CREA Sanità

Università di Roma Tor Vergata

La valutazione del livello di tutela della salute a livello regionale

La misura della *Performance* dei SSR
VI edizione (2018)

Indice

Executive summary 17

1. Introduzione 21

2. Metodologia 24

3. Risultati 26

3.1. Scelta degli indicatori di *Performance* per Dimensione 26

3.2. Le funzioni di valore degli indicatori 47

3.3. La composizione degli indicatori 99

3.4. Il contributo delle Dimensioni alla *Performance* 102

4. La *Performance* regionale 105

5. Riflessioni finali e contributi alla politica sanitaria 113

6. Fabbisogni informativi e sviluppo degli indicatori di *Performance*: il parere dell'*Expert Panel* 117

Indice delle figure

Figura 3.1 Quota famiglie impoverite a causa di spese sanitarie *Out of Pocket* 28

Figura 3.2 Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici 29

Figura 3.3 Quota famiglie con spese sanitarie *Out of Pocket* catastrofiche 30

Figura 3.4 Prevalenza di persone senza disabilità 32

Figura 3.5 Aspettativa di vita in buona salute 33

Figura 3.6 Quota persone molto soddisfatte dall'assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL 34

Figura 3.7 Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 2 giorni 36

Figura 3.8 Quota pazienti *over* 75 dimessi non al domicilio 37

Figura 3.9 Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati 38

Figura 3.10 Consumo pro-capite annuo per farmaci approvati da *European Medicine Agency* negli ultimi 3 anni ed ammessi alla rimborsabilità 40

Figura 3.11 Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni 41

Figura 3.12 Quota di aziende sanitarie che alimentano 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 spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL 46

Figura 3.16 Quota di famiglie impoverite per spese sanitarie OOP Funzione valore per Categoria 48

Figura 3.17 Quota di famiglie impoverite per spese sanitarie OOP - Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio 49

Figura 3.18 Quota di famiglie impoverite per spese sanitarie OOP - Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro 50

Figura 3.19 Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici - Funzione valore per Categoria 51

Figura 3.20 Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio 52

Figura 3.21 Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro 53

Figura 3.22 Quota famiglie con spese sanitarie *Out of Pocket* catastrofiche Funzione valore per Categoria 54

Figura 3.23 Quota famiglie con spese sanitarie *Out of Pocket* catastrofiche - Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio 55

Figura 3.24 Quota famiglie con spese sanitarie *Out of Pocket* catastrofiche 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 Prevalenza di persone senza disabilità - Funzione valore per categoria 58

Figura 3.27 Prevalenza di persone senza disabilità - Funzione valore per categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio 59

Figura 3.28 Prevalenza di persone senza disabilità - Funzione valore per categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro 60

Figura 3.29 Aspettativa di vita in buona salute - Funzione valore per categoria 61

Figura 3.30 Aspettativa di vita in buona salute - Funzione valore per categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio 62

Figura 3.31 Aspettativa di vita in buona salute - Funzione valore per categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro 63

Figura 3.32 Quota persone molto soddisfatte dell'assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL - Funzione valore per categoria 64

Figura 3.33 Quota persone molto soddisfatte dell'assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL - Funzione valore per categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio 65

Figura 3.34 Quota persone molto soddisfatte dell'assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL - 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 pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 2 giorni - Funzione valore per Categoria 68

Figura 3.37 Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 2 giorni - Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio 69

Figura 3.38 Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 2 giorni Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro 70

Figura 3.39 Quota pazienti *over* 75 dimessi non al domicilio - Funzione valore per Categoria 71

Figura 3.40 Quota pazienti *over* 75 dimessi non al domicilio - Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio 72

Figura 3.41 Quota pazienti *over* 75 dimessi vivi non al domicilio - Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro 73
Figura 3.42 Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati - Funzione valore per Categoria 74
Figura 3.43 Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati - Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio 75
Figura 3.44 Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente 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 Consumo pro-capite annuo per farmaci approvati da *EMA* negli ultimi 3 anni e ammessi alla rimborsabilità - Funzione valore per Categoria 78
Figura 3.47 Consumo pro-capite annuo per farmaci approvati da *EMA* negli ultimi 3 anni e ammessi alla rimborsabilità - Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio 79
Figura 3.48 Consumo pro-capite annuo per farmaci approvati da *EMA* negli ultimi 3 anni e ammessi alla rimborsabilità - Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro 80
Figura 3.49 Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni - Funzione valore per Categoria 81
Figura 3.50 Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni - Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio 82
Figura 3.51 Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni - Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in Piano di Rientro 83
Figura 3.52 Quota di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - Funzione valore per Categoria 84
Figura 3.53 Quota di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio 85
Figura 3.54 Quota di aziende sanitarie che alimentano 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 spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL - Funzione valore per Categoria 94
Figura 3.63 Incidenza spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL - Funzione valore per Categoria Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio 95
Figura 3.64 Incidenza spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL - 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 *Performance* - Per Categoria 102
Figura 3.67 Contributo delle Dimensioni alla *Performance* - Per contesto di provenienza 103
Figura 3.68 Variazioni del contributo delle Dimensioni alla *Performance* VI vs V edizione 104
Figura 4.1 *Performance* dei SSR 105
Figura 4.2 Indice di *Performance* Categoria Utenti 106
Figura 4.3 Indice di *Performance* Categoria Istituzioni 107
Figura 4.4 Indice di *Performance* Categoria Professioni Sanitarie 108
Figura 4.5 Indice di *Performance* Categoria *Management* aziendale 109
Figura 4.6 Indice di *Performance* Categoria Industria medicale 110
Figura 4.7 Indice di *Performance stakeholder* delle Regioni in Piano di Rientro 111
Figura 4.8 Indice di *Performance stakeholder* delle Regioni in sostanziale equilibrio 112
Figura 5.1 *Performance*, Griglia LEA e spesa sanitaria 116

