 3.17

**Quota di famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio**

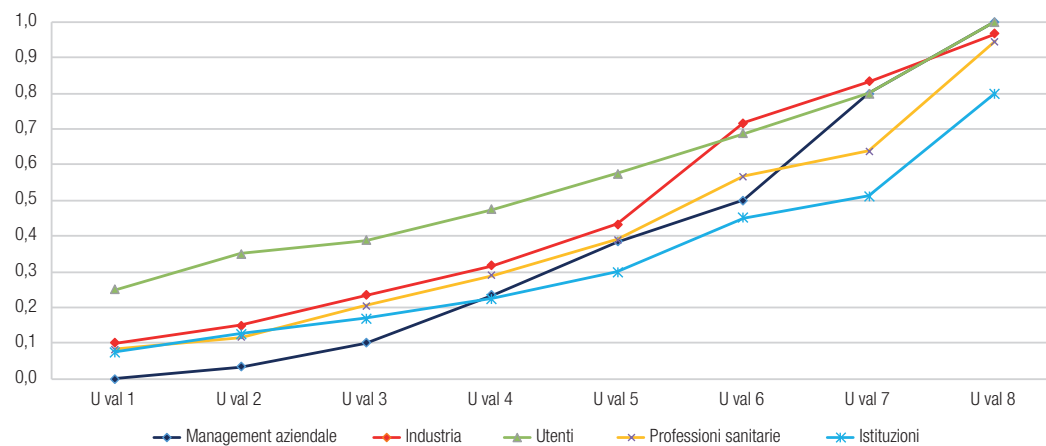


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

I componenti delle Regioni in Piano di Rientro sembrano più disposti ad accettare un contributo alla *Performance* anche in presenza di valori alti di impoverimento: ad eccezione del *Management* aziendale, che ritiene assolutamente inaccettabili valori alti dell'indicatore, e poi attribuisce miglioramenti della *Performance* più che proporzionali al miglioramento dell'indicatore; per tutte le altre Categorie il miglioramento è sostanzialmente proporzionale.

Figura 3.18

Quota di famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro



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

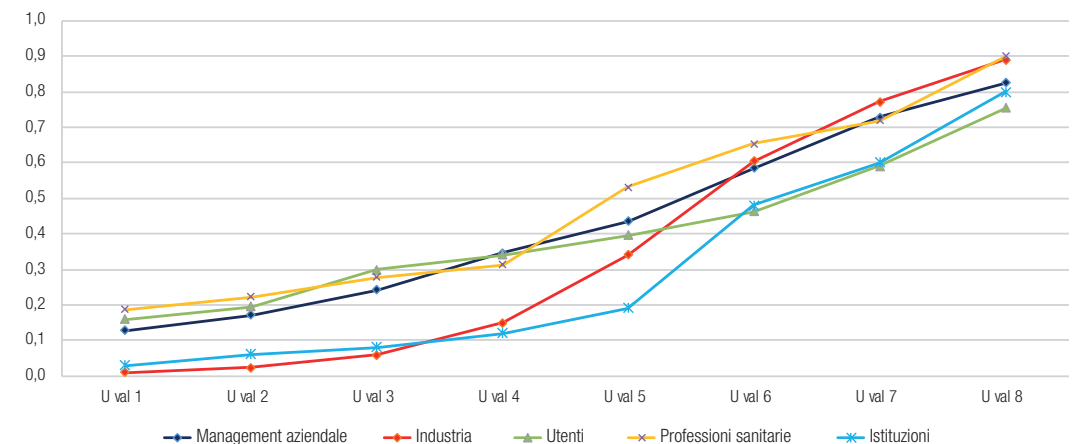
Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici (Dimensione Sociale)

Per l'indicatore *Quota di persone che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici*, si riscontra un atteggiamento di quasi totale inaccettabilità del fenomeno delle rinunce per livelli di ricorso della prima metà della distribuzione, soprattutto per Industria ed Istituzioni, per i quali si evidenzia invece, nella seconda metà della distribuzione, una crescita del valore di *Performance* più che proporzionale alla diminuzione del valore delle determinazioni (ovvero al miglioramento dell'indicatore).

Management aziendale, Professioni sanitarie ed Utenti sembrano invece propendere per un atteggiamento più neutrale, ovvero di proporzionalità inversa, fra valore dell'indicatore e contributo alla *Performance*: in altri termini, al ridursi della quota di persone che rinunciano migliora in maniera proporzionale la *Performance*.

Figura 3.19

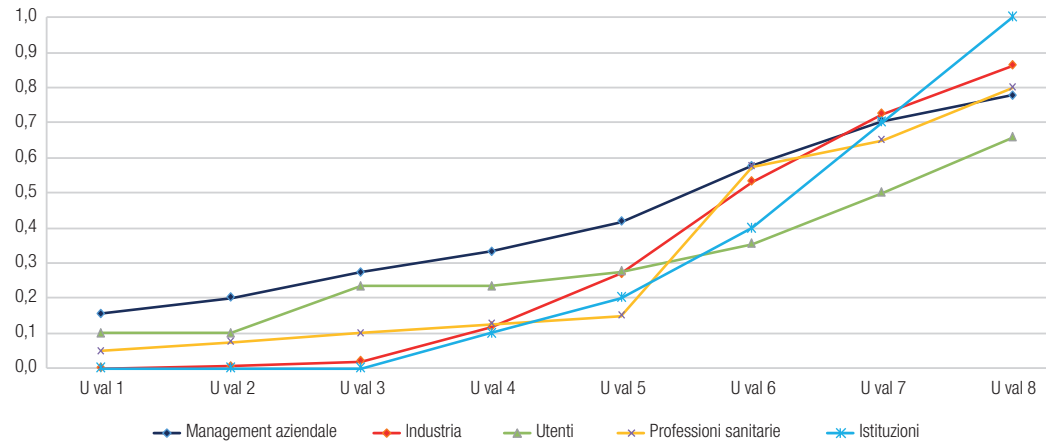
Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici
Funzione valore per Categoria



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

Per i componenti dell'Industria, delle Istituzioni e delle Professioni sanitarie, operanti in Regioni in sostanziale equilibrio, risultano essere assolutamente inaccettabili valori peggiori (alta quota di rinunce) dell'indicatore, mentre anche piccoli miglioramenti di valori alti dell'indicatore (ovvero miglioramenti delle situazioni peggiori) comportano un aumento della *Performance* più che proporzionale. *Management* aziendale ed Utenti invece attribuiscono a miglioramenti del valore dell'indicatore miglioramenti proporzionali in termini di *Performance*, ritenendo comunque, soprattutto gli Utenti, la minima quota di rinunce registrata a livello regionale associata a meno del 70% della *Performance* ottimale.

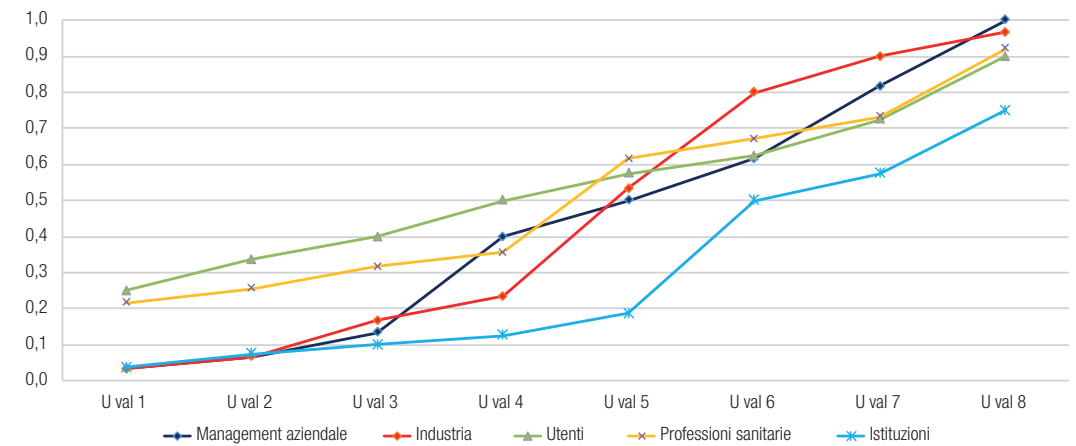
Figura 3.20
Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



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

Fra i componenti del *Panel* appartenenti alle Regioni in Piano di Rientro, l'Industria e le Istituzioni ritengono assolutamente inaccettabili valori peggiori dell'indicatore; anche gli Utenti sembrano poco disposti ad accettare l'esistenza di un contributo alla *Performance* in presenza di valori elevati di rinunce, attribuendo miglioramenti minimi per miglioramenti dell'indicatore nella prima metà della distribuzione, e più che proporzionali invece nella seconda metà.

Figura 3.21
Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

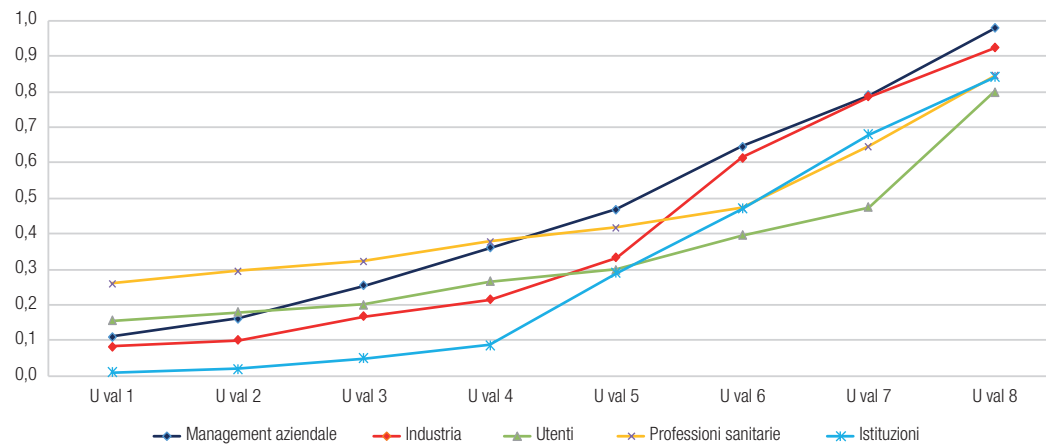


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

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

Da ultimo, per l'indicatore della Dimensione Sociale, *Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza*, quasi tutte le Categorie attribuiscono un valore crescente in modo lineare lungo tutta la distribuzione. Per le Istituzioni e l'Industria, invece, che ritengono inaccettabile una elevata incidenza di mobilità passiva, si registra una utilità crescente più che proporzionalmente nella seconda metà della distribuzione (ovvero all'avvicinarsi ai valori migliori).

Figura 3.22
Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza
Funzione valore per Categoria

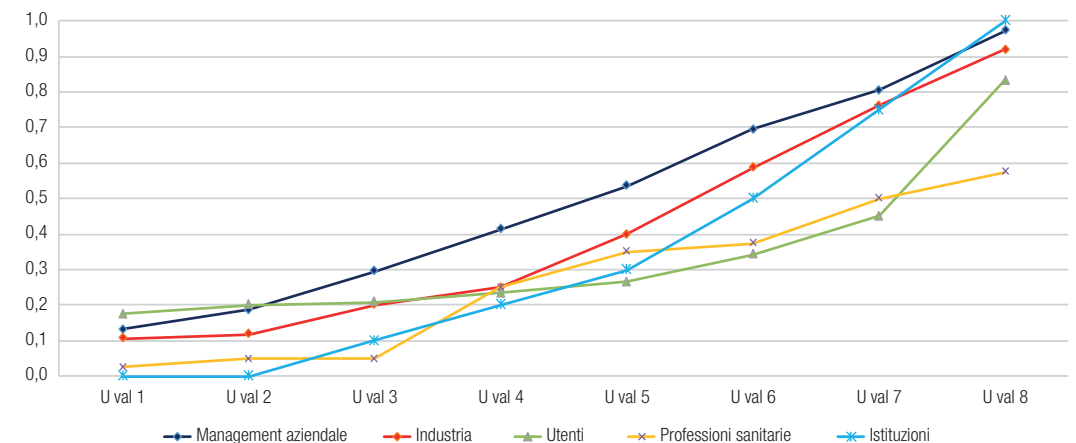


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Stesso andamento si riscontra per i componenti delle Regioni "non" in Piano di Rientro, attribuendo un livello di *Performance* lineare per tutta la distribuzione; solo gli Utenti e le Istituzioni, a fronte di una "dichiarazione" di sostanziale inaccettabilità di una alta incidenza del fenomeno, associano miglioramenti della *Performance* più che proporzionali nella seconda metà della distribuzione.

Le Professioni sanitarie, pur attribuendo al contributo alla *Performance* un andamento lineare, ritengono comunque il valore migliore nazionale associato ad un livello di *Performance* pari ad appena il 60% di quella ottimale.

Figura 3.23
Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio

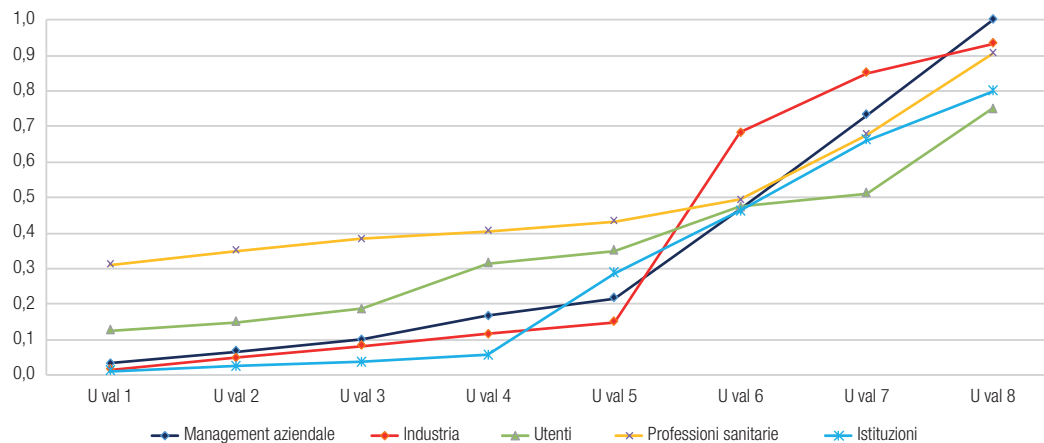


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Tutti i rappresentanti delle Categorie operanti in Regioni in Piano di Rientro, ad eccezione delle Professioni sanitarie, attribuiscono un contributo al livello di *Performance* praticamente nullo in caso di una quota elevata di cittadini che vanno a curarsi fuori Regione; fenomeno che invece sembra essere “tollerato” dai Professionisti sanitari che operano in tali realtà. Gli Utenti, pur attribuendo un andamento sostanzialmente lineare per tutta la distribuzione, ritengono che anche l’incidenza più bassa riscontrata a livello nazionale sia associata a livelli di *Performance* di poco superiori al 70% di quella massima possibile.

L’Industria attribuisce invece alla funzione un andamento sigmoidale, ritenendo implicitamente ammissibile una quota di mobilità passiva superiore a quella minima nazionale.

Figura 3.24
Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

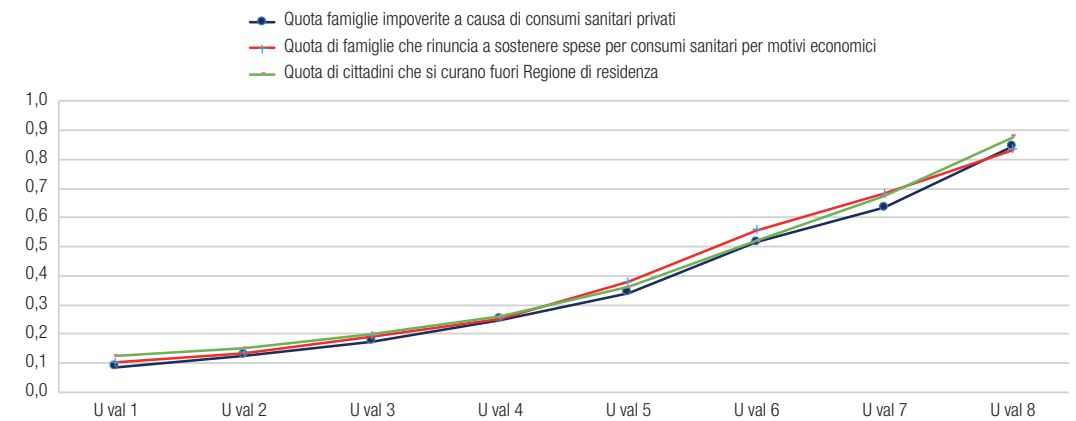


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Sintesi funzioni di valore degli indicatori della Dimensione Sociale

Complessivamente, e confermando quanto riscontrato nelle precedenti edizioni, per la Dimensione Sociale si registrano preferenze che tendono a descrivere un atteggiamento di “stigma” verso le situazioni che evidenziano maggiori iniquità; tale approccio si esaspera per chi opera nelle Regioni in Piano di Rientro, per l’indicatore relativo alla quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza; si esaspera invece per chi opera nelle Regioni in sostanziale equilibrio per gli indicatori di equità di natura economica.

Figura 3.25
Dimensione Sociale
Funzione valore media per indicatore



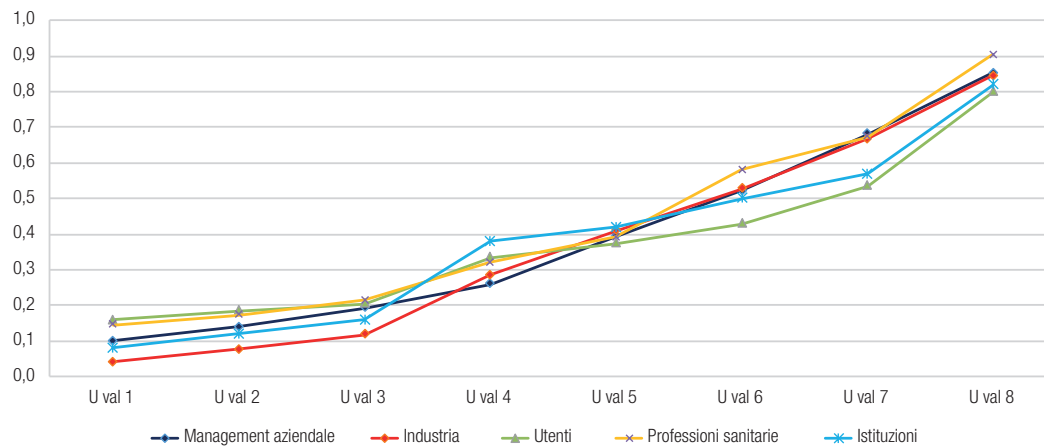
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Nelle Regioni in Piano di Rientro, sembra emergere una maggiore “rassegnazione” verso le problematiche di equità in termini di accesso, affiancata da una maggior “pretesa” verso l’esistenza di iniquità causata dalla fragilità socio-economica che caratterizza tutte le Regioni meridionali (in molti casi coincidenti con le Regioni in Piano di Rientro). Atteggiamento opposto si riscontra invece nei rappresentanti operanti in realtà in sostanziale equilibrio.

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 quasi tutte le categorie di *stakeholder*, ad eccezione dell'Industria, i cui membri ritengono assolutamente inaccettabili i valori prossimi a quello peggiore riscontrato sul territorio nazionale.

Figura 3.26
Aspettativa di vita in buona salute
Funzione valore per categoria

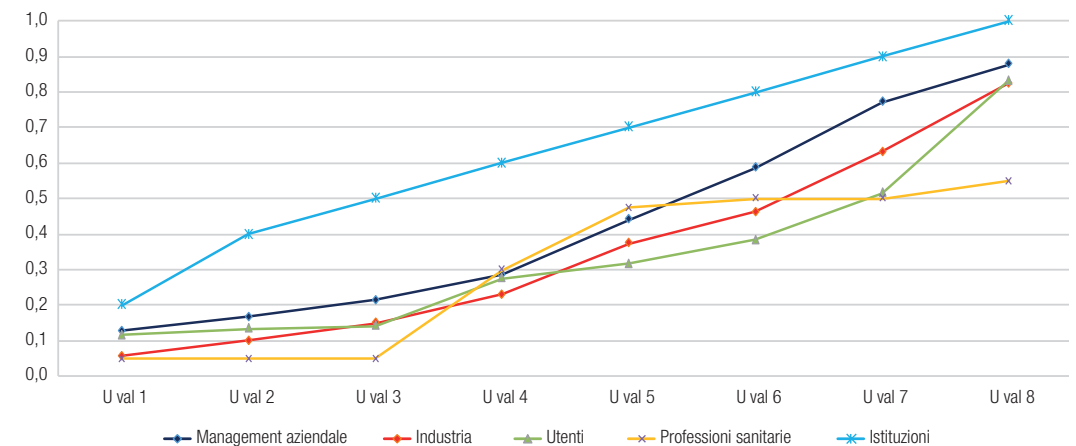


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Prendendo in considerazione gli *stakeholder* che operano in Regioni in sostanziale equilibrio, gli andamenti si esasperano: le Istituzioni risultano essere complessivamente "appagate" dal livello di salute raggiunto; all'estremo opposto si collocano invece i Professionisti sanitari, che ritengono praticamente nullo il livello di *Performance* associato a valori afferenti al primo terzo della distribuzione; questo poi migliora proporzionalmente per valori centrali della distribuzione, per poi restare invariato (pari a circa il 50% della *Performance* massima) per ulteriori miglioramenti in termini di aspettativa di vita nell'ultimo terzo della distribuzione.