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" (Supervisore scientifico)

Hanno collaborato

- BELLET Ilaria
  Sidera srl
- BERNARDINI ANNA CHIARA
  C.R.E.A. Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- BONO Martina
  C.R.E.A. Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- CARRIERI Ciro
  C.R.E.A. Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- CIOPPA Marco
  C.R.E.A. Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- d'ANGELA Claudia
  C.R.E.A. Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- GIORDANI Cristina
  C.R.E.A. Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- NENNA Fabiola
  C.R.E.A. Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- PLONER Esmeralda
  C.R.E.A. Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
- POLISTENA Barbara
  C.R.E.A. Sanità Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Supervisor 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
- LATTARULO Michele
  Presidente Collegio Provibiri Società Italiana di Farmacia ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie - SIFO
- ZUCCATELLI Giuseppe
  Consigliere Age.Na.S.

Componenti gruppi di lavoro

GRUPPO DI LAVORO 1
D'ARPINO Alessandro, FACCINI Enrico, GAGLIARDI Alessandra, MINICHIELLO Elisa, VIORA Ugo

GRUPPO DI LAVORO 2
DEI Simona, DESIDERI Enrico, PELAGALLI Maddalena, PIETRANTONIO Filomena, SELMO Claudio, URBANI Andrea

GRUPPO DI LAVORO 3
CALABRESE Nicola, CATTINA Grazia, CONSORTE Nicoletta, DE FILIPPIS Giuseppe, IORNO Tommasina, STARACE Fabrizio

GRUPPO DI LAVORO 4
ANNICCHIARICO Giuseppina, CECCARELLI Anna, FIORAVANTI Laura, MAURO Raffale, MONTORSI Marco, RIVELLA Alessandra, VANZETTO Andrea

GRUPPO DI LAVORO 5
CHIAMENTI Giampiero, FIORENTINI Matteo, FUSILLI Saverio, GADDO Flego, NALDONI Carlo, RUTIGLIANO Claudia, SILVESTRI Norberto

GRUPPO DI LAVORO 6
ALGHISI Marco, ALTAMURA Gianluca, BOSIO Marco, BOTTA Amodio, LOMBARDO Massimo, PANNUTI Raffaella, SINIBALDI Alessandra

GRUPPO DI LAVORO 7
BORDON Paolo, MAERNA Martina, PEDRETTI Roberto, SCARCELLA Carmelo, TOSCANO Vincenzo, ZANETTA Gianpaolo

GRUPPO DI LAVORO 8
COBELLO Francesco, DI STASI Francesca, GIOVANNITTI Massimo, LESSIANI Gianfranco, MOLINARI Sergio Maria, MONCHIERO Giovanni, PITOTTI Claudia

Panel di esperti

- ACETI Tonino
  Direzione Nazionale Tribunale Dei Diritti Del Malato, Cittadinanzattiva
- ALGHISI Marco
  Nestlè Health Science
- ALUIGI Leonardo
  Presidente Società di Diagnostica Vascolare
- AMOROSO Lorenzo
  Bristol Mayer Squibb
- ANDRETTA Margherita
  Centro Regionale Unico del Farmaco e U.O.C. 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)
- ARPAIA Guido
  Presidente Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare
- ARRU Luigi Benedetto
  Assessore all'igene e Sanità e dell'assistenza Sociale - Regione Sardegna
- BALZANELLI Mario Giosuè
  Presidente SIS 118
- BELVISO Enrico
  Astellas
- BEVERE Francesco
  Direttore AGE.NA.S.
- BOLDRINI Paolo
  Past President Società Italiana Medicina Fisica e Riabilitativa
- BORDON Paolo
  Direttore Generale Azienda Provinciale Servizi Sanitari P.A. di Trento
- BOSIO Marco
  Direttore Generale ATS della Città Metropolitana di Milano
- BRANCA Marta
  Direttore Generale Irccs Lazzaro Spallanzani
- 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
- CASATI Giorgio
  Direttore Generale ASL Latina
- CASTOLDI Massimo
  Direzione Sanitaria Humanitas Gavazzeni Bergamo
- CATTINA Grazia
  Direttore Generale ASL Nuoro
- CELANO Antonella
  Presidente Apmar
- CHIAMENTI Giampietro
  Past President Fimp
- COBELLO Francesco
  Direttore Generale A.O.U. di Verona
- CONSORTI Nicoletta
  Sanofi
- CONVERSANO Michele
  Past President Siti
- CORRADI MARIA Paola
  Direttore Generale Ares 118 Lazio
- CREAZZOLA Simona
  Presidente Sifo
- CUNSOLO Rosario
  Direttore Sanitario P.O. Taormina
- DAL MASO Maurizio
  Direttore Generale A.O S. Maria Di Terni
- D'AMARIO Claudio
  Direttore Generale della Direzione della Prevenzione Sanitaria - Ministero Dalla 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 Ovest Milano
- DE GIORGI Serafino
  Presidente Società Italiana di Psichiatria Sociale
- DI LORENZO Nicola
  Past President Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche
- DEGRASSI Flori
  Direttore Generale ASL Roma 2

- DEI Simona
  Direttore Sanitario Azienda Usl Toscana Sud Est
- DESIDERI Enrico
  Direttore Generale Azienda Usl Toscana Sud Est
- DIBISCEGLIE Domenico
  Direttore Sanitario Irccs "Casa Sollievo della Sofferenza" - S. Giovanni Rotondo
- ERRICO Mariangela
  Presidente NPS Italia Onlus
- FACCINI Enrico
  Ipsen
- FAVARETTI Carlo
  Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano
- FIORAVANTI Laura
  Takeda
- FIORENTINI Matteo
  Jansen
- FLOR Luciano
  Direttore Generale A.O.U. Padova
- FONTANELLA Andrea
  Presidente Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti
- FRITTELLI Tiziana
  Presidente Federsanità - Anci, Direttore Generale Policlinco Tor Vergata
- GADDO Flego
  Direttore Sanitario Ospedale Evangelico Internazionale; Coordinatore Rete Ligure HTA, Regione Liguria
- GAGLIARDI Alessandra
  Bayer
- GALEAZZI Mauro
  Presidente Società Italiana di Reumatologia
- GIANOTTI Luca
  Presidente Società Italiana Nutrizione Parenterale ed Enterale
- GIORDANO Antonio
  Direttore Generale ASL Salerno
- GIOVANNITTI Massimo
  Eli Lilly
- GORGONI Giovanni
  Commissario Straordinario A.Re.S.S. Puglia
- GORI Stefania
  Presidente Aiom
- GUERRA Raniero
  Assistant Director General per le iniziative speciali nel nuovo gabinetto OMS
- IORNO Tommasina
  Presidente Uniamo FIRM
- LOMBARDO Massimo
  Direttore Generale Asst Ovest Milano
- MAGHERI Marco
  Direttore Panorama Sanità
- MANCUSO Anna Maria
  Presidente Salute Donna
- MANGIACAVALLI Barbara
  Presidente Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche
- MANNINO Domenico
  Presidente Associazione Medici Diabetologi
- MANTOAN Domenico
  Direttore Generale Area Sanità e Sociale - Regione Veneto
- MAURO Raffaele
  Direttore Generale ASP Cosenza
- MELAZZINI Mario
  Direttore Generale Agenzia Italiana del Farmaco
- MENNA Letizia
  Amgen
- MOIRANO Fulvio
  Direttore Generale Ats Sardegna e ASL Sassari
- MOLINARI Sergio Maria
  Direttore Distretto di Potenza
- MONCHIERO Giovanni
  Già componente XII Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati
- MONTORSI Marco
  Presidente Società Italiana di Chirurgia
- PANNUTI Raffaella
  Presidente Fondazione ANT Italia Onlus
- PEDRETTI Roberto
  Presidente Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitative e Preventiva
- PELISSERO Gabriele
  Presidente Associazione Italiana Ospedalità Privata
- PIAZZOLLA Vito
  Direttore Generale ASL Foggia
- PITOTTI Claudia
  Novartis
- RICCIARDI Gualtiero Walter
  Presidente Istituto Superiore di Sanità

- RIVELLA Alessandra
  Presidente Associazione A.N.N.A.
- RUTIGLIANO Claudia
  Fondazione MSD
- SANTARELLI Daniela
  Lundbeck
- SCACCABAROZZI Massimo
  Presidente Farmindustria
- SCARCELLA Carmelo
  Direttore Generale Ats Brescia
- SCHAEL Thomas
  Direttore Generale Azienda Sanitaria Bolzano
- SCHITTULLI Francesco
  Presidente Lega Italiana Lotta ai Tumori
- SCOTTI Silvestro
  Segretario Nazionale Fimmg
- SELMO Claudio
  Shire
- SEMISA Domenico
  Presidente Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale
- SILVESTRI Norberto
  Direttore Sanitario Campus Biomedico - Roma
- STARACE Fabrizio
  Presidente Societa Italiana di Epidemiologia Psichiatrica
- TANESE Angelo
  Direttore Generale ASL Roma 1
- TOSCANO Vincenzo
  Presidente Associazione Medici Endocrinologi
- TURNO Roberto
  Già vice Direttore Il Sole 24 Ore Sanità
- URBANI Andrea
  Direttore Generale della Direzione della Programmazione Sanitaria - Ministero della Salute
- VANZETTO Andrea
  Novo Nordisk
- VECCHIETTI Marco
  Consigliere Delegato/Managing Director RBM Assicurazione Salute S.p.A.
- VILLANI Alberto
  Presidente Società Italiana di Pediatria
- VIORA Ugo Giuseppe
  Direttore Generale Anmar Italia e Presidente Anap Onlus
- ZANETTA Gian Paolo
  Direttore Generale A.O. Città della Salute Torino
- ZENI Luca
  Assessore alla Salute e politiche sociali - Provincia Autonoma di Trento

Ringraziamenti

La VI 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 2018 alla sua sesta annualità, nasce con l'ambizione di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie, fornendo una valutazione dei livelli complessivi di tutela della salute realizzati a livello regionale.

La metodologia sottostante il progetto si fonda sulla duplice assunzione che la *Performance* in Sanità sia un concetto intrinsecamente multidimensionale, e che i diversi portatori di interesse abbiano aspettative sulla *Performance* non necessariamente coincidenti; ne segue che la valutazione della *Performance* deve prevedere la composizione delle diverse dimensioni e delle diverse prospettive; come anche che, per ragioni di trasparenza e accountability, tale composizione deve avvenire con "pesi" e metodi espliciti.

A tal fine 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, sviluppato con la collaborazione di un qualificato *Panel* di esperti (circa 100) afferenti a cinque categorie di *stakeholder* (Utenti, Istituzioni, Professioni sanitarie, Management aziendale, Industria medicale).