Per gli Utenti, ad un incremento modesto in termini di *Performance* per valori progressivamente migliori associati alla prima metà della distribuzione, se ne associa uno più che proporzionale per valori presenti nella seconda metà.

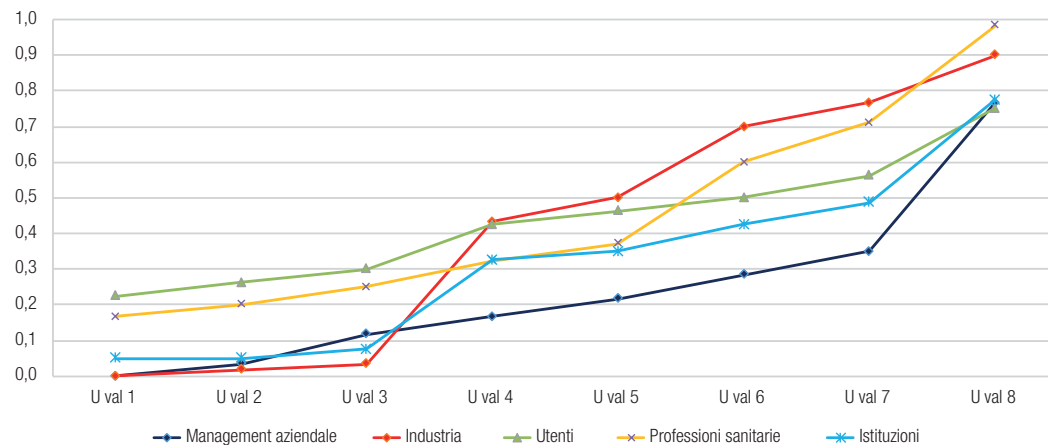
Figura 3.27
Aspettativa di vita in buona salute
Funzione valore per categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



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

L'opinione degli *stakeholder* operanti nelle Regioni in Piano di Rientro è invece meno "tollerante", in particolare per l'Industria, le Istituzioni ed il *Management* aziendale. In quasi tutte le Categorie si riscontra un atteggiamento sostanzialmente "neutrale" (proporzionalità fra determinazioni e utilità/valore). Istituzioni, *Management* ed Utenti risultano complessivamente "insoddisfatti" del migliore livello di salute riscontrato in ambito nazionale, attribuendo a questo un livello di *Performance* pari a circa il 70% di quella massima.

Figura 3.28
Aspettativa di vita in buona salute
Funzione valore per categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro



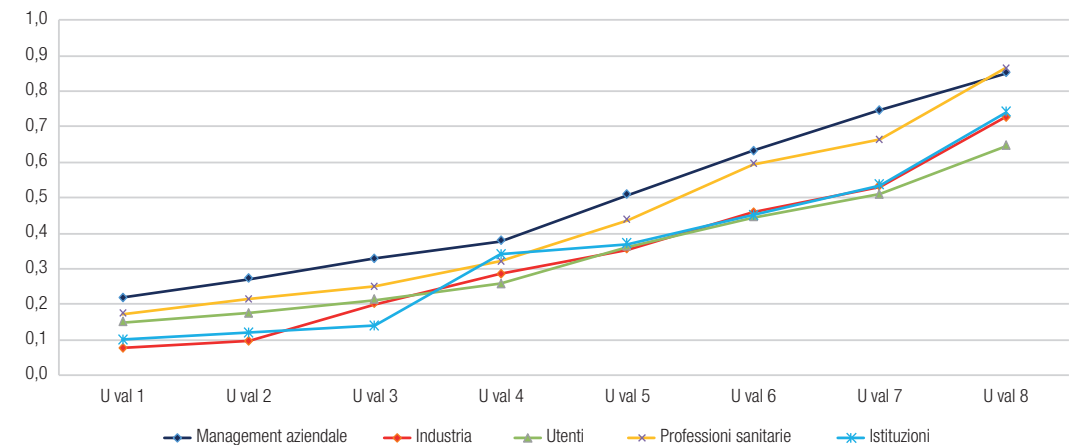
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

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 proporzionale al valore dell'indicatore: al ridursi dei giorni perduti per mortalità evitabile aumenta proporzionalmente la *Performance*.

Industria, Istituzioni e Utenti ritengono che si possa intervenire ancora su questo fenomeno, ritenendo il valore migliore riscontrato in ambito nazionale comunque associato ad appena il 70% della *Performance* massima.

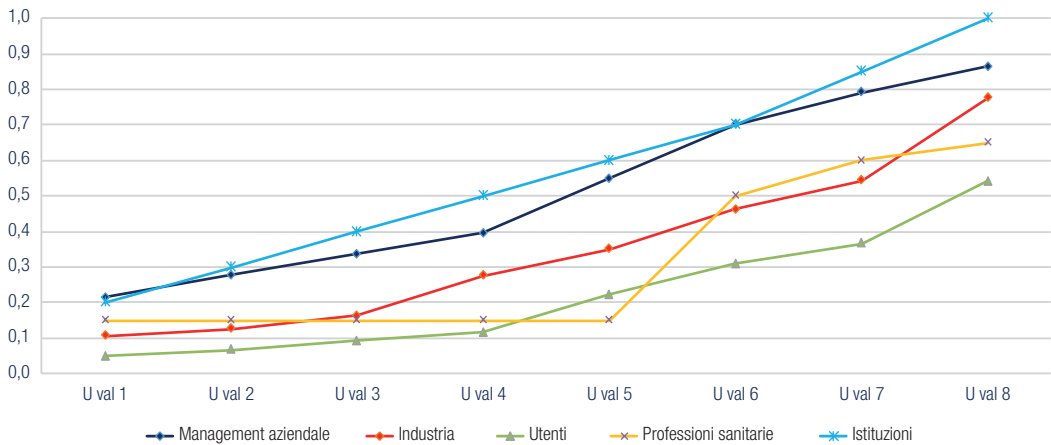
Figura 3.29
Mortalità evitabile:
giorni perduti standardizzati pro-capite
Funzione valore per categoria



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

I rappresentanti degli Utenti delle Regioni in sostanziale equilibrio sembrerebbero associare vantaggi nulli a valori dell'indicatore sotto la prima metà della distribuzione e vantaggi crescenti, in maniera più che proporzionale, all'approssimarsi delle determinazioni migliori (seconda metà della distribuzione); anche l'Industria e le Professioni sanitarie non "assolvono" i risultati peggiori e associano grande beneficio nel caso di valori alti dell'indicatore. Istituzioni e *Management* aziendale, anche in questo caso, assumono un atteggiamento sostanzialmente "neutrale".

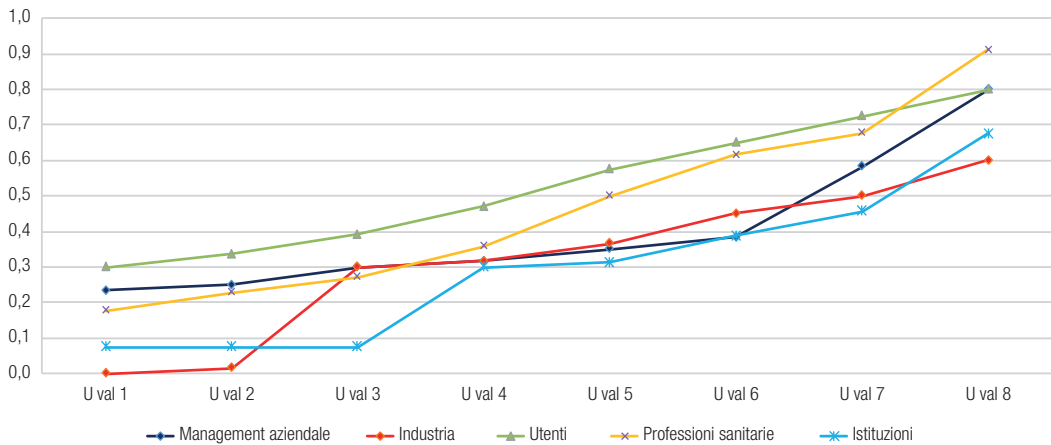
Figura 3.30
Mortalità evitabile:
giorni perduti standardizzati pro-capite
Funzione valore per categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



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

Gli Utenti, il *Management* e le Professioni sanitarie delle Regioni in Piano di Rientro risultano essere più tolleranti nei confronti dei valori peggiori dell'indicatore, pur se non completamente "soddisfatti" dei valori dell'indicatore prossimi a quello migliore nazionale, associandogli un livello di *Performance* inferiore al 90% di quella massima. Tale atteggiamento di insoddisfazione si esaspera per Industria ed Istituzioni, che invece associano in corrispondenza del valore migliore nazionale un livello di *Performance* nel range 60-70% di quella massima.

Figura 3.31
Mortalità evitabile:
giorni perduti standardizzati pro-capite
Funzione valore per categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

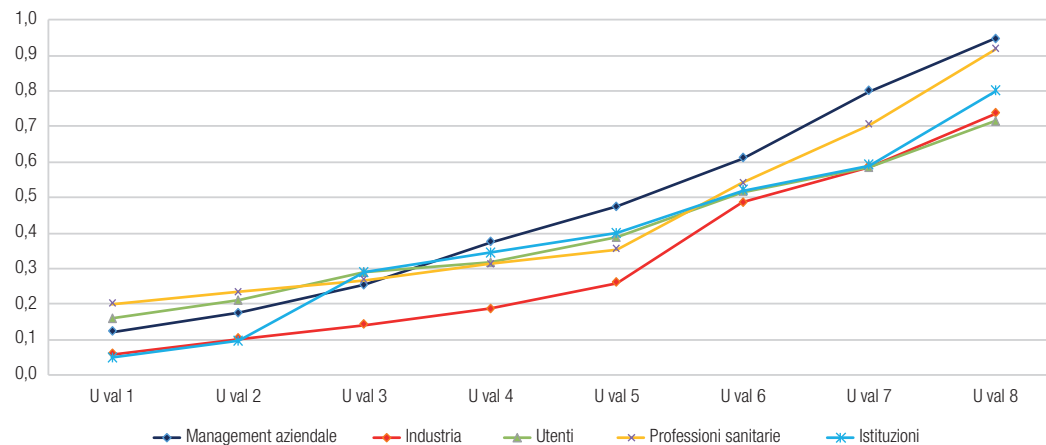


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero (Dimensione Esiti)

L'ultimo indicatore della Dimensione Esiti, *Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero*, ha una funzione di valore con andamento sostanzialmente lineare per tutte le categorie di *stakeholder*, con una leggera tendenza (maggiore per l'Industria) ad attribuire un vantaggio crescente al progressivo miglioramento dell'indicatore; valori bassi di soddisfazione non sono accettabili soprattutto per l'Industria ed i rappresentanti delle Istituzioni.

Figura 3.32
Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto
a 30 giorni dal ricovero
Funzione valore per categoria

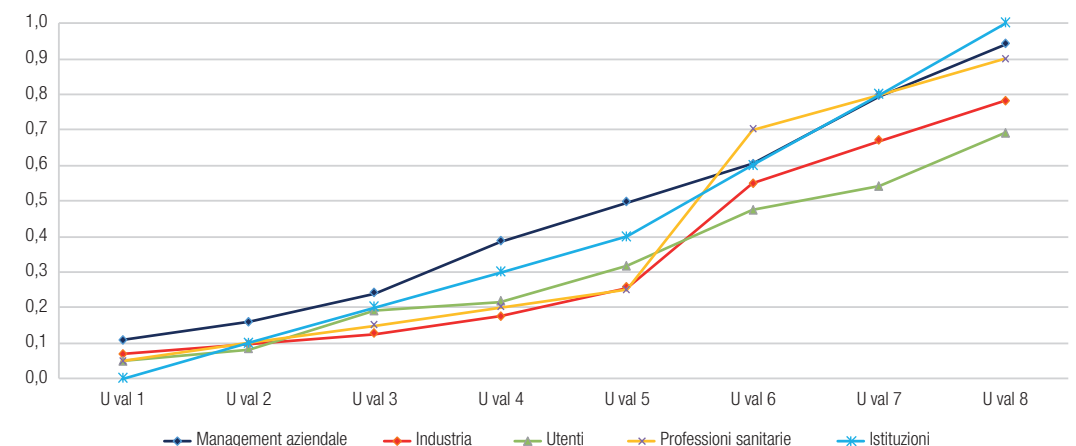


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Distinguendo per la provenienza degli *stakeholder*, si riscontra che, rappresentanti dei Professionisti sanitari, dell'Industria e degli Utenti delle Regioni in sostanziale equilibrio, ritengono quasi del tutto inaccettabili i valori dell'indicatore nella prima metà della distribuzione, attribuendo invece un miglioramento in termini di *Performance* più che proporzionale per valori di mortalità sempre più bassi, riportati nella seconda metà della distribuzione.

Istituzioni e *Management* aziendale assumono un atteggiamento di sostanziale "neutralità": al ridursi del tasso di mortalità aumenta proporzionalmente il contributo in termini di *Performance*.

Figura 3.33
Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto
a 30 giorni dal ricovero
Funzione valore per categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio

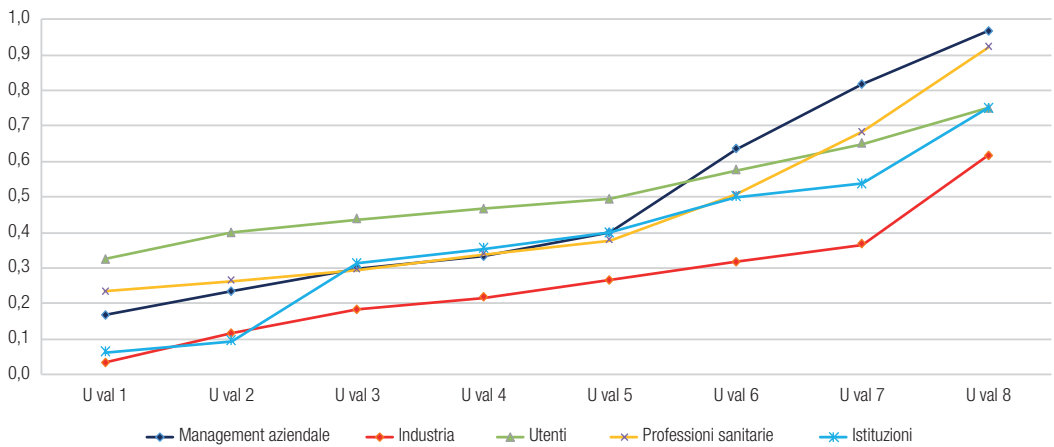


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Tutti i rappresentanti delle Regioni in Piano di Rientro, ritengono quasi nullo il miglioramento in termini di *Performance* per miglioramenti dell'indicatore associati a valori presenti nella prima metà della distribuzione, pur risultando, Industria ed Istituzioni, un po' più "rigidi", sia per valori prossimi a quello peggiore, sia che valori prossimi a quello migliore; a quest'ultimo infatti associano un livello medio di *Performance* che non raggiunge il 70% di quella ottimale.

Ad eccezione di *Management* aziendale e Professionisti sanitari, in tutte le altre Categorie si riscontra un atteggiamento di neutralità.

Figura 3.34
Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero
Funzione valore per categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro



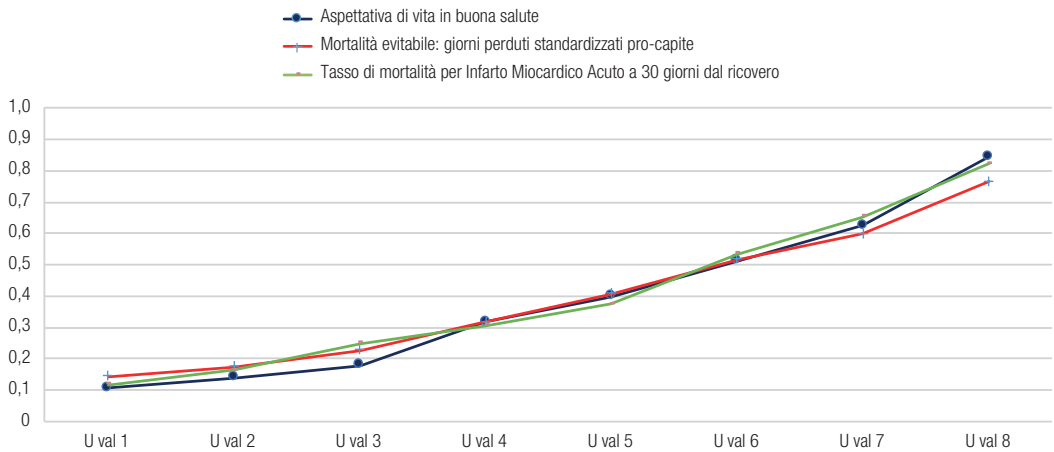
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Sintesi funzioni di valore degli indicatori della Dimensione Esiti

Complessivamente, agli indicatori della Dimensione Esiti è stata attribuita una sostanziale relazione di proporzionalità fra determinazioni degli indicatori e utilità/valore che generano, sebbene alcune categorie di *stakeholder* (in particolare i rappresentanti delle Istituzioni e degli Utenti), e in particolare quelli delle Regioni in sostanziale equilibrio, ritengono che debbano essere particolarmente penalizzate le situazioni in cui gli indicatori, soprattutto *Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite* e *Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero*, presentano valori peggiori.

Si conferma anche quest'anno, nonostante sia stato confermato solo un indicatore della precedente edizione (Aspettativa di vita in buona salute) che, per questa Dimensione (Esiti), la composizione di andamenti difforni delle preferenze a livello di singole categorie di *stakeholder*, esita in una linearità delle funzioni di valore aggregate.

Figura 3.35
Dimensione Esiti
Funzione valore media per indicatore



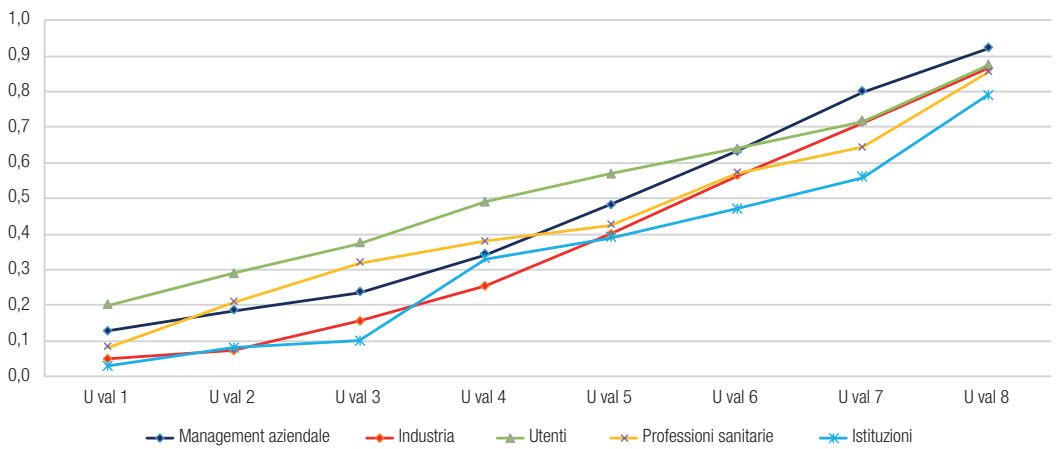
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

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 Appropriatazza)

Passando alla Dimensione Appropriatazza, 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 essere approssimativamente lineare per tutte le Categorie. In particolare, Industria ed Istituzioni ritengono quasi del tutto inaccettabili i valori peggiori dell'indicatore.