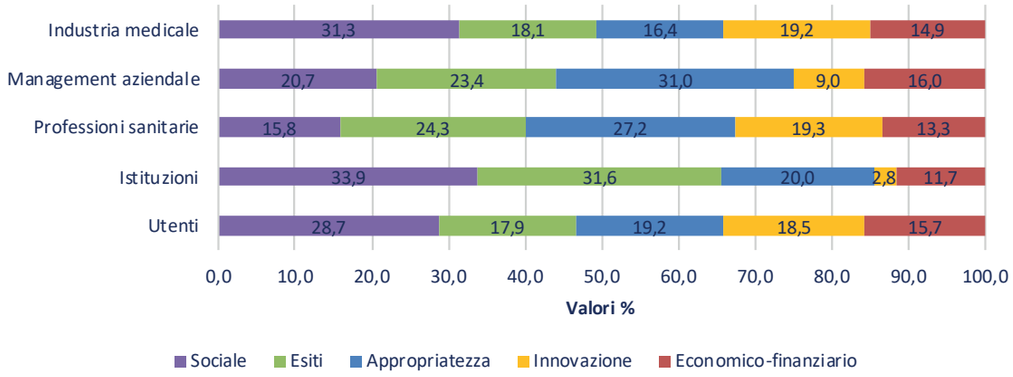
La *Performance* misurata è riferita alle diverse dimensioni della tutela regionale del diritto alla salute: in altri termini guarda alla *Performance* dal lato della domanda e non dell'offerta (pubblica). Il progetto non ha, quindi, una vocazione "tecnocratica": non è finalizzato a promuovere l'*accountability* dei SSR pubblici, ovvero a misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi di Sanità pubblica, compito evidentemente affidato agli Enti istituzionali. Alternativamente, la finalità è quella di rappresentare una modalità "terza" di valutazione dei livelli di tutela e promozione della salute a livello regionale, capace di fornire una indicazione sul livello di legittima aspettativa che il cittadino può detenere nei confronti della Salute perseguibile nei diversi contesti regionali.

Riassumendo, con gli assunti e gli obiettivi sopra dichiarati, il progetto produce una misura sintetica di valutazione (*Performance*) delle opportunità di tutela della Salute a livello Regionale, basata su un metodo "democratico" di composizione delle diverse Dimensioni e Prospettive che le rappresentano.

Nelle diverse annualità del progetto, sono peraltro emersi numerosi altri elementi di interesse, che riteniamo abbiano grande valenza interpretativa; il progetto ha, in primo luogo, permesso di evidenziare 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 le modificazioni del dibattito in corso sui temi di politica sanitaria; la *Performance* è, quindi, legata alle dinamiche evolutive degli scenari socioeconomici, culturali e politici.

Da questo punto di vista è paradigmatico come, nel tempo, si sia ridotto 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.

Contributo delle Dimensioni alla *Performance*
Per categoria



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

Anche nel corrente dibattito di politica sanitaria ritroviamo questa dinamica: la necessità di recuperare il significato profondo del termine efficienza, quale ottimizzazione del rapporto fra Esiti e risorse impegnate è sempre più evidente; e le politiche sanitarie sembrano oggi tese a superare logiche di mero risparmio di spesa: il processo è, ad esempio, evidente nella modificazione dell'approccio osservabile nel passaggio ai Piani di Rientro Regionali a quello previsto per i Piani di Affiancamento delle Aziende sanitarie.

In secondo luogo, il progetto ha permesso di apprezzare (logico postulato della "multi-prospettiva e della dinamica descritta sopra) come la prospettiva, e quindi il sistema delle preferenze, vari con lo "stato" della Regione di provenienza dei membri per *Panel*, ove per "stato" intendiamo, in alternativa, la condizione di equilibrio economico o di disavanzo e Piano di Rientro.

A riprova di quanto segnalato, la Dimensione Sociale, la cui importanza nella *Performance* risulta in aumento negli ultimi anni, appare particolarmente importante per chi opera nelle realtà in Piano di Rientro.

Come abbiamo rilevato nella scorsa edizione, 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.

Quest'anno il Progetto permette anche di rilevare come i livelli di soddisfazione (degli esperti del *Panel*) rispetto alle *Performance* attuali sia relativamente scarsa; anche i migliori risultati regionali raggiunti, sono infatti ben lontani da una *Performance* ottimale, soprattutto nella prospettiva degli Utenti e delle Istituzioni; di contro, Professionisti sanitari e *Management* risultano decisamente più "realisti" rispetto ai livelli raggiunti.

Una possibile lettura del fenomeno, è che, sul lato della "domanda", c'è una chiara insoddisfazione per i livelli di servizio, mentre sul lato dell'offerta prevale il convincimento, suffragato peraltro da molte ragioni, di avere fatto "il massimo" con le risorse disponibili.

A livello dei singoli indicatori che compongono la *Performance*, osserviamo che nell'edizione 2018 si è ulteriormente "esasperato" un atteggiamento di rifiuto verso le situazioni in cui i valori degli indicatori sono molto bassi (nel senso di peggiori): il *Panel*, infatti, "punisce" queste situazioni, dando loro un valore in termini di *Performance* nullo; inoltre il contributo alla *Performance* cresce più che proporzionalmente solo per valori numerici degli indicatori prossimi ai loro risultati migliori; complessivamente questo spiega perché nessuna Regione raggiunga livelli molto alti di *Performance*.

Questo è un "atteggiamento" che si riscontra in particolare nei confronti delle Dimensioni Sociale ed Appropriatezza (al netto di quella organizzativa, per la quale il giudizio tende a essere più neutrale, nel senso di attribuire una proporzionalità fra miglioramento dell'indicatore e contributo alla *Performance*), come peraltro già verificatosi nelle precedenti edizioni.

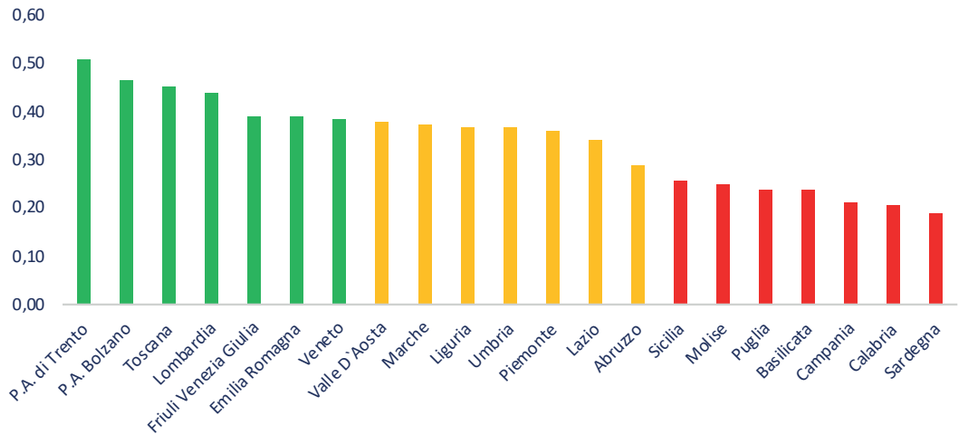
Altri aspetti degni di nota riguardano la Dimensione Economico-Finanziaria nella quale si conferma una netta separazione di tipo "geografico": elevati livelli di spesa totale sono sostanzialmente giustificati nelle Regioni in sostanziale equilibrio, ed in particolare dai rappresentanti delle Istituzioni, mentre una sua riduzione è considerata particolarmente foriera di miglioramenti di *Performance* nelle Regioni in Piano di Rientro.

In termini analoghi, va segnalato come la Categoria Utenti, soprattutto quelli appartenenti a realtà regionali in Piano di Rientro, dia molta importanza all'innovazione organizzativa (introduzione di PDTA) e al Sociale, mentre nelle restanti realtà (in sostanziale equilibrio) a quest'ultima Dimensione si affianca anche la preoccupazione per l'appropriatezza nel ricorso al ricovero.

Passando ai risultati numerici della *Performance* 2018, si oscilla da un valore massimo del 51% (del risultato massimo ottenibile) della P.A. di Trento, ad uno minimo del 19% della Sardegna. Sebbene il *gap* fra la prima e l'ultima si sia ridotto, rimane ancora un divario notevole.

La composizione del gruppo delle Regioni nell'area dell'"eccellenza" (con i caveat espressi sul livello, modesto, di soddisfazione espresso dal *Panel*) rimane stabile nel tempo e contiene (in ordine di risultato): P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Toscana, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Veneto; all'altro estremo, altrettanto stabile è il gruppo, numericamente rilevante, delle Regioni che rimane nell'area critica (Sicilia, Molise, Puglia, Basilicata, Campania, Calabria, Sardegna).

Indice di *Performance*



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

Osserviamo che livelli maggiori di tutela della Salute si riscontrano nelle Regioni del Nord-Est del Paese: questo dato potrebbe essere interpretato (anche in coerenza con la crescente importanza della Dimensione Sociale nella *Performance*) come una indicazione a sviluppare politiche di integrazione fra Sanità e Sociale, quale misura necessaria per migliorare la *Performance* nell'ambito della tutela della Salute e dell'inclusione.

Infine, incrociando il livello di *Performance* stimato, con i punteggi della Griglia LEA del Ministero della Salute, con la spesa sanitaria totale pro capite standardizzata, emerge come, in termini di *ranking*, la *Performance* sia sostanzialmente allineata a quella della Griglia LEA, ma che i risultati "qualitativi" siano altrettanto correlati ai livelli di spesa sanitaria totale (pubblica e privata). In generale, le realtà che raggiungono una maggiore soddisfazione per quanto concerne i livelli di tutela della Salute, in generale erogano LEA su livelli superiori ai valori normali di riferimento (quelli che potremmo definire dei "super-LEA").

Se ne potrebbe concludere che, per una tutela della Salute efficace, ma anche allineata alle aspettative della Società italiana, non è più sufficiente il raggiungimento del livello di adempimento previsto per i LEA, essendo necessario aumentare il livello di alcuni servizi.

In conclusione, lo strumento di valutazione implementato fornisce una misura della capacità regionale di tutela della salute, fornendo ai *policy maker* numerose indicazioni sulla natura della *Performance* e anche dei processi evolutivi dei SSR: ricordiamo il tema della dinamicità della *Performance*; quello della correlazione con le prospettive professionali e istituzionali, l'osservazione del modesto grado di soddisfazione complessiva sul lato della domanda e l'indicazione a fornire maggiori livello di servizio, in particolare nell'area dell'integrazione socio-sanitaria.

Si confermano per il 2018 i *ranking* delle precedenti edizioni, con una più netta valutazione positiva per i livelli di tutela delle Regioni che offrono servizi di livello elevato, anche oltre le soglie LEA.

1. Introduzione

Il progetto "La misura della *Performance* dei SSR", giunto nel 2018 alla sua sesta annualità, si pone l'obiettivo di fornire una valutazione dei livelli di tutela della salute realizzati a livello regionale.

Non si tratta, quindi, di una classifica dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) pubblici, e tanto meno del 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, 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; comprende la rimozione delle deprivazioni e dei divari socio-economici che impattano sulla capacità di "produzione di salute"; comprende i servizi sociali e tutto ciò che esita nella capacità di inclusione; contiene, infine, il costo-opportunità di destinare risorse pubbliche, ma anche private, al settore socio-sanitario, privandone altri usi meritori.

SI tratta, quindi, di un approccio intrinsecamente fondato sul principio della multidimensionalità della *Performance*; ed anche sulla multi-prospettiva, ovvero sul riconoscimento dell'esistenza di diverse prospettive, di cui sono portatori i diversi *stakeholder* dei sistemi socio-sanitari, che implicano altrettante diverse valutazioni.

Performance, nel nostro progetto, è quindi sinonimo di una "misura sintetica delle valutazioni" espresse dagli *stakeholder* del sistema. Sintesi 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, si basa su un metodo originale di valutazione delle *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", con la collaborazione di un qualificato *Panel* di esperti.

Il *Panel* è motore dei processi di affinamento annuale della metodologia, e anche fonte delle preferenze con cui si costruisce l'indicatore sintetico di *Performance*.