Figura 3.36

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

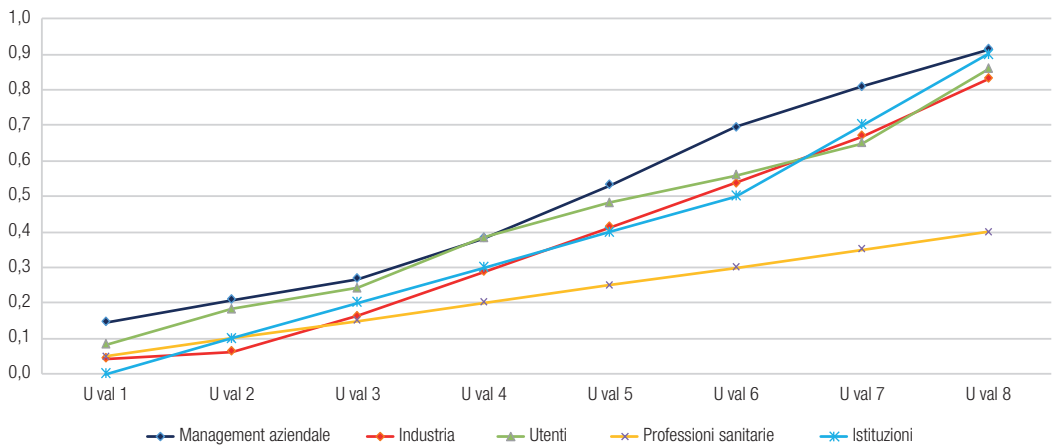


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Per i rappresentanti degli *stakeholder* che operano nelle Regioni in sostanziale equilibrio la funzione di valore è sostanzialmente lineare, con un atteggiamento di stigma ancora più netto per i risultati peggiori da parte di Industria, Istituzioni e *Management* aziendale. Degno di nota è l'assoluta insoddisfazione da parte delle Professioni sanitarie anche in corrispondenza del valore migliore riscontrato a livello nazionale, avendo a questo associato un livello di *Performance* pari al 40% di quella massima.

Figura 3.37

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 di Regioni in sostanziale equilibrio



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

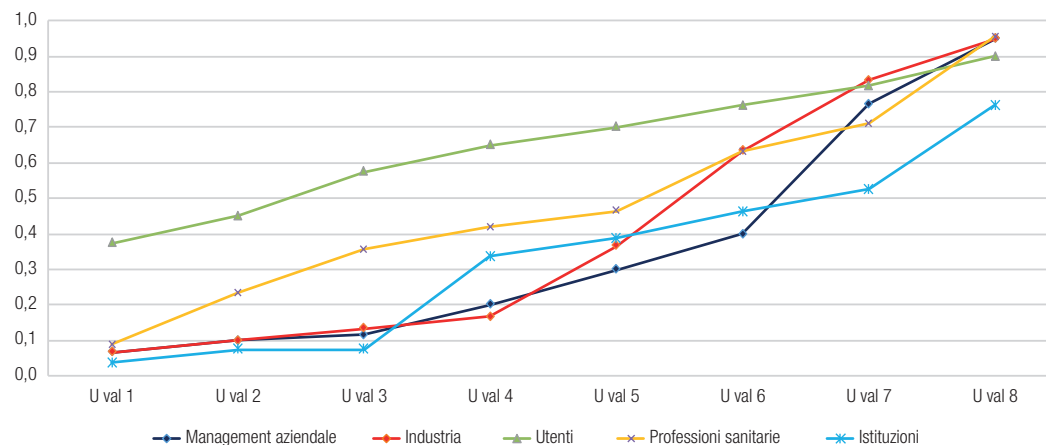
I rappresentanti di *Industria* e *Management* associano modesti miglioramenti in termini di *Performance* per miglioramenti dell'indicatore nella prima metà della distribuzione, più che proporzionali invece per valori appartenenti alla seconda metà.

Per tutte le altre Categorie si riscontra un atteggiamento sostanzialmente neutrale.

Industria, *Istituzioni* e *Management* aziendale non accettano assolutamente un basso livello di adeguamento al D.M. 70, molto più tolleranti risultano invece essere gli *Utenti*.

Figura 3.38

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 di Regioni in Piano di Rientro



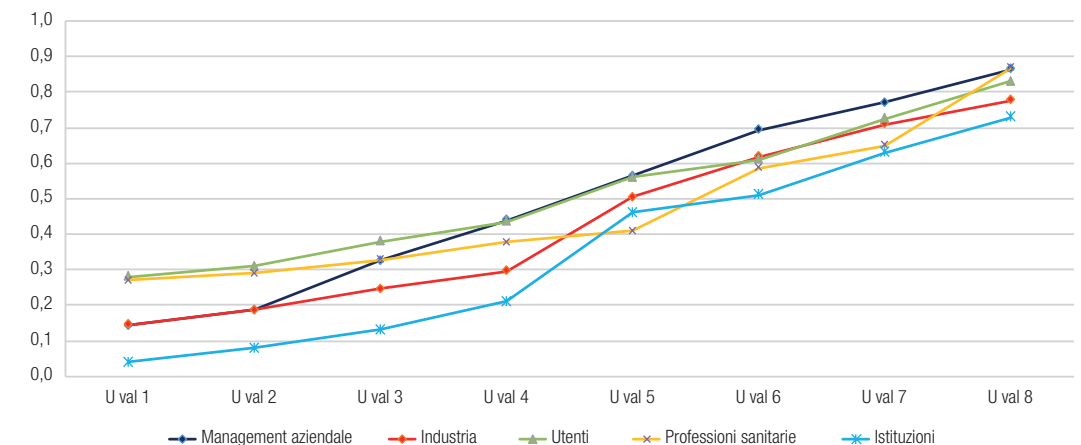
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

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)* presenta un andamento lineare per tutte le Categorie, con benefici in termini di *Performance* proporzionali al ridursi delle ospedalizzazioni per le patologie croniche; le Istituzioni ritenendo assolutamente poco accettabile un alto ricorso all'ospedalizzazione per tali casistiche; un atteggiamento più tollerante assumono invece le Professioni sanitarie e gli *Utenti*.

Figura 3.39

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

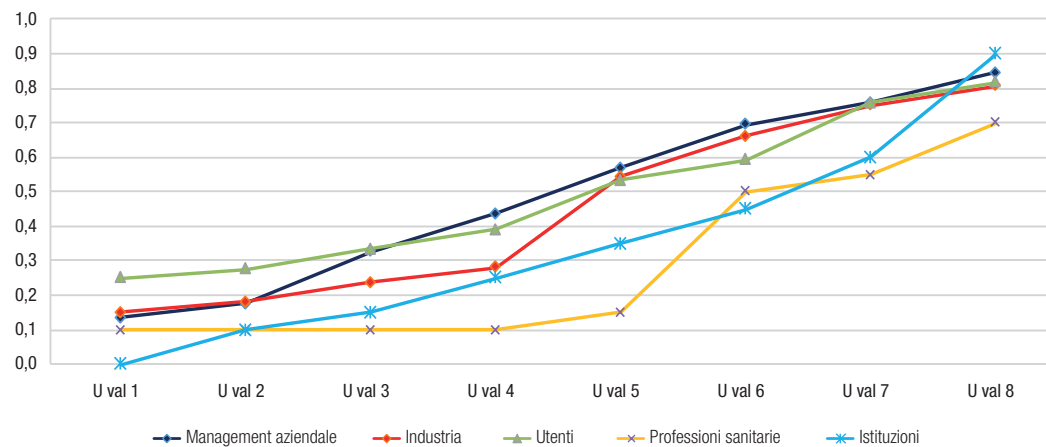


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Ad eccezione delle Professioni sanitarie, che associano una funzione di valore con concavità verso l'alto, per tutti gli altri rappresentanti delle Regioni in sostanziale equilibrio, tale funzione assume un andamento sostanzialmente lineare. I rappresentanti delle Professioni sanitarie risultano essere anche molto pretenziosi per tale indicatore, ritenendo comunque il valore migliore riscontrato a livello nazionale non associato ad una *Performance* ottimale, bensì pari al 70% del massimo.

Figura 3.40

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 di Regioni in sostanziale equilibrio



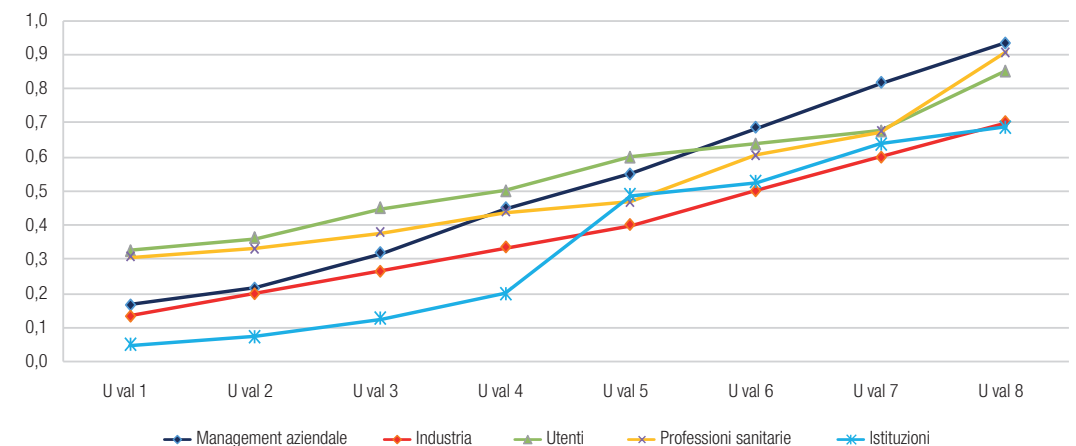
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Per quasi tutti i rappresentanti degli *stakeholder* operanti invece nelle Regioni in Piano di Rientro, al ridursi del tasso di ospedalizzazione migliora proporzionalmente la *Performance*; unica eccezione è rappresentata dalle Istituzioni che attribuiscono un contributo alla *Performance* più che proporzionale per valori centrali della distribuzione e poi decrescente per valori dell'indicatore presenti nell'ultimo terzo della distribuzione.

Industria e Istituzioni delle Regioni in Piano di Rientro, ritengono che ci sia ancora molto da lavorare su tale indicatore, avendo associato al suo valore migliore nazionale un livello di *Performance* pari al 70% di quella ottimale.

Figura 3.41

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 di Regioni in Piano di Rientro



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

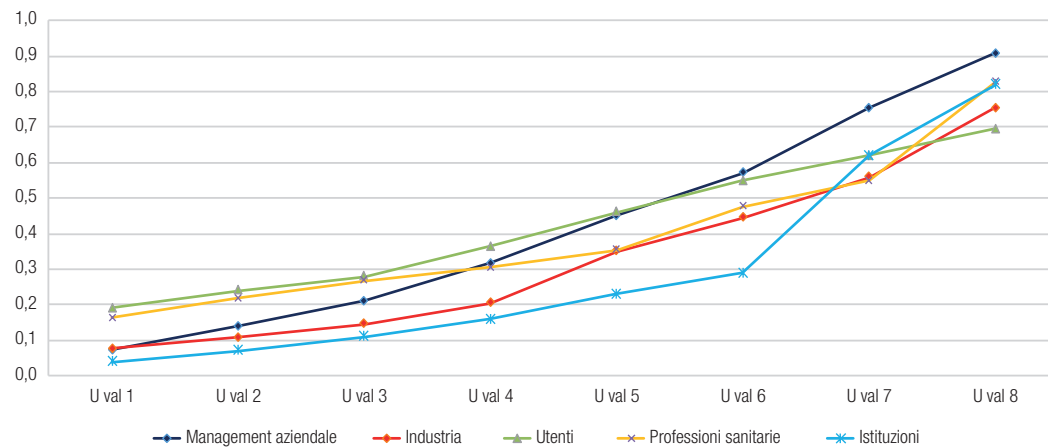
Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati (Dimensione Appropriatazza)

L'ultimo indicatore della Dimensione Appropriatazza è la *Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati*, che registra un andamento lineare per quasi tutte le categorie di *stakeholder* ovvero una utilità proporzionale alle determinazioni numeriche. Solo per le Istituzioni si riscontra una utilità marginale crescente nella seconda metà della distribuzione.

Esiste condivisione fra i membri del *Panel* nel ritenere poco accettabili i valori peggiori dell'indicatore, ad eccezione delle Professioni sanitarie e degli Utenti, che, anche in questo caso, presentano un atteggiamento più "tollerante" nei confronti dei valori peggiori dell'indicatore.

Figura 3.42

Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati Funzione valore per Categoria



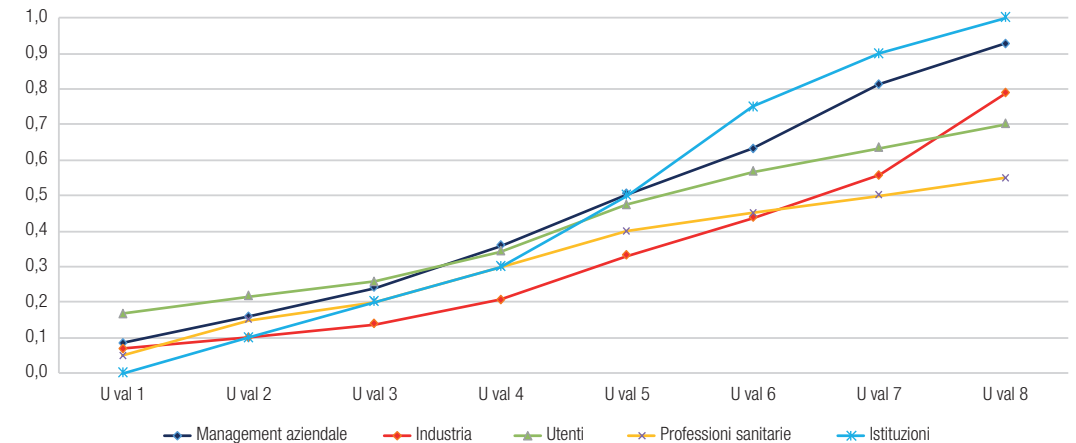
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Considerando i soli *stakeholder* delle Regioni in sostanziale equilibrio si osserva un atteggiamento "neutrale" per Industria e *Management* aziendale; con concavità verso il basso per le restanti Categorie, i cui afferenti evidentemente ritengono che ulteriori riduzioni di ricoveri inappropriati, per valori associati alla seconda metà della distribuzione, apportano benefici in termini di *Performance* meno che proporzionali.

Professioni sanitarie ed Utenti operanti in queste realtà ritengono comunque poco accettabili anche bassi ricorsi alle ospedalizzazioni inappropriate, associando al valore migliore riscontrato a livello nazionale una *Performance* in media pari a poco più del 60% di quella massima.

Figura 3.43

Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



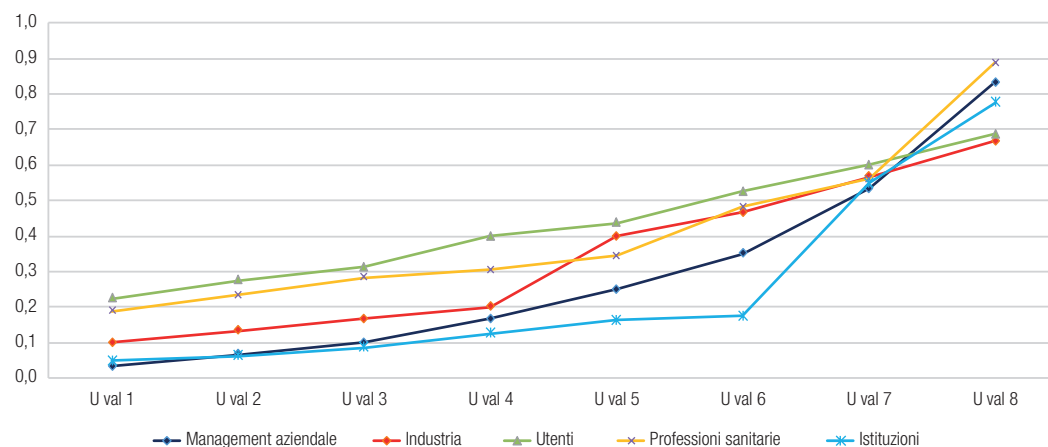
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Fra i componenti del *Panel* appartenenti alle Regioni in Piano di Rientro, solo le Professioni sanitarie e gli Utenti ritengono "accettabili" i valori "peggiori" dell'indicatore. Istituzioni e *Management* aziendale non ritengono che tali valori comportino un contributo positivo alla *Performance*, mentre attribuiscono a miglioramenti nella seconda metà della distribuzione un contributo alla *Performance* più che proporzionale.

Nelle restanti Categorie si riscontra un atteggiamento di sostanziale neutralità, associata ad una insoddisfazione, anche per i valori migliori dell'indicatore, da parte dell'Industria e degli Utenti.

Figura 3.44

Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro



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

Sintesi funzioni di valore degli indicatori della Dimensione Appropriatezza

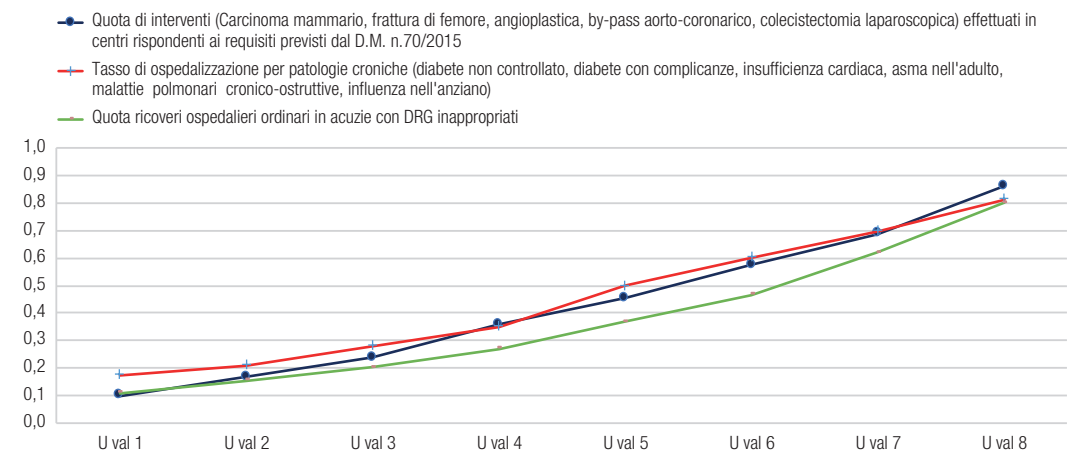
Per i primi due indicatori di questa Dimensione, si riscontra un andamento lineare della funzione di valore, condiviso tra tutte le Categorie. Prevalgono, invece, andamenti che esplicitano una utilità marginale crescente attribuita ai valori della *Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati*.

Anche in questo caso, l'approssimativa linearità delle funzioni di valore aggregate è, in realtà, la composizione di andamenti difforni delle preferenze a livello di singole Categorie di *stakeholder*.

In generale, si riscontra per questa Dimensione un atteggiamento di maggior tolleranza da parte delle Professioni sanitarie e degli Utenti afferenti a Regioni in Piano di Rientro: ad eccezione dell'indicatore relativo al D.M. 70, per il quale si riscontra un atteggiamento di maggior rigidità.

Figura 3.45

Dimensione appropriatezza Funzione valore media per indicatore



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

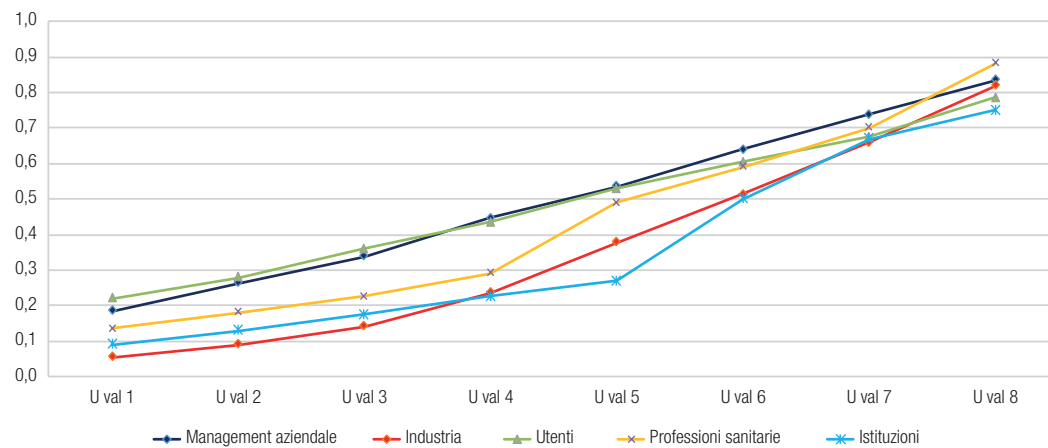
Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (Dimensione Innovazione)

Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive (Dimensione Innovazione)

Nella Dimensione Innovazione, l'indicatore *Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive* presenta una funzione di valore approssimativamente lineare per quasi tutte le Categorie, ad eccezione delle Istituzioni per le quali presenta un andamento con concavità verso l'alto.