Rimandando ai *report* delle precedenti edizioni del progetto per i dettagli metodologici, ricordiamo che 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 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* e la residenza (professionale) dei membri del *Panel*, indice dell'impatto che i diversi contesti socio-economici hanno sulle aspettative di salute.

In questa sesta annualità il *Panel* ha raggiunto i 100 componenti, con un'equa distribuzione tra le diverse ripartizioni geografiche di provenienza; e risulta composto da:

- 15 rappresentanti delle Istituzioni: 9 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)
- 29 rappresentanti delle Professioni sanitarie: 24 presidenti di società scientifiche, 2 segretari nazionali di società scientifiche, 1 dell'Università, 2 coordinatori regionali di aree cliniche specifiche
- 27 componenti del *Management* sanitario: 20 direttori generali di aziende sanitarie, 6 direttori sanitari di aziende sanitarie e 1 direttore di distretto sociosanitario
- 17 rappresentanti dell'Industria: 15 dirigenti di aziende medicali (farmaci e dispositivi medici), 1 presidente di compagnia assicurativa sanitaria e 1 presidente di associazione di categoria.

Prima di passare ai risultati, è opportuno segnalare alcuni adattamenti qualificanti della metodologia adottata nella edizione 2018 del progetto.

Un primo elemento qualificante di questa sesta edizione è la modifica metodologica apportata nel processo di selezione degli indicatori. A differenza delle precedenti edizioni, nelle quali questa fase prevedeva una preselezione a distanza a partire da un *set* di oltre 180 indicatori selezionati dal C.R.E.A. Sanità, seguita da una ulteriore selezione durante il *meeting* dell'*expert Panel*, quest'anno il *team* di ricerca ha proposto al *Panel* un *set* di 15 indicatori, 3 per ognuna delle cinque Dimensioni di valutazione (Esiti, Sociale, Appropriatezza, Innovazione, Economico-Finanziaria, rimaste invariate rispetto alla precedente edizione). Sulla base di predetto *set* di indicatori si è proceduto ad una *consensus* tra tutti i componenti del *Panel*, utilizzando il metodo *Delphi*.

L'opportunità di apportare questa modifica metodologica è maturata negli anni, anche grazie al contributo del *Panel*, con l'obiettivo di garantire che gli indicatori di *Performance* prescelti ricoprissero in modo "ottimale" le diverse aree di valutazione (spesa ma anche finanziamento, assistenza ospedaliera ma anche territoriale, etc.), non risentendo di *bias* derivanti dalla diversa disponibilità di indicatori tra le diverse aree/dimensioni di valutazione.

Una seconda modifica di rilievo ha riguardato la tipologia di indicatori afferenti alla Dimensione Innovazione: nella precedente edizione, tali indicatori erano stati ritenuti dal *Panel* troppo specifici; di conseguenza si è operata una revisione del processo di individuazione degli indicatori, addivenendo alla predisposizione di un indicatore clinico-tecnologico, uno di processo ed uno organizzativo.

Per quanto concerne la *report*istica, 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 della *Performance*, e sul "peso" delle diverse Dimensioni.

Durante il *meeting* dell'*expert Panel*, tenutosi nel mese di Maggio, i partecipanti si sono confrontati sulle proposte alternative (di minoranza) espresse nel processo di consenso, con l'obiettivo di individuare eventuali tematiche e relativi indicatori da introdurre o implementare nelle prossime edizioni del progetto, al fine di migliorare la misura della *Performance*.

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 afferenza 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 afferenza degli stessi; la dinamica del peso delle diverse dimensioni distintamente per i due gruppi, nonché 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 ad osservare come la metodologia utilizzata per questa edizione del progetto sia sostanzialmente coerente con quella delle edizioni precedenti, garantendo una sostanziale continuità alle analisi; tuttavia, anno dopo anno, questa è stata affinata, subendo modifiche e integrazioni tese a renderla sempre più aderente alla finalità primaria del progetto: quella di produrre una misura sintetica (*Performance*) del livello complessivo di tutela della Salute regionale, componendo valutazioni espresse con una logica multi-dimensionale e multi-prospettiva.

Gli adattamenti operati nella metodologia risultano, altresì, funzionali al raggiungimento dell'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 quella delle metodologie di composizione delle valutazioni multidimensionali (multi-obiettivo) in Sanità.

Da questo punto di vista preme ribadire che la valutazione non si limita agli obiettivi dei Servizi Sanitari Regionali, ovvero ai risultati del sistema pubblico regionale di offerta, espressi in funzione degli obiettivi istituzionali e programmatici del *Welfare* pubblico; piuttosto si vuole 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: 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 ultima 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 che è necessario identificare e, quindi, esplicitare le diverse Dimensioni di valutazione che generano la *Performance*, e gli indicatori che le rappresentano.

La seconda è che la *Performance*, dovendo riassumere in un'unica espressione quantitativa gli esiti degli indicatori, i quali hanno unità naturali diverse, richiede 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 anche alla natura dei sistemi sanitari oggetto di analisi: nel caso specifico 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 "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, 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, i quali perseguono obiettivi (Dimensioni) condivisi, ma legittimamente plurimi per effetto dei diversi interessi di cui gli *stakeholder* sono portatori, a cui attribuiscono utilità diverse.

Utilità diverse che si estrinsecano in diverse valutazioni sul valore delle determinazioni degli indicatori, sia in diversi saggi marginali di sostituzione fra gli obiettivi.

In pratica, nella visione di *Performance* adottata, non tutti gli obiettivi forniscono in via di principio la stessa utilità sociale, e l'esito di un indicatore di *Performance* può, in via di principio, essere scambiato con quello di un altro, così che un miglioramento della *Performance* derivante da un indicatore possa compensare il peggioramento di un altro (e viceversa) ai fini del risultato finale.