Figura 3.46

**Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
Funzione valore per Categoria**

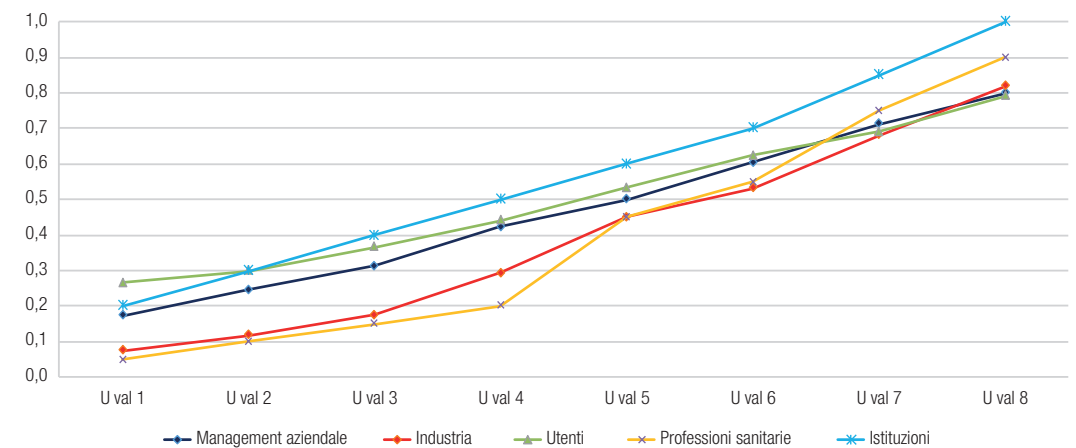


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

I rappresentanti dell'Industria e delle Professioni sanitarie delle Regioni in sostanziale equilibrio ritengono sostanzialmente "inaccettabile" un basso ricorso alle tecniche chirurgiche mininvasive; per i secondi, benefici in termini di *Performance* più che proporzionali al miglioramento delle determinazioni numeriche dell'indicatore, si riscontrano solo per valori associati alla seconda metà della distribuzione. Per tutte le altre Categorie si riscontra invece un atteggiamento di sostanziale neutralità.

Figura 3.47

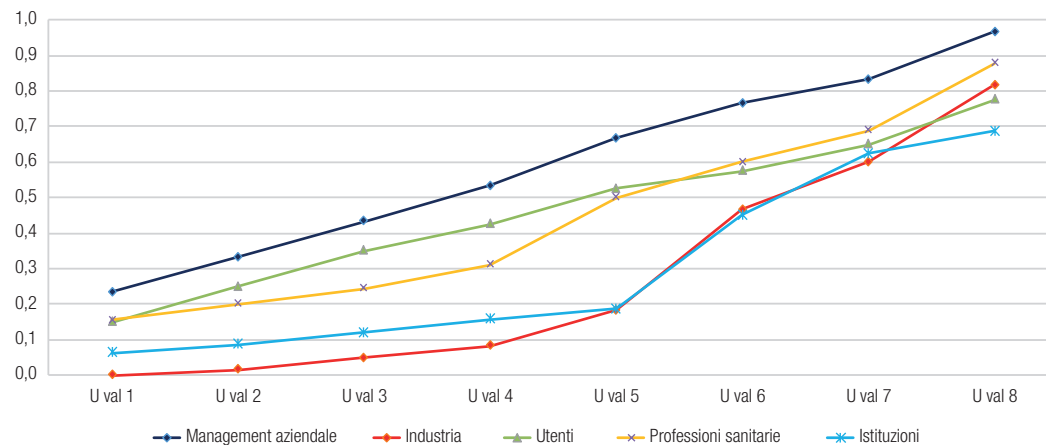
**Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio**



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

Prendendo in analisi l'opinione di chi opera in Regioni in Piano di Rientro, si osserva un atteggiamento di penalizzazione verso i bassi livelli di ricorso alla tecnologia chirurgica mininvasiva, come anche una non completa soddisfazione per gli attuali livelli raggiunti sul territorio nazionale, soprattutto da parte dei rappresentanti dell'Industria e delle Istituzioni; solo nella seconda metà della distribuzione vengono associati incrementi al contributo alla *Performance* più che proporzionali rispetto a quelli del valore dell'indicatore. Per tutte le restanti Categorie la funzione di valore assume un andamento lineare. Il *Management* aziendale ritiene comunque ottimale il livello corrispondente al valore migliore riscontrato in Italia.

Figura 3.48
Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

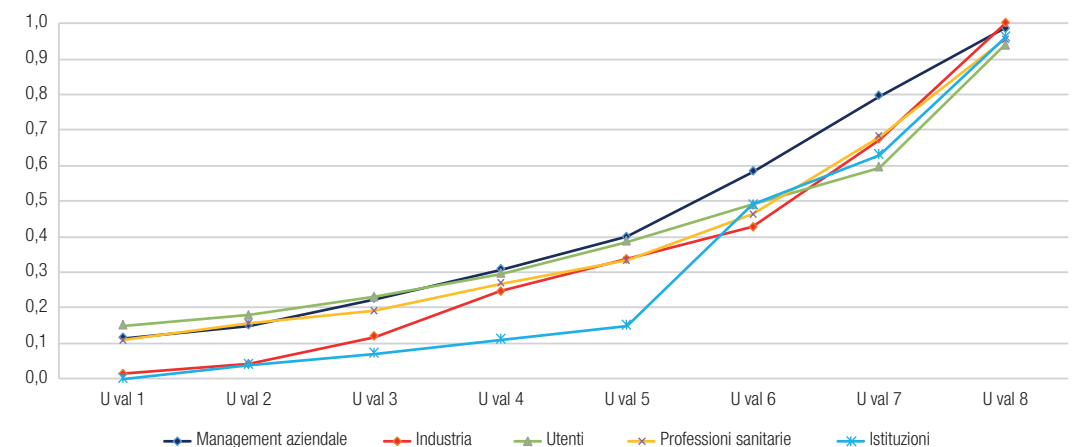


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Quota donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei (Dimensione Innovazione)

Al secondo indicatore della Dimensione Innovazione, *Quota donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei*, tutte le Categorie hanno associato una utilità che cresce in modo meno che proporzionale nella prima metà della distribuzione e più che proporzionale nella seconda; Industria ed Istituzioni sembrano assumere un atteggiamento di maggiore rigidità rispetto alle altre Categorie, che penalizza le realtà che trattano una modesta quota di donne con carcinoma mammario in centri rispondenti ai requisiti europei.

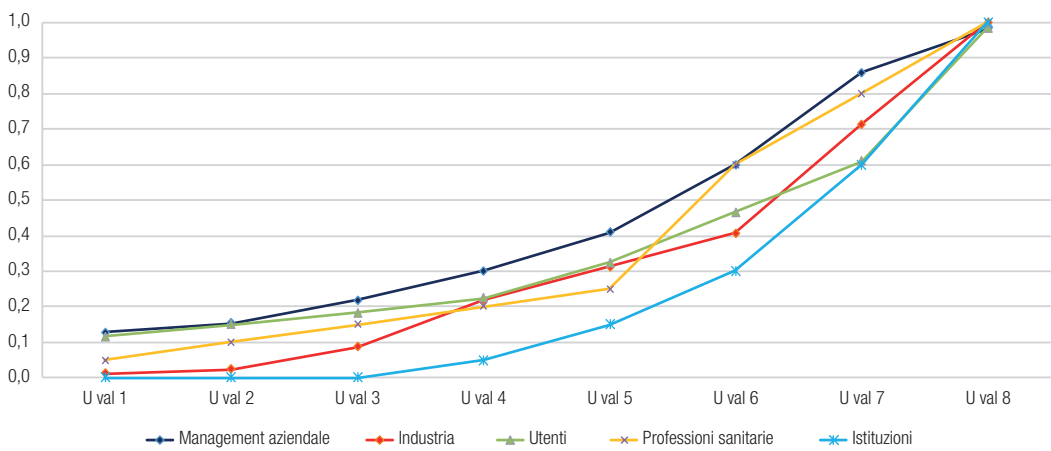
Figura 3.49
Quota donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia
rispondenti ai requisiti europei
Funzione valore per Categoria



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

Tale valutazione si conferma per tutte le Categorie di *stakeholder* provenienti da Regioni in sostanziale equilibrio, anche se le Istituzioni sembrano assumere una posizione ancor più “rigida”.

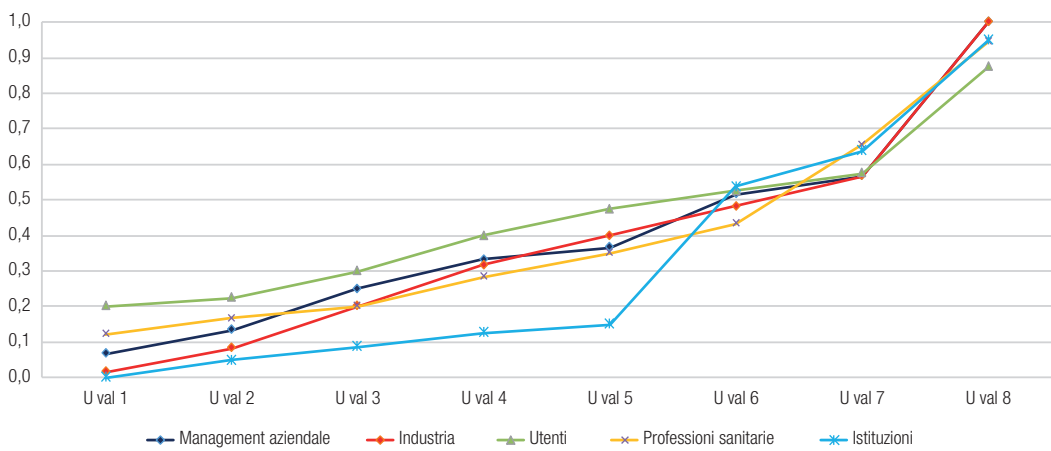
Figura 3.50
Quota donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



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

Per i componenti del *Panel* afferenti alle Regioni in Piano di Rientro, si riscontra un andamento della funzione di valore che esprime una utilità marginale crescente, per le Istituzioni, mentre si conferma lineare per le restanti Categorie.

Figura 3.51
Quota donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

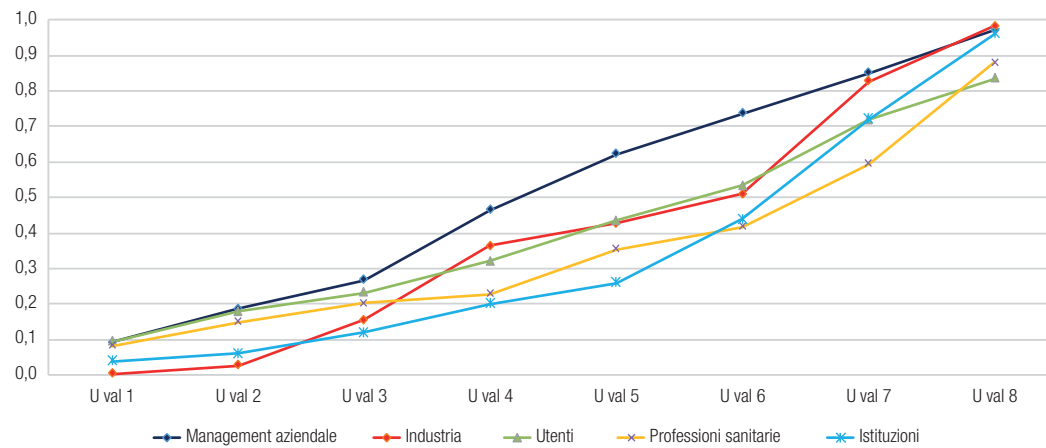


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

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

L'ultimo indicatore relativo alla Dimensione Innovazione è la *Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)*, la cui funzione di valore assume un andamento di sostanziale linearità per tutte le Categorie di *stakeholder*, ad eccezione delle Istituzioni che associano una funzione di valore con concavità verso l'alto.

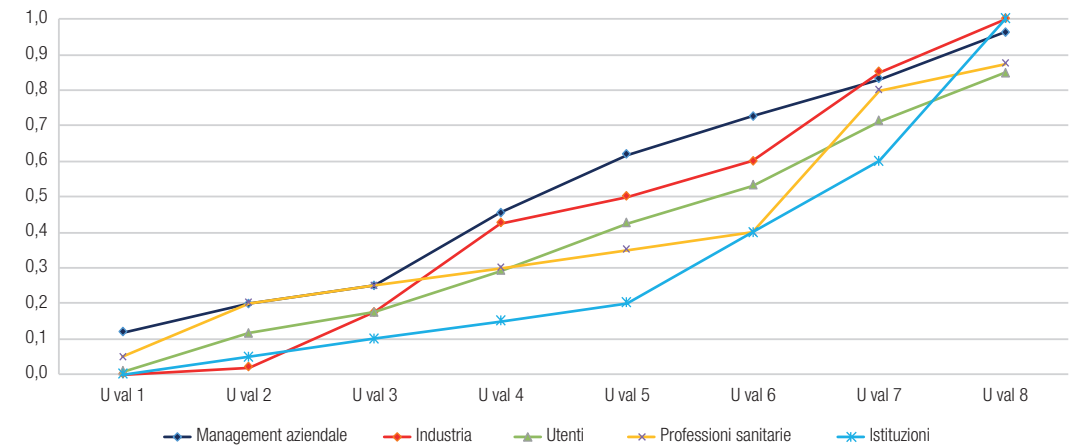
Figura 3.52
Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
Funzione valore per Categoria



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

Per gli *stakeholder* appartenenti alle Regioni in sostanziale equilibrio, si osserva un atteggiamento omogeneo, di sostanziale neutralità, per quasi tutte le Categorie.

Figura 3.53
Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio

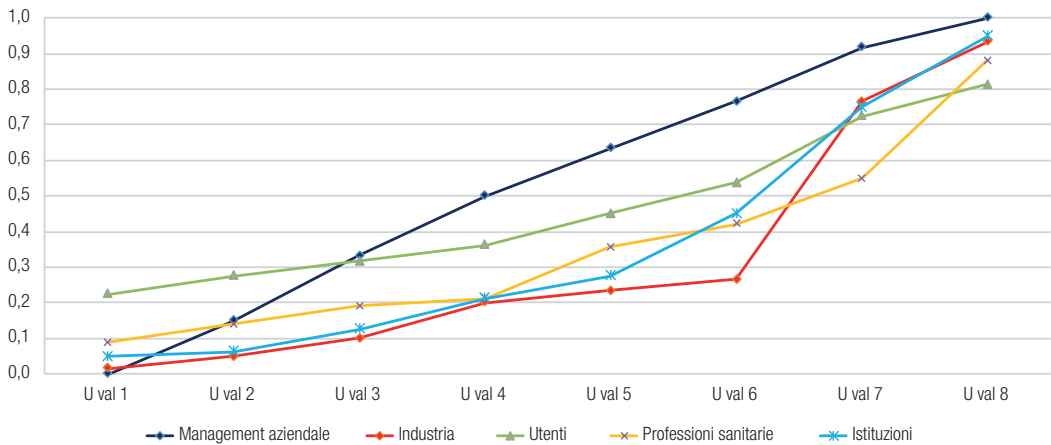


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Prendendo in considerazione chi opera nelle Regioni in Piano di Rientro, i componenti delle Istituzioni, e anche i rappresentanti dell'Industria, associano una utilità marginale crescente per valori dell'indicatore presenti nella seconda metà della distribuzione (in analogia alle realtà in sostanziale equilibrio).

In generale, per quest'indicatore, da parte degli Utenti residenti in realtà in disavanzo economico si riscontra la convinzione che porti un contributo alla *Performance* maggiore.

Figura 3.54
Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro



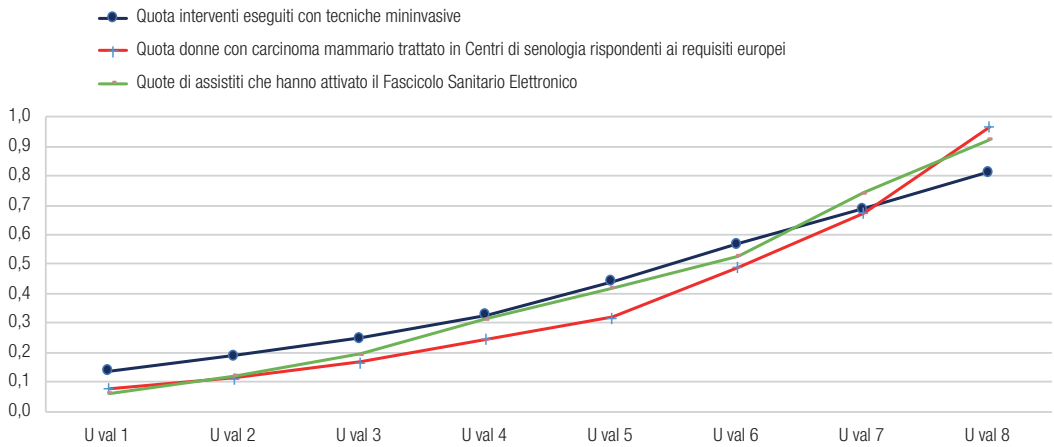
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Sintesi funzioni di valore degli indicatori della Dimensione Innovazione

Agli indicatori della Dimensione Innovazione viene, complessivamente, associata una proporzionalità tra le determinazioni dell'indicatore e l'utilità prodotta, e non si riscontrano significative differenze dovute al contesto di provenienza degli *stakeholder*, a parte una maggiore "aspettativa" rispetto al contributo dell'indicatore *Quota donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei*.

Anche in questo caso la funzione di valore è sostanzialmente lineare, pur rilevandosi andamenti difformi delle preferenze a livello di singole Categorie di *stakeholder*.

Figura 3.55
Dimensione Innovazione
Funzione valore media per indicatore



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

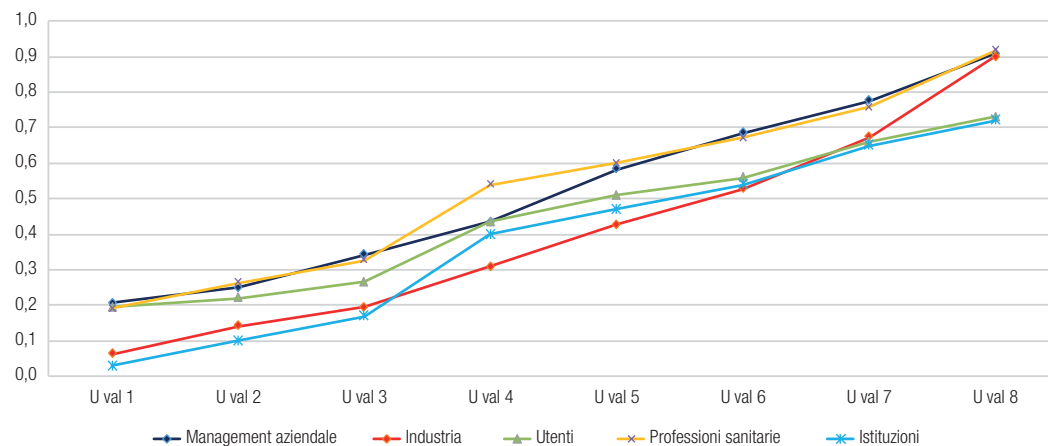
Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata (Dimensione Economico-Finanziaria)

Passando alla Dimensione Economico-Finanziaria, la funzione di valore relativa all'indicatore *Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata*, in analogia alla precedente edizione, presenta un andamento pressoché lineare, ovvero un atteggiamento "neutrale" (utilità proporzionale alle determinazioni numeriche).

Le Professioni sanitarie e gli Utenti ritengono meno che proporzionale il beneficio derivante da riduzioni di spesa per il primo terzo della distribuzione.

Il *Management* aziendale, le Professioni sanitarie e gli Utenti ritengono che anche livelli di spesa prossimi a quelli più alti rilevati a livello nazionale non pregiudichino il contributo alla *Performance*.

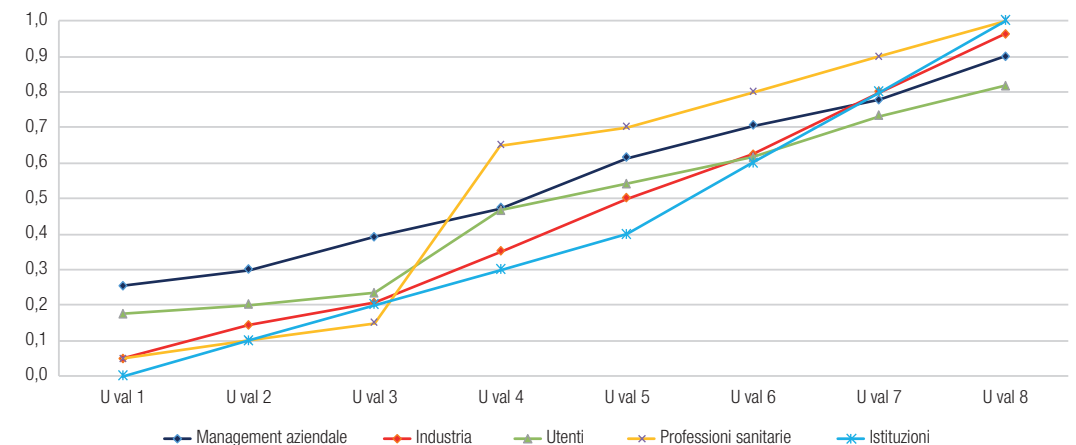
Figura 3.56
Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
Funzione valore per Categoria



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

Considerando gli *stakeholder* delle Regioni in sostanziale equilibrio, secondo le Professioni sanitarie si riscontra un beneficio nelle riduzioni di spesa, anche se scema (essendo meno che proporzionale) per valori della seconda metà della distribuzione: presumibilmente è ritenuto che bassi di livelli di spesa sanitaria non siano congrui con l'esigenza di garantire la Salute. Per tutte le altre Categorie si riscontra un atteggiamento di sostanziale neutralità. Anche in queste realtà si conferma una penalizzazione della *Performance* in presenza di elevati livelli di spesa totale, da parte dell'Industria, delle Istituzioni e delle Professioni sanitarie.

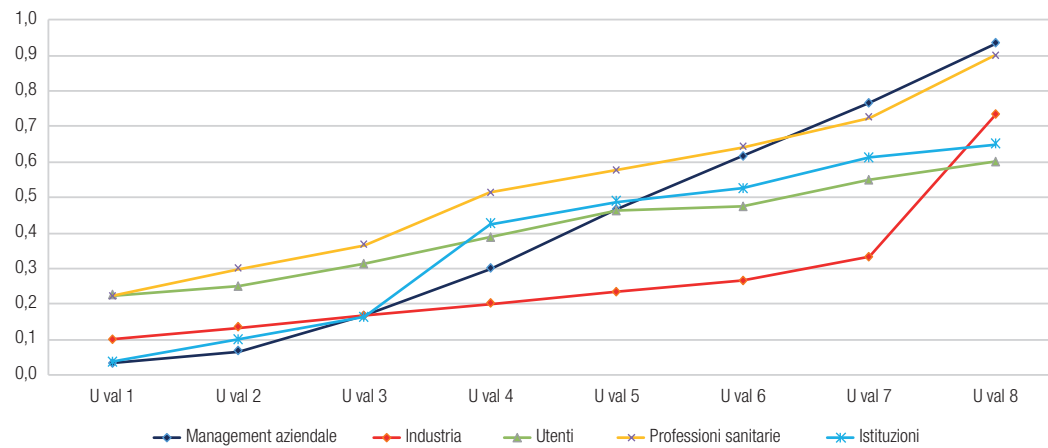
Figura 3.57
Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



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

Per i rappresentanti del *Management* aziendale, delle Professioni sanitarie e dell'Industria, che operano in Regioni in Piano di Rientro, si riscontra un atteggiamento sostanzialmente "neutrale" (utilità proporzionale alle determinazioni numeriche); per le Istituzioni e gli Utenti la funzione di valore assume invece un andamento sigmoidale.

Figura 3.58
Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

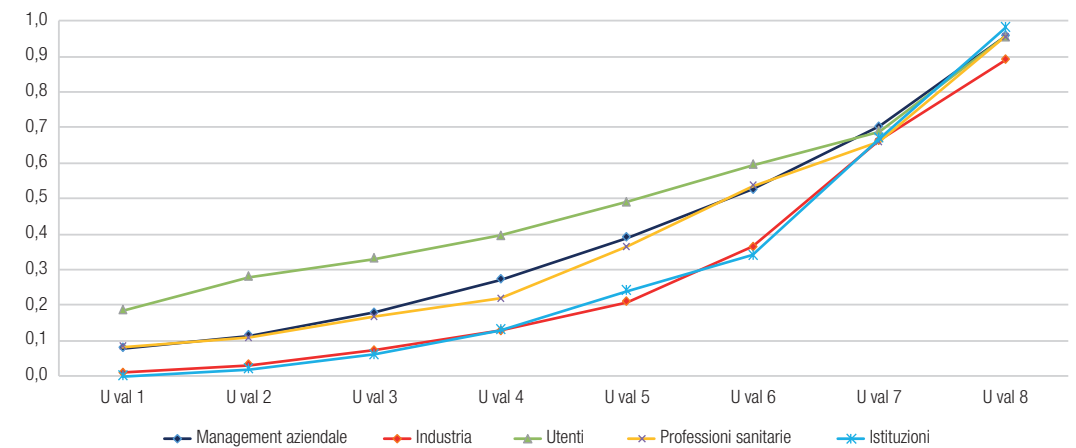


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Disavanzo pro-capite (Dimensione Economico-Finanziaria)

Per l'indicatore *Disavanzo* pro-capite, la funzione di valore presenta per quasi tutte le Categorie un andamento corrispondente ad una utilità marginale decrescente per valori dell'indicatore nella prima metà della distribuzione, crescente invece nella seconda; solo per la Categoria degli Utenti questa assume un andamento sostanzialmente lineare, affiancata da un atteggiamento di maggior tolleranza anche in presenza di livelli del disavanzo economico-finanziario prossimi a quello peggiore nazionale.

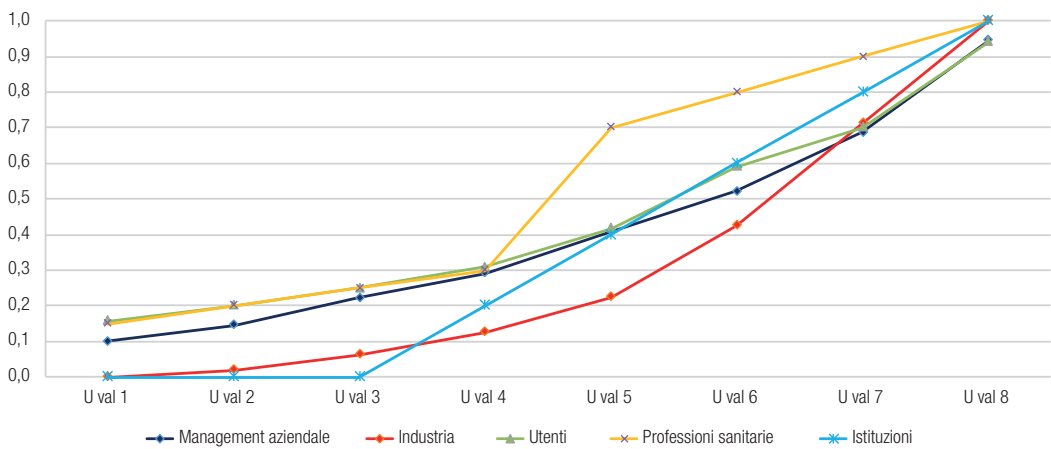
Figura 3.59
Disavanzo pro-capite
Funzione valore per Categoria



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

Considerando gli *stakeholder* delle Regioni in sostanziale equilibrio, per quasi tutte le Categorie si riscontra una utilità marginale decrescente nella prima metà della distribuzione e crescente nella seconda, che corrisponde ad un contributo alla *Performance* che migliora più che proporzionalmente con il ridursi del disavanzo, anche in caso di valori prossimi al pareggio. Solo per le Professioni sanitarie si riscontra un andamento sigmoidale della funzione di valore, a supporto della valutazione che ulteriori riduzioni del livello di disavanzo, vicine all'equilibrio, non implichi significativi miglioramenti in termini di *Performance*.

Figura 3.60
Disavanzo pro-capite
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio

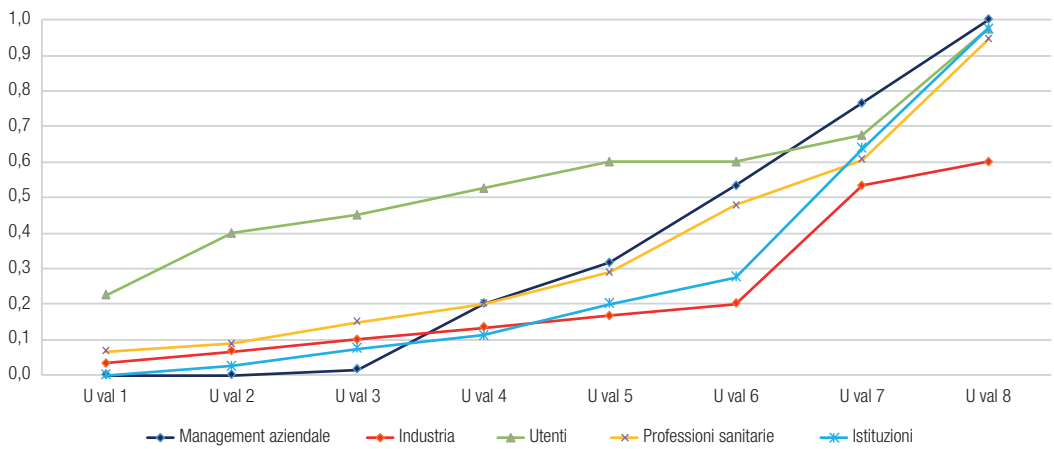


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Per gli *stakeholder* delle Regioni in Piano di Rientro invece, com'era lecito aspettarsi, e peraltro in continuità con le precedenti edizioni del Progetto, il disavanzo è assolutamente inaccettabile, essendo evidentemente il rientro una loro priorità.

Anche in queste realtà i rappresentanti degli Utenti risultano essere più "tolleranti", ritenendo che comunque il contributo alla *Performance* sia proporzionale alla riduzione del disavanzo.

Figura 3.61
Disavanzo pro-capite
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro



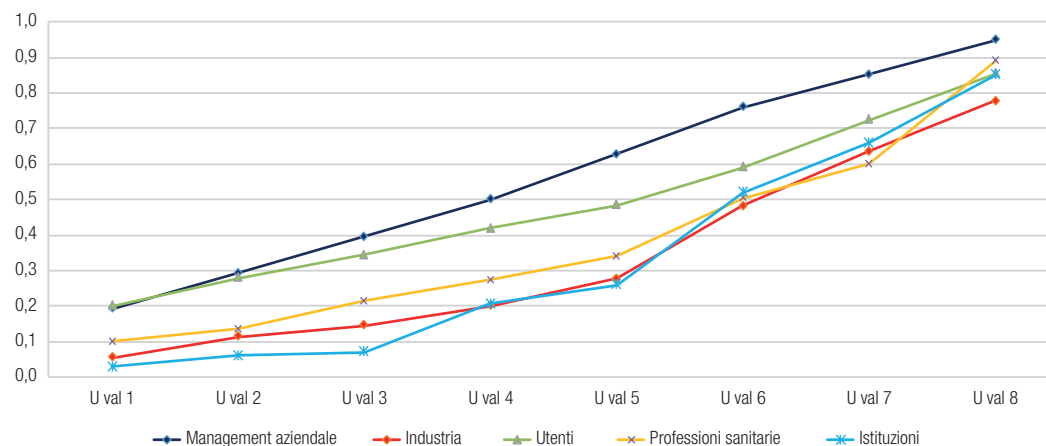
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

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

Al terzo indicatore della Dimensione Economico-Finanziaria, *Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile*, è stato associato un andamento pressoché lineare da quasi tutte le Categorie; fanno eccezione l'Industria e le Istituzioni, che hanno associato all'indicatore delle funzioni valore con una concavità verso l'alto, ovvero attribuendo una utilità marginale crescente al ridursi dell'incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile.

Il *Management* e gli Utenti hanno un atteggiamento di minor penalizzazione nei confronti di un'alta incidenza dei consumi sanitari delle famiglie sul reddito disponibile.

Figura 3.62
Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile
Funzione valore per Categoria

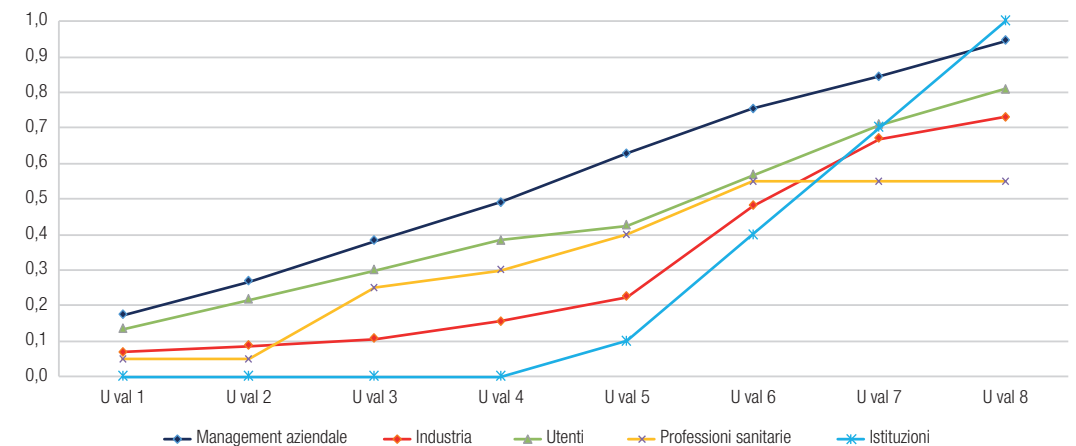


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Limitatamente alle Regioni in sostanziale equilibrio, le Professioni sanitarie che operano in queste Regioni ritengono che una ulteriore riduzione della quota della spesa sotto i valori presenti nell'ultimo terzo della distribuzione, non comporti ulteriori miglioramenti in termini di *Performance*.

Per il *Management* aziendale e gli Utenti la funzione di valore assume un andamento di sostanziale linearità; molto più "rigida" è invece la posizione dell'Industria e delle Istituzioni, che associano benefici quasi nulli in termini di *Performance* in relazione a miglioramenti dell'indicatore nella prima metà della distribuzione, più che proporzionali, invece, per la seconda metà.

Figura 3.63
Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio

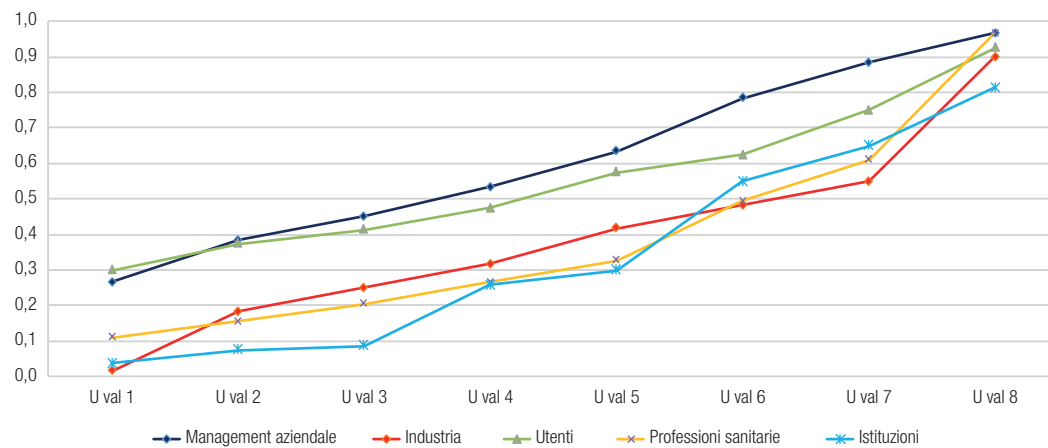


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Per gli *stakeholder* delle Regioni in Piano di Rientro di tutte le Categorie, ad eccezione del *Management* aziendale e degli Utenti che risultano più tolleranti, valori elevati dell'incidenza dei consumi sul reddito disponibile sono poco "accettabili".

Per tutte le Categorie la funzione di valore assume un andamento sostanzialmente lineare.

Figura 3.64
Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro



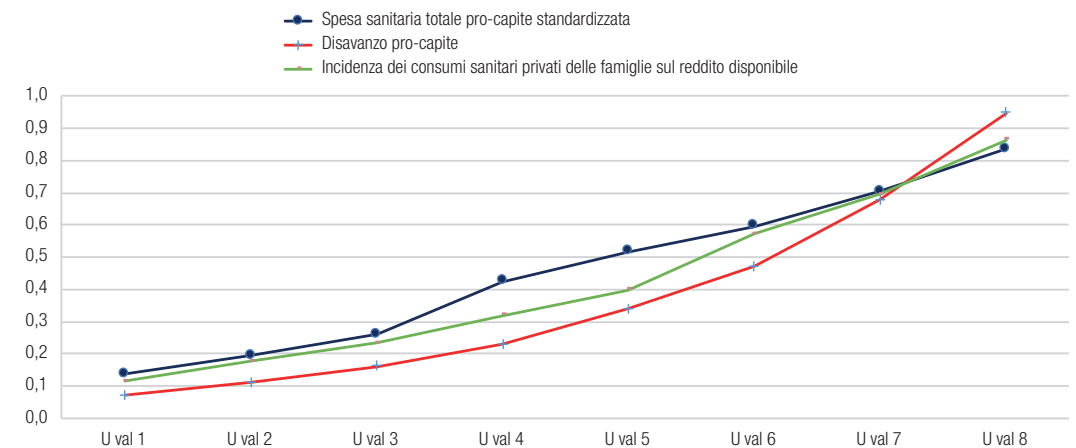
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Sintesi funzioni di valore degli indicatori della Dimensione Economico-Finanziaria

Per gli indicatori della Dimensione Economico-Finanziaria prevale in generale un atteggiamento di neutralità: ad eccezione dell'indicatore relativo alla spesa sanitaria totale, agli indicatori economici viene associata una utilità fortemente crescente per valori prossimi a quelli migliori nazionali. In particolare, per gli afferenti alle Regioni in sostanziale equilibrio, i rappresentanti del *Management* aziendale risultano essere più tolleranti, ritenendo implicitamente accettabili anche valori elevati di spesa sanitaria totale (pubblica e privata) e di disavanzo. Di contro, nelle Regioni in Piano di Rientro, gli Utenti sono l'unica Categoria che ritiene accettabili disavanzi elevati, mentre tutte le altre li associano a penalizzazioni significative della *Performance*, così come i valori elevati di spesa sanitaria.

In ogni caso, l'approssimativa linearità delle funzioni valore aggregate è, in realtà, la composizione di andamenti difforni delle preferenze a livello di singole categorie di *stakeholder*.

Figura 3.65
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 le evidenze già emerse nelle precedenti edizioni, le funzioni valore, frutto dell'elicitazione delle preferenze dei membri del *Panel* in termini di utilità associata ai singoli indicatori, assumono andamenti diversi a seconda delle Dimensioni e anche degli stessi indicatori, nonché delle caratteristiche dei partecipanti, quali la Regione di appartenenza.

Ovviamente, questo implica un contributo alla *Performance* diversificato, funzione delle determinazioni degli stessi.

In generale, i membri del *Panel* esprimono un atteggiamento che penalizza radicalmente i risultati peggiori, associando ad essi contributi alla *Performance* nulli o davvero minimi; ovviamente il contributo alla *Performance* cresce, a volte più che proporzionalmente, al migliorare dell'indicatore, ovvero allo spostarsi verso valori numerici degli indicatori prossimi ai risultati migliori.

Questo "approccio" 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. Degno di nota è che, rispetto alle edizioni precedenti, su questo punto si è registrato un ulteriore "irrigidimento" nelle valutazioni degli *stakeholder* che operano in realtà non in Piano di Rientro, al quale si contrappone un atteggiamento di apparente rassegnazione da parte di chi opera nelle realtà in Piano di Rientro (praticamente nel Sud).

Il fenomeno della mobilità passiva è ritenuto invece inaccettabile da tutte le Categorie di *stakeholder*, indipendentemente dal contesto in cui gli stessi operano.

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, soprattutto per chi opera in realtà regionali in Piano di Rientro.

Sempre per la Dimensione Appropriata, per tutti e tre gli indicatori, ovvero *Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero*, *Tasso di ospedalizzazione per le patologie croniche* e *Quota di ricoveri con DRG inappropriate*, osserviamo che si riscontra un atteggiamento di grande "aspettativa" da parte di chi opera in realtà non in Piano di Rientro, soprattutto nelle Categorie Industria ed Utenti per il primo indicatore, Istituzioni e Professioni sanitarie per il secondo, e Professioni sanitarie ed Utenti per il terzo.

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; questo "atteggiamento" si riscontra, acuito, negli *stakeholder* che operano in realtà in sostanziale equilibrio.

Per quanto concerne la Dimensione Innovazione, le funzioni di valore appaiono tendenzialmente lineari ("neutrali"), e non si riscontrano significative differenze dovute al contesto di provenienza degli *stakeholder*, tranne che per l'indicatore *Quota donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei*, ritenuto fondamentale soprattutto da parte di chi opera in realtà in sostanziale equilibrio economico.

La Dimensione Economico-Finanziaria è quella dove si registrano le principali differenze di preferenze fra gli *stakeholder*, in particolare a seconda che operino in Regioni in

Piano di Rientro o meno.

Risulta condiviso che il ridursi dell'onere, ovvero della spesa sanitaria totale pro-capite, comporti un contributo positivo in termini di *Performance*: va, però, anche sottolineato che, soprattutto chi opera in realtà in disavanzo, non ritiene opportuno che la spesa possa scendere al di sotto di un determinato livello.

Il merito alla compartecipazione del privato alla spesa sanitaria, espressa in rapporto al reddito disponibile, si conferma una ampia condivisione sul fatto che, al ridursi dell'incidenza, migliorino le *Performance*; in particolare, le Istituzioni delle Regioni in equilibrio finanziario, stigmatizzano un'elevata incidenza delle compartecipazioni.

Per alcuni indicatori, si può analizzare la stabilità nel tempo delle funzioni di valore: ad esempio, per l'indicatore del Sociale, *Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici*, si può apprezzare come "qualitativamente" la funzione è rimasta sostanzialmente stabile nelle varie annualità del progetto.