Per quanto concerne il processo di valutazione della VI edizione del progetto, nel mese di Aprile 2018 i componenti dell'*expert Panel*, provenienti da 15 Regioni, 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) sui 15 indicatori adottati, 3 per Dimensione, precedentemente elaborati e preselezionati 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 9 Maggio 2018, il *Panel* (presenti 66 membri provenienti da 15 Regioni, equamente distribuite tra Nord, Centro e Sud e Isole), si è riunito per discutere i risultati ed elicitare le preferenze.

Ogni membro del *Panel* intervenuto al *meeting* ha espresso le sue preferenze singolarmente, utilizzando procedure *computer assisted*, adiuvati da un applicativo informatico *web-based* sviluppato ad hoc dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità; il processo di elicitazione ha sfruttato un applicativo (*Logical Decision*® ver. 7.2) che permette 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 l'equilibrata distribuzione tra rappresentanti di realtà in sostanziale equilibrio economico e non, l'analisi è stata elaborata anche per "sotto categorie", analizzandone sia le diversità nelle preferenze, sia l'evoluzione dinamica dei pesi attribuiti alle singole Dimensioni.

3. Risultati

3.1 Scelta degli indicatori di *Performance* per Dimensione

Come anticipato, la valutazione della *Performance* 2018 è stata effettuata a partire da un *set* di 15 indicatori, 3 per Dimensione, selezionati dal *Panel* di esperti in funzione della loro rilevanza e attendibilità.

Alla loro determinazione si è arrivati attraverso una *consensus* su 15 indicatori preselezionati dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità, estraendoli da un *database* elaborato ad hoc contenente circa 200 indicatori, selezionati 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 almeno il 70% dei consensi dei membri del *Panel* (anche per le singole categorie di *stakeholder*), utilizzando il metodo *Delphi*.

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 l'accordo o meno tra cinque possibili livelli: nessuno, basso, medio, alto ed assoluto.

DIMENSIONE	INDICATORE
Sociale (Equità)	Quota famiglie impoverite a causa di spese sanitarie *Out of Pocket*
	Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
	Quota famiglie con spese sanitarie *Out of Pocket* catastrofiche
Esiti	Prevalenza di persone senza disabilità
	Aspettativa di vita in buona salute
	Quota persone molto soddisfatte dall'assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL.
Appropriatezza	Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (*Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty)* entro 2 giorni
	Quota pazienti *over* 75 dimessi vivi non al domicilio
	Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati
Innovazione	Consumo pro-capite annuo per farmaci approvati da *European Medicine Agency* negli ultimi 3 anni ed ammessi alla rimborsabilità
	Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni
	Quota di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
Economico-Finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	Disavanzo pro-capite
	Incidenza della spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL

Dimensione Sociale

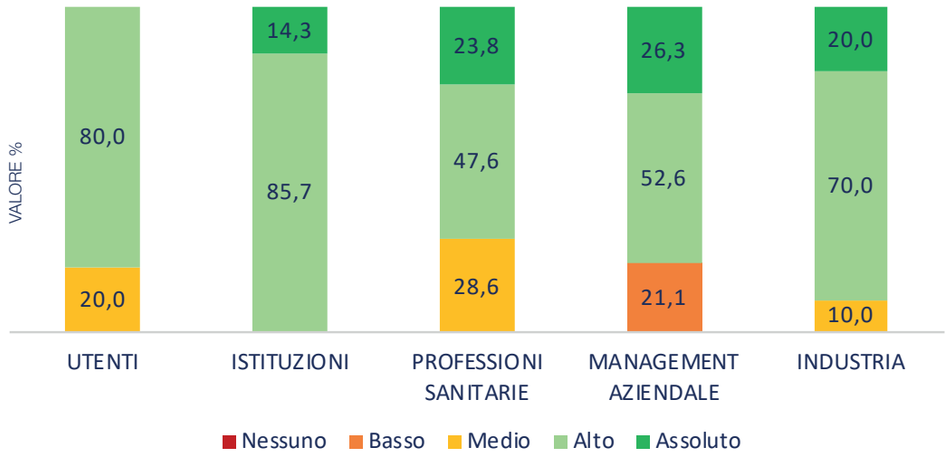
Per la Dimensione Sociale, sono stati proposti gli indicatori: *Quota famiglie impoverite a causa di spese sanitarie Out of Pocket*, *Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici e Quota famiglie con spese sanitarie Out of Pocket catastrofiche.*

Il primo indicatore è stato scelto perché sembra essere quello che meglio sintetizza il fenomeno degli effetti della spesa sanitaria privata *Out of Pocket* sulla condizione economica delle famiglie, rappresentando una misura diretta del disagio da essa causato; il secondo indicatore è stato scelto in quanto si relaziona al principio di accesso universale alle cure; infine per quanto concerne l'impatto della spesa sanitaria sul bilancio delle famiglie, il terzo indicatore scelto sembra meglio sintetizzare il fenomeno dell'incidenza delle famiglie soggette a spese sanitarie private *Out of Pocket* catastrofiche, ovvero pari ad una quota rilevante (40% *target* proposto a livello internazionale) del livello complessivo di consumo.

Per tutti e tre gli indicatori oltre l'88% dei votanti di ogni Categoria ha espresso un livello di accordo alto o assoluto.

Sul primo indicatore proposto, *Quota famiglie impoverite a causa di spese sanitarie Out of Pocket*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dall'92,5% dei votati.