Anche per l'indicatore *Spesa sanitaria totale standardizzata* pro-capite la funzione si è mantenuta lineare per tutte le Categorie del *Panel*, ad eccezione dei rappresentanti delle Istituzioni e del *Management* aziendale, che in questa ultima annualità hanno adottato una funzione di valore sigmoidale.

3.3 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 sulle 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 a coppie fra gli indicatori stessi, chiedendo di individuare *mix* diversi in condizioni di "equi-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 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 donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei*
- *Quota donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei vs Disavanzo pro-capite*
- *Disavanzo pro-capite vs Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza*
- *Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza vs Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero*
- *Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero vs Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati*
- *Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati vs Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico*
- *Quota 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, complessivamente, conferma come l'importanza relativa attribuita ai singoli indicatori differisca a seconda delle diverse Categorie di *stakeholder* ed anche in base allo "stato" del contesto in cui operano.

Di seguito si riassumono i "pesi" che sono stati elicitati per gli indicatori, distintamente per Categoria e "tipologia" di Regioni di appartenenza (in Piano di Rientro o meno).

Per i rappresentanti della Categoria Utenti, tre indicatori afferenti rispettivamente alla Dimensione Economico-finanziaria, Appropriately ed Esiti, contribuiscono per oltre il 70% alla misura della *Performance*: in particolare l'indicatore *Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile* apporta un contributo del 15,7%, seguito da quello *Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati* (15,6%), *Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici* (8,9%), *Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero* (8,7%), *Quota di assistiti che hanno attivato il FSE* (8,6%), *Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza* (7,4%) e *Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati* (6,2%).

Considerando i soli afferenti alle Regioni in Piano di Rientro l'indicatore della Dimensione Economico-finanziaria lascia il posto nel *ranking* a quelli della Dimensione Sociale, in particolare alla *Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici* (22,4%) e alla *Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza* (12,8%). Per quelli operanti in realtà in sostanziale equilibrio pesano maggiormente il livello di attivazione del FSE (27,6%) e l'incidenza dei consumi sanitari sul reddito disponibile (22,5%).

Per le Istituzioni oltre il 70% della *Performance* è attribuibile agli indicatori: *Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati* (32,0%), *Aspettativa di vita in buona salute* (25,1%) e *Quota di interventi effettuati in centri rispondenti ai requisiti previsti dal D.M. n.70/2015* (17,8%).

Per i rappresentanti afferenti alle Regioni in Piano di rientro il *ranking* non cambia, con oltre l'80% della *Performance* rappresentato dagli indicatori sopra elencati. Per gli afferenti alle Regioni in sostanziale equilibrio il Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto (22,5%) prende il posto della Quota famiglie impoverite per consumi sanitari privati.

Per le Professioni sanitarie 7 indicatori rappresentano oltre il 70% della *Performance*: *Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero* (16,7%), *Quota donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei* (15,0%), *Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati* (11,1%), *Quote di assistiti che hanno attivato il FSE* (9,3%), *Aspettativa di vita in buona salute* (8,8%), *Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza* (6,7%) e *Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche* (5,6%).

Per il *Management* aziendale i due terzi del contributo alla *Performance* è apportato dagli indicatori *Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero* (12,6%), *Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite* (11,1%), *Disavanzo pro-capite* (8,6%), *Quota donne con carcinoma mammario* (8,6%), *Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza* (8,4%), *Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici* (7,7%), *Aspettativa di vita in buona salute* (7,2%), *Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche* (6,9%). Restrungendo l'analisi ai soli rappresentanti delle Regioni in Piano di rientro, si confermano gli indicatori, anche se il peso complessivo dei due di Esito diminuisce, passando dal 23,7% al 13,8%. Il *Disavanzo pro-capite* quasi raddoppia il suo contributo, raggiungendo il 15,8% ed entra in gioco la *Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata*; per i rappresentanti delle realtà in sostanziale equilibrio si conferma il *ranking* per i primi 3 indicatori delle Dimensioni Esiti di Salute e Sociale.

Infine, per l'Industria medica, oltre il 70% del contributo alla *Performance* è attribuibile ai 7 indicatori: *Aspettativa di vita in buona salute* (18,6%), *Quota donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei* (15,6%), *Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati* (14,7%), *Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati* (7,3%), *Disavanzo pro-capite* (6,3%), *Quota di interventi effettuati in centri rispondenti ai requisiti previsti dal D.M. n.70/2015* (5,3%) e *Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile* (4,9%).

Considerando i soli rappresentanti delle Categorie operanti in Regioni in Piano di rientro si riscontra che l'*Aspettativa di vita in buona salute* lascia il posto al *Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche* (20,2%) e la *Quota di donne con carcinoma mammario* alla *Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza* (13,9%). Gli *stakeholder* dell'Industria operanti in Regioni in sostanziale equilibrio attribuiscono il 70% della *Performance* a tre soli indicatori: *Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati* (38,1%), *Aspettativa di vita in buona salute* (23,6%) e *Quota donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei* (9,8%).

3.4 Riflessioni sul contributo delle Dimensioni alla *Performance*

Aggregando i risultati per Dimensione, si osserva come le Dimensioni Esiti e Sociale contribuiscono maggiormente alla *Performance* (31,2% e 21,5% rispettivamente), seguite dall'Appropriatezza (20,2%); le Dimensioni Innovazione ed Economico-Finanziaria, contribuiscono rispettivamente per il 14,6% e 12,4%.

Rispetto alla precedente edizione si registra un aumento del peso della Dimensione Esiti (8,1 punti percentuali) e dell'Innovazione (0,9 punti percentuali); si è invece ridotto quello delle Dimensioni Sociale, Appropriatezza ed Economico-Finanziaria (-4,6, -2,5 e -1,9 punti percentuali rispettivamente).

Analizzando i risultati per Categoria, nel caso degli Utenti le Dimensioni Appropriatezza ed Innovazione contribuiscono per quasi il 50% alla misura della *Performance* del sistema sanitario (22,7% e 22,4% rispettivamente); seguono le Dimensioni Sociale, Esiti ed Economico-Finanziaria, con il 21,2%, il 20,9% ed il 12,7% rispettivamente.

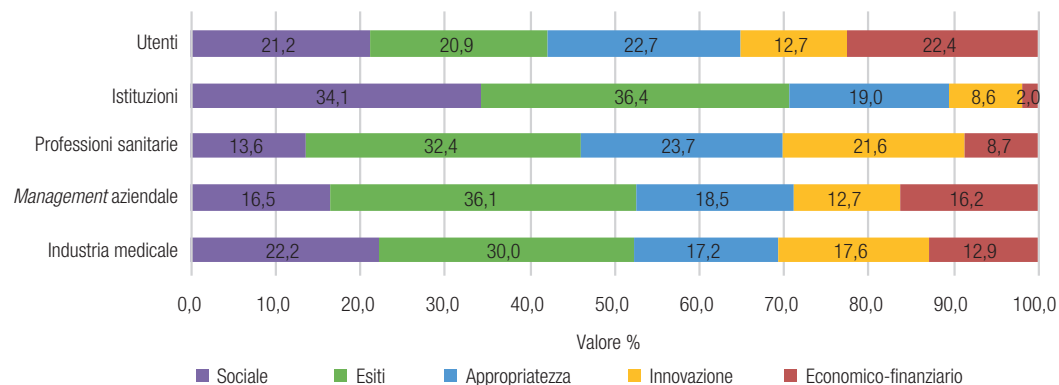
Per i rappresentanti delle Istituzioni, Sociale ed Esiti contribuiscono per oltre il 70% alla *Performance* (34,1% e 36,4% rispettivamente), segue l'Appropriatezza con il 19,0% e l'Innovazione con l'8,6%; l'Economico-Finanziaria contribuisce solo per il 2,0%.

Per le Professioni sanitarie sono Esiti ed Appropriatezza le due Dimensioni che contribuiscono maggiormente, 32,4% e 23,7% rispettivamente, seguite dall'Economico-Finanziaria (21,6%), dal Sociale (13,6%) e dall'Innovazione (8,7%).

Per il *Management* aziendale, come per le Professioni sanitarie, sono Esiti ed Appropriatezza le due Dimensioni che contribuiscono maggiormente: 36,1% e 18,5% rispettivamente; seguite dal Sociale con il 16,5%, dall'Economico-Finanziaria (16,2%) e dall'Innovazione con il 12,7%.

Infine, per l'Industria, sono gli Esiti ed il Sociale le Dimensioni che contribuiscono maggiormente alla *Performance* (30,0% e 22,2% rispettivamente), seguite dall'Innovazione (17,6%), dall'Appropriatezza (17,2%) e dall'Economico-Finanziaria (12,9%).

Figura 3.66
Contributo delle Dimensioni alla *Performance*
Per categoria



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

Analizzando i pesi separatamente per gli *stakeholder* afferenti o meno alle Regioni in Piano di Rientro, possiamo evincere come per gli Utenti e le Istituzioni delle Regioni in Piano di Rientro sia maggiormente importante il contributo del Sociale (44,9% e 35,7% rispettivamente), seguito dagli Esiti (24,9% e 34,6% rispettivamente); per i rappresentanti delle Professioni sanitarie, sempre afferenti a Regioni in Piano di Rientro, prevalgono i contributi di Innovazione ed Esiti: 25,8% e 25,6% rispettivamente.

Per il *Management* aziendale è maggiormente importante il contributo degli Esiti (25,6%), seguito dal Sociale e dall'Economico-Finanziario (24,4% per entrambe).

Per l'Industria che opera in tali realtà contribuisce in maggior misura l'Appropriatezza (35,5%).

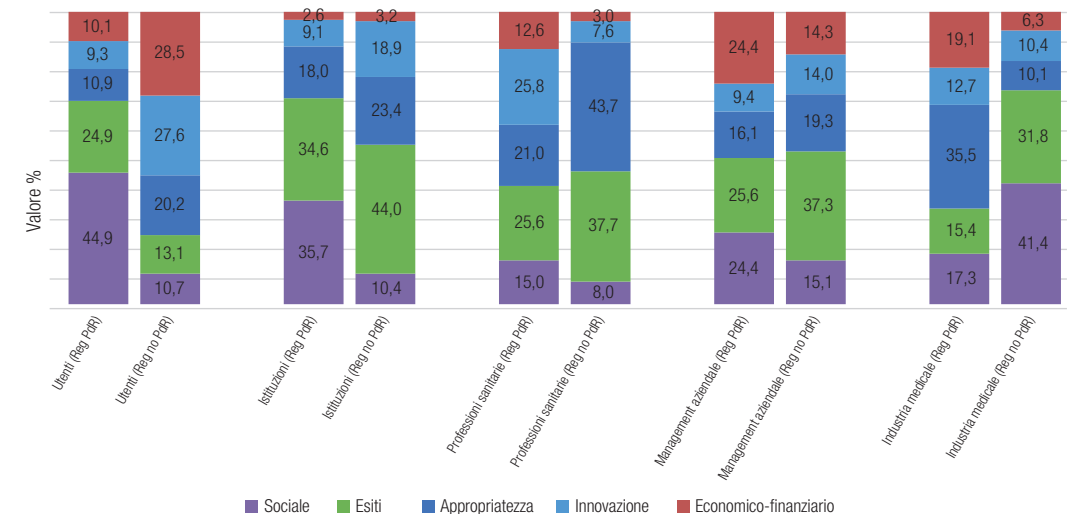
Per gli Utenti che operano in realtà non in disavanzo sono le Dimensioni Economico-Finanziaria ed Innovazione che contribuiscono in maggior misura: 28,5% e 27,6% rispettivamente.

Per le Istituzioni invece Esiti (44,0%) ed Appropriatezza (23,4%).

Per le Professioni sanitarie ed il *Management* operanti nelle Regioni in equilibrio sono Appropriatezza ed Esiti le Dimensioni che contribuiscono maggiormente (43,7% e 19,3% rispettivamente per la prima Dimensione, 37,7% e 37,3% rispettivamente per la seconda).

Per i rappresentanti dell'Industria che operano nelle realtà in sostanziale equilibrio, le Dimensioni Esiti ed Appropriatezza sembrano invece contribuire per oltre il 70% alla *Performance*.

Figura 3.67
Contributo delle Dimensioni alla *Performance*
Per contesto di provenienza

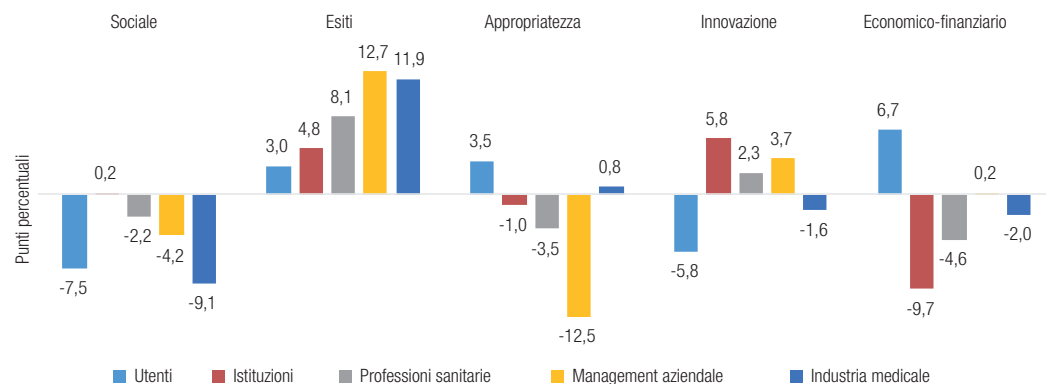


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Analizzando la dinamica dei “pesi” per categoria, è possibile osservare come, in questo ultimo anno, per gli Utenti sia aumentato il contributo dell'Economico-Finanziaria (6,7 punti percentuali), di Appropriatelyzza (3,5 punti percentuali) ed Esiti (3,0 punti percentuali), e si è invece ridotto quello della Dimensione Sociale ed Innovazione (-7,5 e -5,8 punti percentuali rispettivamente).

Per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente aumentato il peso dell'Innovazione (5,8 punti percentuali) e degli Esiti (4,8 punti percentuali) e si è invece ridotto fortemente quello dell'Economico-Finanziaria (-9,7 punti percentuali); per le Professioni sanitarie è aumentato quello degli Esiti (8,1 punti percentuali) e dell'Innovazione (2,3 punti percentuali) e si è invece ridotto di 4,6 punti percentuali quello dell'Economico-Finanziaria e di 2,2 quello della Dimensione Sociale. Per il *Management* aziendale è continuato ad aumentare il peso degli Esiti (12,7 punti percentuali) e dell'Innovazione (3,7 punti percentuali), e si è ridotto quello dell'Appropriatelyzza (-12,5) e del Sociale (-4,2). Infine, per l'Industria è aumentato il peso degli Esiti (11,9 punti percentuali) e si è ridotto quello del Sociale (-9,1 punti percentuali).

Figura 3.68
Variazioni del contributo delle Dimensioni alla *Performance*
VII vs VI edizione



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

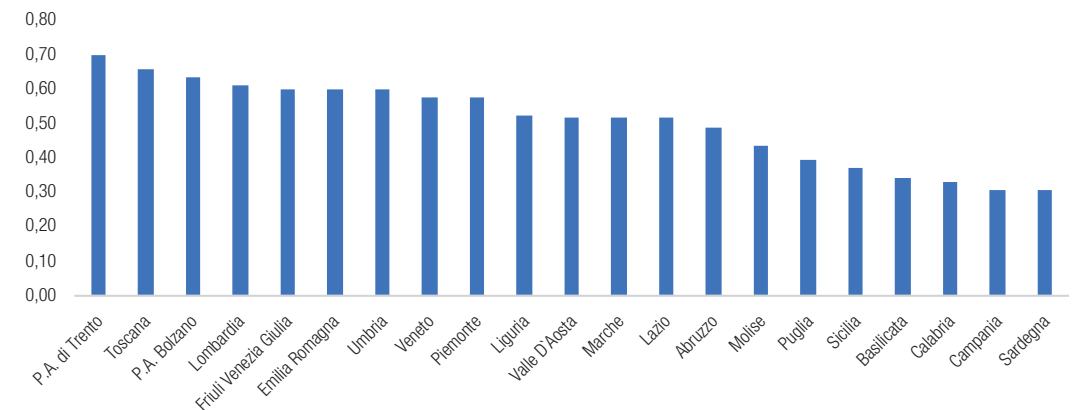
Complessivamente si rileva come in questa annualità sia aumentato soprattutto il peso degli Esiti e dell'Innovazione, soprattutto per gli *stakeholder* delle Regioni in sostanziale equilibrio. Si è invece ridotto il peso dell'Appropriatelyzza e del Sociale, il primo soprattutto per chi opera nelle Regioni in Piano di Rientro, ed il secondo per chi opera in realtà in equilibrio finanziario.

La Dimensione Innovazione sembra che in questa annualità abbia riscosso una maggiore attenzione, nonostante tutti i componenti del *Panel*, da quanto emerso dai lavori di gruppo tenutisi durante il *Panel meeting*, considerino gli indicatori selezionati ancora non pienamente rappresentativi della Dimensione.

4. La *Performance* regionale

L'indice complessivo di *Performance* che si determina in questa VII edizione della progettualità oscilla da un massimo del 70% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 31%: il risultato migliore è ottenuto dalla P.A. di Trento ed il peggiore dalla Regione Sardegna.

Figura 4.1
Indicatore di *Performance*



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

Di conseguenza, il *Panel* esprime la convinzione che anche le migliori *Performance* attuali siano ancora significativamente distanti da una situazione ottimale in termini di complessive opportunità di tutela della Salute.

All'interno delle *Performance* realizzate, il divario fra la prima e l'ultima è rilevante e oltre un terzo delle Regioni non arrivano ad una *Performance* 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 sembrano avere “una marcia in più”: P.A. di Trento, Toscana, P.A. di Bolzano, con *Performance* comprese fra il 63% ed il 70%.

Altre 6 Regioni hanno risultati eccellenti, con una *Performance* compresa fra il 57% e il 61%, del livello ottimali: all'interno del gruppo troviamo Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Umbria, Veneto e Piemonte, con modeste variazioni fra loro.

In posizione intermedia troviamo 6 Regioni, Liguria, Valle d'Aosta, Marche, Lazio, Abruzzo e Molise, con livelli di *Performance* abbastanza omogenei, compresi nel range 44-52%.

Le ultime 6 Regioni, Puglia, Sicilia, Basilicata, Calabria, Campania, Sardegna, registrano valori che scendono progressivamente fino ad arrivare al 31% rimanendo in una area che abbiamo definito “critica”.

Le valutazioni delle *Performance* si modificano a seconda della prospettiva di cui sono portatori i differenti *stakeholder*, come peraltro postulato nella metodologia proposta; analogamente il *ranking* si modifica in correlazione allo “stato” della Regione in cui gli *stakeholder* operano (Piano di Rientro o in sostanziale equilibrio).

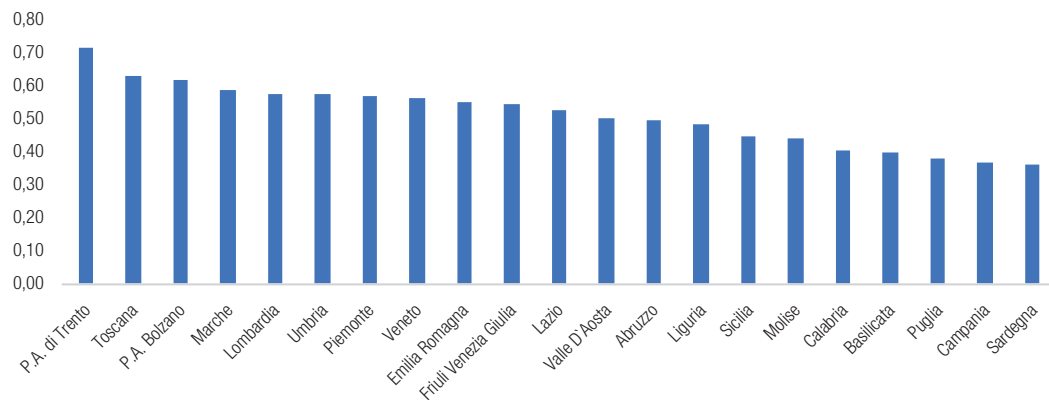
Di seguito si riportano i risultati per Categoria di *stakeholder* e, a seguire per “afferenza” regionale.

Categoria Utenti

Per la Categoria Utenti, la P.A. di Trento, con il 72%, continua a mantenere la prima posizione, registrando un livello di *Performance* ancora superiore a quello registrato nella “classifica generale”.

Seguono Toscana e P.A. di Bolzano con una *Performance* rispettivamente pari al 63% e 62%; Puglia, Campania e Sardegna occupano le ultime tre posizioni con un indice di *Performance* inferiore al 40%.

Figura 4.2
Indice di *Performance*
Categoria Utenti



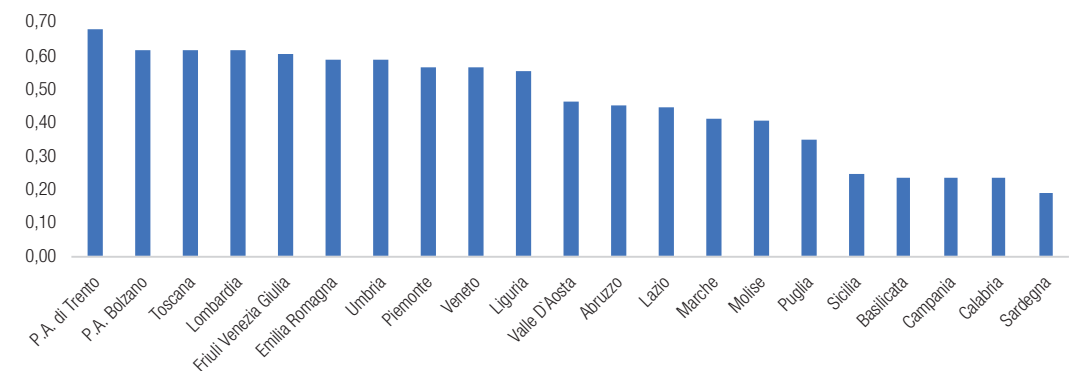
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto al *ranking* generale, per gli Utenti le prime tre posizioni restano invariate, la Lombardia perde una posizione diventando quinta, a scapito delle Marche; quest'ultima migliora di ben 8 posizioni, passando dal 12° posto al quarto; all'estremo opposto abbiamo la Puglia che perde tre posizioni occupando il terz'ultimo posto e la Sicilia che ne recupera due, abbandonando l'area “critica”.

Categoria Istituzioni

Per i rappresentanti delle Istituzioni, la misura di *Performance* varia dal 68% della P.A. di Trento al 19% del SSR sardo: si allarga quindi la forbice fra gli estremi; P.A. di Bolzano, Toscana e Lombardia seguono la P.A. di Trento con un livello di *Performance* pressoché simile (62% tutte e tre). Nelle ultime posizioni troviamo Sicilia, Basilicata, Campania, Calabria e Sardegna che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 25% e il 19%.

Figura 4.3
Indice di *Performance*
Categoria Istituzioni



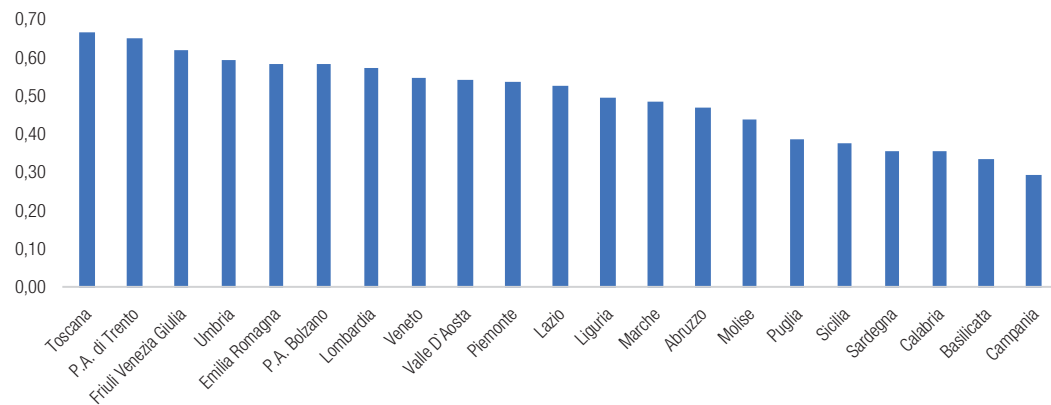
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla classifica generale, Bolzano scambia la sua posizione con la Toscana. Nella parte bassa del *ranking* la Sardegna si conferma in ultima posizione, con un livello di *Performance* molto basso e che si discosta di 12 punti percentuali dalla media espressa dagli *stakeholder*, la Campania recupera invece una posizione diventando terz'ultima.

Categoria Professioni sanitarie

Per le Professioni sanitarie si riducono le “distanze”: la *Performance* complessiva varia fra il 67% della Toscana ed il 29% della Campania; Toscana, P.A. di Trento, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Emilia Romagna, P.A. di Bolzano e Lombardia, con un livello di *Performance* compreso tra 0,67 e 0,58 occupano le prime sei posizioni; Sardegna, Calabria, Basilicata e Campania occupano, invece, le ultime quattro con un indice di *Performance* compreso tra il 36% e il 29%.

Figura 4.4
Indice di *Performance*
Categoria Professioni Sanitarie



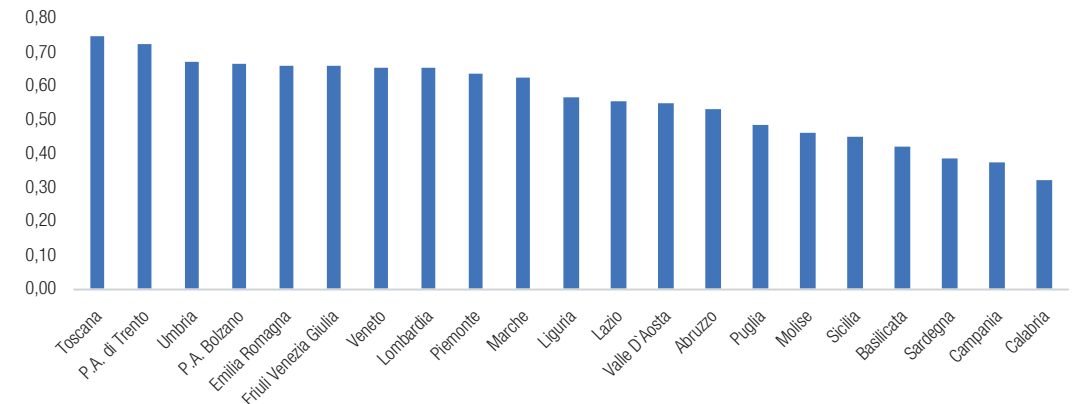
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla classifica generale, la Toscana raggiunge il primo posto, a scapito della P.A. di Trento; P.A. di Bolzano e Lombardia perdono tre posizioni, il Friuli Venezia Giulia e l'Umbria ne guadagnano rispettivamente due e tre, diventando terza e quarta; la Campania scivola all'ultimo posto e la Basilicata perde due posizioni diventando penultima.

Categoria *Management* aziendale

Per la Categoria *Management* aziendale il *gap* tra il SSR più performante e quello meno performante è maggiore rispetto a quello complessivo: si passa da un valore massimo del 75% della Toscana ad uno minimo del 33% della Calabria. Toscana, P.A. di Trento, Umbria, P.A. di Bolzano, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Piemonte e Marche occupano le prime dieci posizioni con una *Performance* superiore al 60% (tra il 75% e il 62%); all'estremo opposto troviamo Sardegna, Campania e Calabria che occupano le ultime tre posizioni con un valore di *Performance* inferiore al 40% (tra il 39% e il 33%).

Figura 4.5
Indice di *Performance*
Categoria *Management* aziendale



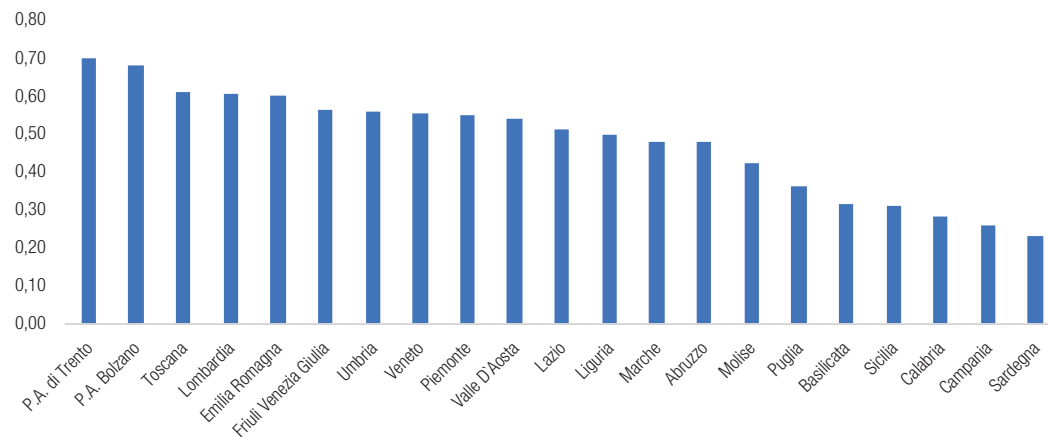
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

In questo *ranking* l'Umbria recupera quattro posizioni rispetto a quello “generale”, diventando terza; la Lombardia ne perde cinque, diventando ottava; all'estremo opposto abbiamo la Calabria che perde due posizioni diventando ultima e la Puglia che ne recupera una abbandonando l'area “critica”.

Categoria Industria medicale

Per i rappresentanti dell'Industria medicale la misura di *Performance* varia dal 70% della P.A. di Trento al 23% della Sardegna. La P.A. di Bolzano segue quella di Trento con un livello di *Performance* pressoché simile (68%). Nelle ultime posizioni troviamo Calabria, Campania e Sardegna che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 28% e il 23%.

Figura 4.6
Indice di *Performance*
Categoria Industria medicale



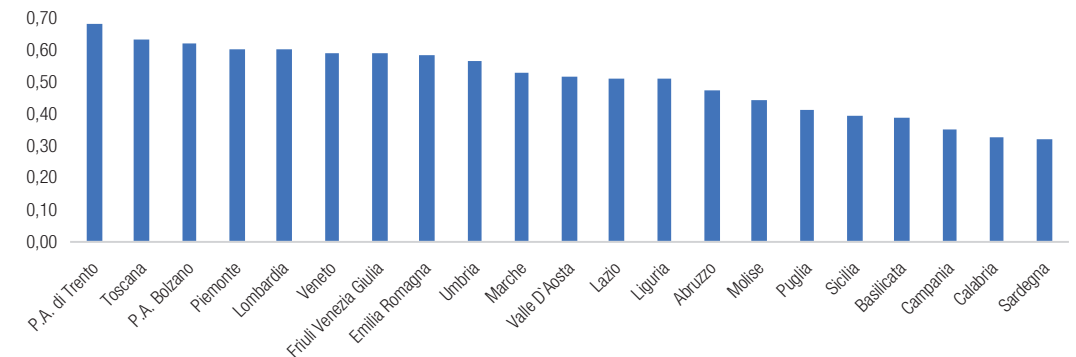
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla classifica generale, la P.A. di Bolzano recupera una posizione, a scapito della Toscana, *idem* per il Friuli Venezia Giulia, che diventa quinto a scapito dell'Emilia Romagna. Nella parte bassa del *ranking* si trovano Calabria, Campania e Sardegna, con un livello di *Performance* molto basso; la Basilicata recupera invece una posizione diventando quint'ultima.

Membri del *Panel* appartenenti alle Regioni in Piano di Rientro

Come evidenziato nelle sezioni precedenti del *report*, si riscontra una differenza di preferenze non solo per tipologia di *stakeholder* ma anche per il contesto in cui questi operano, ovvero se in Regioni in Piano di Rientro o in sostanziale equilibrio finanziario.

Figura 4.7
Indice di *Performance*
***stakeholder* delle Regioni in Piano di Rientro**



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

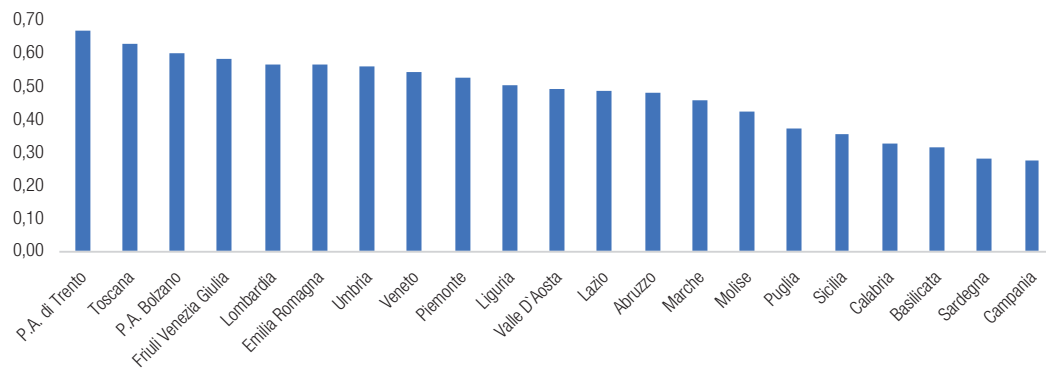
Secondo i membri del *Panel* appartenenti alle Regioni in Piano di Rientro, a nove Regioni, P.A. di Trento, Toscana, P.A. di Bolzano, Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna è associata una *Performance* superiore al 59%; a due, Calabria e Sardegna, è invece associata la *Performance* peggiore, che risulta inferiore al 33%.

La Regione più performante è la P.A. di Trento, con un livello di *Performance* pari al 69%; seguono la Toscana (63%) e P.A. di Bolzano (62%); all'estremo opposto troviamo la Sardegna (32%) che registra la *Performance* più bassa.

Membri del *Panel* delle Regioni in sostanziale equilibrio

Secondo i membri del *Panel* appartenenti alle Regioni in sostanziale equilibrio, la P.A. di Trento continua ad essere l'area più performante, con un livello pari al 67%; seguono Toscana, P.A. di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Emilia Romagna, Umbria, Veneto e Piemonte ai quali è associata una *Performance* compresa tra il 63% e il 53%; Sardegna e Campania presentano una *Performance* pari al 28%.

Figura 4.8
Indice di *Performance*
***stakeholder* delle Regioni in sostanziale equilibrio**



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

5. Riflessioni finali e contributi alla politica sanitaria

Il progetto “La misura della *Performance* dei SSR” è nato nel 2013 con l'ambizione di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie 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 pratiche migliori.

Pratiche che non si limitano all'efficientamento, o più in generale, al miglioramento dei SSR regionali: questo perché la tutela della salute è responsabilità condivisa in tutte le politiche, da quelle ambientali a quelle economiche, tanto per citare casi evidenti; ed anche perché passa altresì per i comportamenti dei cittadini, come ad esempio nelle decisioni di spesa privata per la Sanità.

Il concetto di *Performance* adottato non può quindi che essere assolutamente olistico e multidimensionale.

Va aggiunto che, per quanto sopra argomentato, la nostra misura/valutazione di *Performance* si discosta volutamente da quelle, istituzionali e non, tese a giudicare l'efficienza della risposta pubblica o, più specificatamente, del suo *Management*.

Ricordiamo, quindi, che l'indice di *Performance* 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.

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 nostra visione di *Performance*, alla multi-dimensionalità e multi-prospettiva, si aggiunge una sua intrinseca natura dinamica ed evolutiva.

La replicazione, anno dopo anno, 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.

Esprimo le dovute premesse 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 - Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” (Consorzio 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 congiuntamente 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 oppor-

tunità 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 settima 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 nelle funzioni di valore/utilità degli indicatori elicitate a seconda delle categorie di *stakeholder* coinvolti; 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 diversi e legati alla prospettiva adottata; e quindi che i *ranking* regionali prodotti dai diversi gruppi di *stakeholder*, presentano significative differenze, pur in un quadro qualitativamente omogeneo.

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

Per gli Utenti sono le Dimensioni Appropriatezza ed Innovazione che contribuiscono in maggior misura; per i rappresentanti delle Istituzioni, Sociale ed Esiti; per le Professioni sanitarie, Esiti ed Appropriatezza; per il *Management* aziendale, come per le Professioni sanitarie, Esiti ed Appropriatezza; infine, per l'Industria, gli Esiti ed il Sociale.

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.

In altri termini, il progetto dimostra che è scorretto immaginare il concetto di *Performance* come statico: esso risulta intrinsecamente dinamico, e associato alle dinamiche evolutive degli scenari socioeconomici, culturali e politici.

A dimostrazione di ciò, osserviamo negli anni una progressiva riduzione di importanza della Dimensione Economico-Finanziaria: alla luce anche dei risultati delle precedenti edizioni del Progetto, riteniamo non sia casuale questa dinamica: infatti, essa si è innescata in corrispondenza del sostanziale risanamento finanziario dei SSR.

Corrispondentemente, stiamo osservando una progressiva crescita della importanza della Dimensione Esiti: questa associabile alla diffusione del Programma Nazionale Esiti (PNE) e alla crescita della cultura del monitoraggio statistico degli stessi.

La necessità di recuperare il significato profondo del termine efficienza, inteso come ottimizzazione del rapporto fra Esiti e risorse impegnate, non a caso, è oggi al centro delle politiche sanitarie, esprimendo un tentativo di superamento delle logiche di mero rispar-

mio di spesa: questo processo è, ad esempio, evidente nel passaggio dall'approccio usato per i Piani di Rientro Regionali a quello previsto per i Piani di Affiancamento delle Aziende sanitarie.

Non ci stupisce, quindi, che in questa edizione del progetto, accanto alla continua crescita del peso di Esiti ed Appropriatezza, vediamo associarsi anche un primo aumento del contributo dell'Innovazione (per quanto gli indicatori relativi rimangano insoddisfacenti, come argomentato oltre).

Complessivamente, riteniamo che il "combinato disposto" di queste dinamiche indichi chiaramente 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 aumenta anche l'importanza della Dimensione Sociale: crescita già osservata nella precedente edizione, e che noi interpretiamo come la dimostrazione di una diffusa consapevolezza del fatto che il principale fallimento del sistema di tutela sia quello dell'insuccesso nella riduzione delle disparità infra e intra regionali.

A riprova di quanto segnalato, la Dimensione Sociale appare particolarmente importante per chi opera nelle realtà in Piano di Rientro, a fronte di una ulteriore riduzione del peso della Dimensione Economico-Finanziaria ed Innovazione.

Guardando ai livelli di "soddisfazione" espressi dal *Panel*, osserviamo come fra la misura della *Performance* "migliore" e quella "peggiore", lo scarto rimane significativo: dal 70% al 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, Toscana e P.A. di Bolzano) sembrano offrire un livello di opportunità ai propri residenti significativamente migliore delle altre (*Performance* tra il 63% ed il 70%); altre 6 (Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Umbria, Veneto e Piemonte) sono sempre parte dell'area dell'"eccellenza": con una *Performance* compresa tra il 57% ed il 61%; 6 Regioni, Liguria, Valle d'Aosta, Marche, Lazio, Abruzzo e Molise, rimangono in una posizione "intermedia" con livelli di *Performance* abbastanza omogenei, compresi nel range 44-52%. In area "critica" si trovano 6 Regioni, Puglia, Sicilia, Basilicata, Calabria, Campania e Sardegna, con valori di *Performance* che scendono progressivamente fino ad arrivare al 31%.

A riprova del rischio di una dicotomizzazione del sistema di tutela, rimane costante la composizione del gruppo delle Regioni che anno dopo anno, si trovano nell'area dell'"eccellenza" (con i *caveat* appena espressi); ma purtroppo anche quella del gruppo, numericamente rilevante, delle Regioni (tutte meridionali) che rimangono nell'area critica.

L'analisi dei pesi elicitati, insieme ai risultati in termini di *Performance* regionali, ci offre uno spunto finale a supporto delle politiche sanitarie future: la crescita di importanza della Dimensione innovazione ci sembra, infatti, legata alla consapevolezza che essendo fallite le politiche sanitarie sin qui sviluppate, il riavvicinamento delle opportunità di tutela non potrà che passare per l'innovazione tecnologica e organizzativa, nella misura in cui sapranno generare nuove opportunità di sviluppo adattabili alle caratteristiche socio-economiche e culturali delle diverse aree del Paese.

Dimensione Innovazione - Fabbisogni informativi e sviluppo degli indicatori di *Performance*: il parere del *Panel*

Il progetto “La misura della *Performance* dei SSR”, giunto al suo settimo anno, ha visto i membri del *Panel* coinvolti nella selezione del *set* di indicatori, attraverso una *consensus* effettuata con il metodo *Delphi*.

Il *set* di indicatori proposti, in continuità con l'edizione precedente, afferisce a cinque Dimensioni: Sociale (equità), Esiti, Appropriatezza, Innovazione ed EconomicoFinanziaria.

Durante l'esercizio, di *consensus* per tutte le Dimensioni, ad eccezione dell'Innovazione, il *Panel* ha raggiunto un livello alto di convergenza sugli indicatori preferibili. Di contro, per quanto concerne l'Innovazione, non c'è stato un soddisfacente accordo tra i componenti e, dalle interlocuzioni con i membri del *Panel*, è emerso con chiarezza essere dovuto alla natura degli indicatori proposti; in altri termini, si è convenuto sul fatto che gli indicatori disponibili non rappresentano adeguatamente la natura dell'Innovazione.

In conseguenza di ciò, durante il *Panel meeting*, tenutosi il 21 Maggio, sono stati costituiti 8 gruppi di lavoro (GdL) *multistakeholder* (2 componenti del *Management* aziendale, 2 componenti delle Professioni sanitarie, 2 dell'Industria, 1 delle Istituzioni e 1 degli Utenti), che sono stati invitati a confrontarsi, con la moderazione di un *tutor*, al fine di approfondire il significato di Innovazione in Sanità, tentando anche di identificare nuovi indicatori, maggiormente rappresentativi della Dimensione in oggetto.

In effetti, la criticità riscontrata nei diversi GdL, era già emersa tra i ricercatori del C.R.E.A. Sanità, in particolare nella fase di pre-selezione degli indicatori, ovvero nella ricerca di indicatori significativi capaci di soddisfare tutte le caratteristiche necessarie, esplicitate nella sezione metodologica, per consentire un confronto tra i diversi SSR.

Data la natura *multistakeholder* dei GdL, e quindi la possibilità di analizzare il problema da prospettive differenti, è stato previsto di classificare le proposte emerse in base alla Categoria di appartenenza dei singoli componenti, mantenendo così anche la possibilità di ricostruire le preferenze per singola tipologia di *stakeholder*.

Al termine del confronto, un portavoce per ogni gruppo ha esposto quanto emerso, permettendo la condivisione dei risultati con il resto del *Panel*.

Ai GdL sono state propedeuticamente fornite le proposte di indicatori già emerse durante la fase di *consensus*, accorpate in tre macro-aree, con l'obiettivo di una loro più approfondita valutazione:

1. Innovazione tecnologica/ strumentale

- Quota di apparecchiature di imaging presenti (RNM - PET) di ultima generazione
- Valore a bilancio delle immobilizzazioni materiali con attrezzature sanitarie scientifiche sul totale dello stato patrimoniale delle aziende.
- Spesa per acquisto apparecchiature diagnostiche e grado di utilizzo
- Quota di spesa sostenuta per la manutenzione di apparecchiature ancora adeguate rispetto all'acquisizione di nuove tecnologie
- Numero di pazienti trattati con radioterapia sul totale dei pazienti per i quali esiste l'indicazione

- Quota di referti diagnostici (sia di diagnostica per immagini che di laboratorio) trasmessi e accessibili *on line*
- Utilizzo di apparati di telemedicina per il monitoraggio di patologie croniche.

2. Innovazione organizzativa

- Evidenza di sistemi inter operativi su piattaforma *web* tra Pazienti e Strutture sanitarie
- Nuove modalità organizzative dell'ospedale e dei “reparti”
- Quota dei posti letto per acuti adeguata alle reali esigenze epidemiologiche dei territori
- Accreditamento volontario (ad es. *Joint Commission International*) o professionale
- Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani oltre i 75 anni; percentuale di anziani trattati in ADI
- Presenza di *Breast Unit* di riferimento regionale
- Percorsi multidisciplinari integrati: presenza di strutture intermedie oltre a quello di regime ospedaliero, organizzazione di reparti per intensità di cura
- Numero di ospedali che garantiscono il raccordo ospedale territorio con servizi propri o attraverso convezioni
- Griglia AGENAS sul grado di umanizzazione delle strutture.

3. Innovazione clinica/procedurale

- PDTA/Protocolli
 - PDTA deliberati e PDTA implementati/monitorati
 - Numero di pazienti arruolati nei PDTA sul totale dei pazienti affetti dalla patologia
 - Adesione a protocolli di cura pubblicati a livello italiano/internazionale nella chirurgia oncologica (es. protocollo *Enhanced Recovery After Surgery* per la chirurgia colon-rettile)
 - Presenza di percorsi clinico/assistenziali dedicati a pazienti con patologie rare o con gravi disabilità
 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato per alcune principali malattie croniche (scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, BPCO)
 - Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani oltre i 75 anni
 - Numero di ASL nelle quali gli screening oncologici siano assicurati nella programmazione ordinaria (LEA)
 - Numero di ASL nelle quali i piani di prevenzione siano assicurati nella programmazione ordinaria
 - Numero di farmaci innovativi approvati anno/numero farmaci totali approvati anno
- Passando ai risultati, e iniziando dalla discussione tesa ad approfondire e circoscrivere il significato di Innovazione, i GdL hanno evidenziato, in particolare, che:
- L'innovazione non coincide con “il nuovo”
 - L'innovazione deve tener conto dei bisogni dei pazienti ed essere in grado di ri-

sponderne

- L'innovazione consiste nel migliorare o ridisegnare l'organizzazione.

Inoltre, un GdL ha proposto lo *slogan* "rendere azione qualcosa di nuovo", che può essere assunto quale criterio di identificazione dell'innovazione

Di seguito si riporta una sintesi delle proposte sugli indicatori (talvolta specifiche, in altri casi indicazioni di massima sul fenomeno che si vorrebbe sintetizzare), distinte in base alle Categorie di *stakeholder* (Utenti, Istituzioni, Professioni Sanitarie, *Management* aziendale ed Industria): come anticipato, ogni Categoria era rappresentata in ogni GdL; in appendice viene anche riportato il dettaglio dei risultati per singolo GdL.

Area innovazione tecnico-strumentale:

Utenti

- valore a bilancio delle immobilizzazioni materiali con attrezzature sanitarie scientifiche sul totale dello stato patrimoniale delle aziende
- fascicolo Sanitario Elettronico

Istituzioni

- informatizzazione
- tecnologia indossabile
- numero di raccomandazioni prodotte a livello regionale sulle tecnologie innovative
- valutazioni HTA prodotte (dando maggior rilevanza all'efficacia e non al costo)

Professioni sanitarie

- telemedicina
- numero pazienti trattati con radioterapia sul totale dei pazienti per i quali esiste l'indicazione
- robotica su prestazioni selezionate
- attivazioni online dei piani assistenziali per le patologie rare
- spesa che le aziende dedicano ai farmaci innovativi
- numero di visite con tecnologia di base appropriata

Management aziendale

- spesa per acquisto apparecchiature diagnostiche e grado di utilizzo
- percentuale di spesa sostenuta per la manutenzione di apparecchiature ancora adeguate rispetto all'acquisizione di nuove tecnologie
- numero di pazienti trattati con radioterapia sul totale dei pazienti per i quali esiste l'indicazione
- utilizzo di apparati di telemedicina per il monitoraggio di patologie croniche e rare
- sistemi robotizzati per farmaci antitumorali
- robotica su prestazioni selezionate

Industria

- spesa per acquisto apparecchiature diagnostiche e grado di utilizzo
- quota di apparecchiature di imaging presenti (RNM - PET) di ultima generazione
- presenza corretta del dato informatizzato per gestire correttamente l'informazione
- presenza regionale o aziendale di gruppi di lavoro per la valutazione di tecnologie

innovative

- percentuale di cittadini che utilizzano il fascicolo elettronico.

Area innovazione organizzativa:

Utenti

- grado di umanizzazione delle strutture sanitarie (Griglia AGENAS)
- presenza di centri di riferimento regionale (*cancer center, breast unit...*)
- percorsi multidisciplinari integrati: presenza di strutture intermedie oltre a quello di regime ospedaliero, organizzazione di reparti per intensità di cura
- quota dei posti letto per acuti adeguata alle reali esigenze epidemiologiche dei territori

Istituzioni

- umanizzazione delle cure (indicatori "umanistici")
- organizzazione per processi
- percorsi multidisciplinari integrati

Professioni sanitarie

- percorsi multidisciplinari integrati: presenza di strutture intermedie oltre a quello di regime ospedaliero, organizzazione di reparti per intensità di cura
- organizzazione dei reparti per intensità di cure
- rapporto tra pazienti dimessi dall'Ospedale e presi in carico dal territorio
- riospedalizzazione cronici entro 1 mese
- presenza di centri di riferimento regionale (*cancer center, breast unit...*)
- riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani oltre i 75 anni; percentuale di anziani trattati in ADI

Management aziendale

- valutazione del *comfort* alberghiero
- quota del turismo sanitario
- presenza di centri di riferimento regionale (*cancer center, breast unit...*)
- nuove modalità organizzative di logistica industriale
- percorsi multidisciplinari integrati: presenza di strutture intermedie oltre a quello di regime ospedaliero, organizzazione di reparti per intensità di cura
- numero di ospedali che garantiscono il raccordo ospedale territorio con servizi propri o attraverso convezioni
- età media del personale
- grado di umanizzazione delle strutture sanitarie (Griglia AGENAS)
- percentuale di anziani trattati in ADI

Industria

- percorsi multidisciplinari integrati: presenza di strutture intermedie oltre a quello di regime ospedaliero, organizzazione di reparti per intensità di cura
- riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani oltre i 75 anni; percentuale di anziani trattati in ADI
- nuove modalità organizzative dell'ospedale e dei "reparti".

Area innovazione clinica:

Utenti

- presenza di percorsi clinico/assistenziali dedicati a pazienti con patologie rare o con gravi disabilità
- aumento PDTA cronici e malati rari
- monitoraggio presa in carico pazienti cronici

Istituzioni

- PDTA e loro implementazione sul territorio
- numero di PDTA con indicatori (di monitoraggio)
- monitoraggio mensile dei PDTA attivati

Professioni sanitarie

- riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani oltre i 75 anni
- percentuale pazienti cronici trattati
- monitoraggio presa in carico pazienti cronici
- numero pazienti con malattia rara (non terminale) in ADI
- percentuale di PDTA applicati
- PDTA deliberati e PDTA implementati/monitorati
- numero di pazienti arruolati nei PDTA sul totale dei pazienti affetti dalla patologia
- adesione a protocolli di cura pubblicati a livello italiano/internazionale nella chirurgia oncologica

Management aziendale

- numero pazienti arruolati nei PDTA
- adesione ai protocolli di cura
- numero di ASL nelle quali gli screening oncologici siano assicurati nella programmazione ordinaria (LEA)
- numero di ASL nelle quali i piani di prevenzione siano assicurati nella programmazione ordinaria
- inserimento piani di prevenzione nella programmazione ordinaria delle ASL con particolare riferimento agli screening diagnostici
- percentuale di anziani con assistenza domiciliare o presi in carico nei servizi per le cronicità (innovazione della rete dei servizi)
- numero di pazienti arruolati nei PDTA sul totale dei pazienti affetti dalla patologia
- ricovero per patologia tempo/professionista sanitario
- presenza di degenze multispecialistiche
- numero Piani di Assistenza Individualizzati redatti/numero professionisti coinvolti
- monitoraggio presa in carico pazienti cronici

Industria

- PDTA aggiornati e completi
- tasso di ospedalizzazione patologie croniche e rare
- numero di farmaci innovativi approvati anno/numero farmaci totali approvati anno

- PDTA deliberati e PDTA implementati/monitorati
- adesione a protocolli di cura.

Solo un GdL non ha riportato le distinzioni dei partecipanti sugli indicatori preferibili in base alla Categoria di appartenenza, proponendo:

- **Innovazione tecnologica/strumentale**

- quota investita in apparecchiature su FSR
- pazienti arruolati in telemedicina/pazienti di quella patologia

- **Innovazione organizzativa**

- percentuale di ricoveri oltre soglia per pazienti anziani

- **Innovazione clinica/procedurale**

- numero di farmaci innovativi utilizzati/numero farmaci totali.

Dalla discussione in plenaria sulle proposte dei GdL, è emerso come effettivamente risulti unanimemente condivisa la difficoltà nel reperire i dati necessari alla costruzione di indicatori di innovazione e, soprattutto, quando siano richiesti con disaggregazione regionale. È stata altresì ribadita l'importanza di distinguere "nuovo" e "innovativo"; la necessità di monitorare i vantaggi del "nuovo" e dell'"innovativo"; misurare l'equità in termini di accessibilità all'innovazione.

In sintesi, l'esito del confronto conferma che il concetto di Innovazione applicabile nel contesto sanitario non è di facile definizione.

Alcuni principi appaiono fortemente condivisi: in primo la netta distinzione fra "nuovo" e "innovativo"; in secondo luogo il fatto che l'innovazione deve comportare un beneficio per il paziente; infine che, sebbene per certi versi sfuggente, l'innovazione organizzativa è un elemento chiave per l'evoluzione del sistema.

Si conferma anche che, quanto meno l'ordine delle priorità, differisce a seconda della Categoria di afferenza degli *stakeholder*: si passa da una maggiore enfasi posta sull'umanizzazione delle cure per gli Utenti, a quella sulla digitalizzazione per le Istituzioni, all'innovazione tecnologica (ricorso a tecniche mininvasive, a terapie innovative, etc.) per i Professionisti sanitari e l'Industria, fino alla posizione del *Management* aziendale più orientato all'organizzazione.

Rimane critica la questione della definizione degli indicatori, capaci di tradurre operativamente i concetti sopra esposti.

Le proposte che sono state elaborate dai GdL, spesso si sono dovute fermare a livello di individuazione delle macro-aree di riferimento.

Particolarmente critica rimane la regionalizzazione degli indicatori e la loro standardizzazione.

In generale, la carenza di indicatori sembra attribuibile al mancato inserimento della Dimensione dell'Innovazione nei flussi informativi; mancanza che conferma l'insufficiente attenzione a livello di sistema verso la dimensione evolutiva della Sanità.



SCHEDE INDICATORI



DIMENSIONE	ID	INDICATORE
Sociale (Equità)	1	Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati
	2	Quote di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici
	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	Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero
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 ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati
Innovazione	10	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
	11	Quota donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei
	12	Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Elettronico Sanitario
Economico-finanziaria	13	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	14	Disavanzo 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 di persone che rinuncia 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	Mortalità evitabile (Ed. 2019)

INDICATORE N. 6 Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota di pazienti ricoverati per Infarto Miocardico Acuto, deceduti entro 30 giorni dal ricovero
Numeratore	Numero pazienti ricoverati per Infarto Miocardico Acuto deceduti entro 30 giorni dal ricovero
Denominatore	Numero pazienti ricoverati per Infarto Miocardico Acuto
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Programma Nazionale Esiti (AGENAS)

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, by-pass 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 Schede Dimissione Ospedaliera (Ministero della Salute)

INDICATORE N. 9 Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota di ricoveri acuti ordinari associati ai 108 DRG a rischio di inappropriatazza
Numeratore	Ricoveri ordinari in acuzie con DRG ad alto rischio di inappropriatazza
Denominatore	Ricoveri ordinari in acuzie
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 donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota di donne con nuova diagnosi di carcinoma mammario, prese in carico in centri rispondenti ai requisiti europei
Numeratore	Donne con carcinoma mammario trattato in Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei
Denominatore	Donne con carcinoma mammario
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati <i>Senonetwork</i>

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 Disavanzo pro-capite	
Descrizione	L'indicatore rappresenta l'eccedenza di spesa per ciascun residente rispetto al finanziamento, ossia indica il contributo di ciascun residente alla formazione del disavanzo del SSN (sono considerate le sole Regioni in disavanzo)
Numeratore	Disavanzo regionale
Denominatore	Popolazione
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")



APPENDICE LAVORI DI GRUPPO



GdL	Categoria	Indicatore
	Definizione di innovazione	Bisogni dei pazienti e capacità di rispondere
1	Management	% spesa sostenuta per la manutenzione delle apparecchiature
		N° di ospedali che garantiscono raccordo ospedale - territorio
		Copertura regionale radioterapia
		Dimissioni protette (definizione e organizzazione)
		Inserimento piani di prevenzione nella programmazione ordinaria delle ASL con particolare riferimento agli screening diagnostici
		Gestione delle cronicità e degli stili di vita
	Professionisti sanitari	Farmaci innovativi
		PDTA implementati
		Presenza di centri di riferimento regionale (<i>Cancer Center</i>)
		% di pazienti riospedalizzati
		Gestione organizzativa ospedale - territorio
		Fondi per l'implementazione della telemedicina
	Utenti	Miglioramento ADI attraverso la telemedicina
		Mobilità passiva
2	Management	% di pazienti con assistenza domiciliare o nei servizi per le cronicità
		Presenza di un centro che coordina l'integrazione ospedale/territorio e n° pazienti gestiti
		% di pazienti presi in carico con PDTA
		Età media del personale
		Griglia AGENAS sul gradi di umanizzazione delle strutture
	Professionisti sanitari	Utilizzo della telemedicina
		Attuazione delle indicazioni nazionali ad es. piano cronicità
		Rapporto tra pazienti dimessi dall'ospedale e presi in carico dal territorio
	Utenti	% di MMG dentro i PDTA e nel sistema organizzativo
	Industria	% di rispetto delle priorità nelle liste di attesa
		% visite prenotate dai MMG
		% di accessi ripetuti al PS
		% di cittadini che usano il fascicolo elettronico

LEGENDA: Management Professionisti sanitari Utenti Industria Istituzioni Tutte le professioni

GdL	Categoria	Indicatore
	Definizione di innovazione	Innovazione è organizzazione
3	Management	Telemedicina per le patologie croniche e rare
	Professionisti sanitari	Valutazione PDTA
		Attivazione online dei piani assistenziali per le patologie rare
		N° pazienti con malattie rare in ADI
		Percorsi multidisciplinari: organizzazione dei reparti per intensità di cura
		Accesso alle linee guida professionali
	Utenti	Quota referti diagnostici trasmessi e accessibili online
		Fascicolo elettronico
		Griglia AGENAS sul gradi di umanizzazione delle strutture
	Industria	Tasso di ospedalizzazione patologie croniche e rare
4	Istituzioni	Riduzione % ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani <i>over 75</i>
		L'innovazione non può prescindere da una valutazione di HTA che prenda in considerazione l'efficacia.
		Griglia AGENAS sul gradi di umanizzazione delle strutture
		Multidisciplinarietà
	Utenti	Equità di accesso all'innovazione
		Organizzazione per processi
	Industria	L'innovazione deve essere inserita nei PDTA e nella rete dei servizi
		Monitoraggio continuo attraverso indicatori adeguati
		L'innovazione non può prescindere dall'appropriatezza: terapia personalizzata
		PDTA aggiornati e completi
5	Management	Equità di accesso all'innovazione
		PDTA legato alle reti
		Ricovero per patologia tempo dipendente
		Degenze multispecialistiche
		Cancer center
		Sistemi robotizzati farmaco antitumorale
		Nuove modalità organizzative

GdL	Categoria	Indicatore
5	Professionisti sanitari	Riduzione % ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani <i>over 75</i>
		% pazienti cronici trattati
	Utenti	Presenza di <i>breast unit</i> di riferimento regionale
	Industria	Presenza corretta del dato per gestire correttamente l'informazione
6	Tutte le professioni	Quota investita apparecchiature/FSR
		Pazienti arruolati in telemedicina/pazienti di quella patologia
		% ricoveri medici oltre soglia per pazienti anziani
		Numero farmaci innovativi utilizzati/numero farmaci totali
7	Istituzioni	Numero raccomandazioni prodotte a livello regionale per tecnologie innovative
		N° PDTA con indicatori
	Management	Monitoraggio percorso presa in carico cronici
		Pazienti eleggibili alla radioterapia trattati
		N° PAI redatti, professionisti coinvolti
		Turismo sanitario
		Comfort alberghiero
		Robotica su prestazioni selezionate
	Professionisti sanitari	Monitoraggio percorso presa in carico cronici
		Pazienti eleggibili alla radioterapia trattati
		Telemedicina
		Robotica su prestazioni selezionate
	Utenti	Monitoraggio percorso presa in carico cronici
		Aumento PAI cronici/malati rari
		Aumento PDTA cronici/malati rari
	Industria	Internet applicato ai dispositivi medici
		Esistenza gruppo di lavoro per valutazione tecnologie innovative
		Monitoraggio percorso presa in carico cronici
	Definizione di innovazione	Rendere azione qualcosa di nuovo
8	Istituzioni	PDTA e loro implementazione sul territorio
		Multidisciplinarietà
		Tecnologia che si indossa

LEGENDA: Management Professionisti sanitari Utenti Industria Istituzioni Tutte le professioni

GdL	Categoria	Indicatore
8	Management	Nuove modalità organizzative
		% pazienti trattati in ADI
		Presenza di <i>breast unit</i> di riferimento regionale
		Spesa per acquisto apparecchiature diagnostiche e grado di utilizzo
		N°pazienti arruolati nei PDTA/ totale pazienti con quella patologia
		Adesione ai protocolli di cura
		N°asl che effettuano screening oncologici
		N° asl che hanno redatto piani di prevenzione
	Professionisti sanitari	N° di visite con tecnologie di base appropriate
		N° pazienti arruolati nei PDTA/ totale pazienti con quella patologia
		Adesione ai protocolli di cura
		Presenza di percorsi clinico assistenziali
	Utenti	PDTA deliberati/PDTA implementati
		Presenza di percorsi clinico assistenziali
		Percorsi multidisciplinari
		Quota dei posti letto per acuti adeguata alla rete delle reali esigenze epidemiologiche dei territori
	Industria	Spesa per acquisto apparecchiature diagnostiche e grado di utilizzo
		Quota di apparecchiature di <i>imaging</i> (RMN- PET) di ultima generazione

Finito di stampare
nel mese di giugno 2019 presso
Locopress industria grafica
Mesagne (Brindisi) - Italia
per conto di
Locorotondo editore
ISBN 978-88-99078-32-4





9 788899 078324

Locorotondo editore
ISBN 978-88-99078-32-4