Figura 3.1
Quota famiglie impoverite a causa di spese sanitarie *Out of Pocket*



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

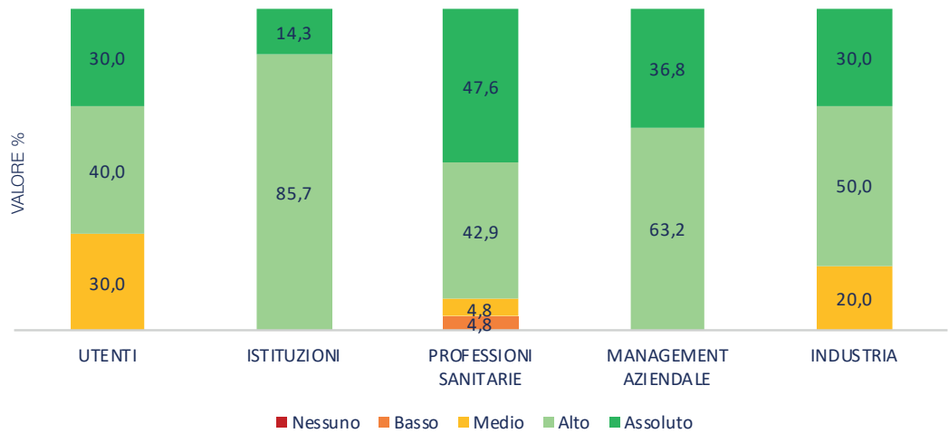
Professioni sanitarie ed Industria hanno attribuito un livello di accordo medio, alto ed assoluto, le Istituzioni alto ed assoluto; il *Management* aziendale è l'unica categoria della quale un quinto dei votanti ha condiviso poco l'indicatore proposto, pur rimanendo oltre la soglia prefissata.

Nello specifico:

- L'80,0% della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo alto ed il 20,0% medio
- L'85,7% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo alto e il 14,3% medio
- Il 23,8% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, il 47,6% alto ed il 28,6% medio
- Il 26,3% del *Management* aziendale ha condiviso in maniera assoluta l'indicatore proposto, il 52,6% ha attribuito un livello di accordo alto; più di un quarto dei votanti (21,1%) ha condiviso poco l'indicatore proposto (livello basso)
- Il 20,0% dei votanti dell'Industria medicale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 70,0% alto e il 10,0% medio.

Sul secondo indicatore proposto, *Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici*, l'80,6% dei votanti ha espresso un livello di accordo alto o assoluto. Solo per le categorie Industria, Utenti e Professioni sanitarie, parte dei votanti hanno indicato un livello di accordo medio, e per l'ultima categoria una piccola parte anche basso.

Figura 3.2
Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

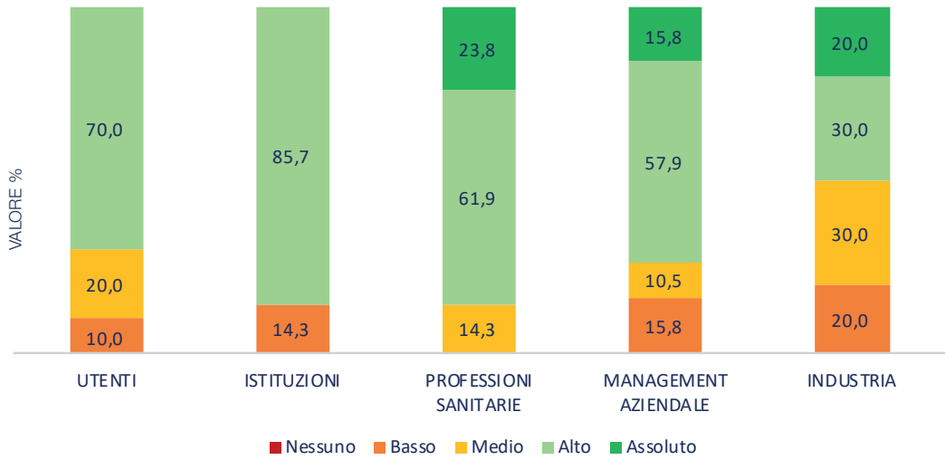
Nello specifico:

- Il 30,0% dei votanti della categoria Utenti è stato assolutamente d'accordo, il 40,0% ha indicato un livello di accordo alto ed il 30,0% medio, arrivando quindi alla soglia prefissata
- Il 14,3% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo assoluto e l'85,7% alto
- Il 47,6% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, il 42,9% alto, il 4,8% ha espresso un livello medio; solo il 4,8% ha espresso un livello di accordo basso
- Il 36,8% dei votanti del *Management* aziendale concorda assolutamente sull'indicatore proposto, ed il restante 63,2% è comunque molto concorde (livello alto)
- Il 30,0% dei votanti dell'Industria medicale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 50,0% alto; il 20,0% non ha condiviso molto l'indicatore (livello medio).

Sul terzo indicatore proposto, *Quota famiglie con spese sanitarie Out of Pocket Catastrofiche*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dall'74,6% dei votanti. Ad eccezione della categoria Professioni sanitarie, una quota, seppur residuale, di votanti di ogni categoria non ha molto condiviso l'indicatore proposto attribuendo un livello basso.

Le categorie Industria e Utenti arrivano giusto alla soglia prefissata.

Figura 3.3
Quota famiglie con spese sanitarie *Out of Pocket* Catastrofiche



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

Nello specifico:

- Il 70,0% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo alto, il 20,0% medio; il 10,0% ha condiviso molto poco l'indicatore proposto (livello basso)
- L'85,7% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo alto; il restante 14,3% ha invece condiviso poco l'indicatore proposto
- Il 23,8% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, il 61,9% alto ed il 14,3% medio
- Il 15,8% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 57,9% alto, il 10,5% medio ed il 15,8% basso
- Il 20,0% dei votanti dell'Industria medicale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 50,0% alto, il 10,0% medio ed il restante 20,0% ha condiviso poco l'indicatore proposto (livello basso).

Dimensione Esiti

Per la Dimensione Esiti, nel primo *round* di selezione, sono stati proposti gli indicatori: *Prevalenza di persone senza disabilità, Aspettativa di vita in buona salute e Quota persone molto soddisfatte dall'assistenza medica e infermieristica ospedaliera.*

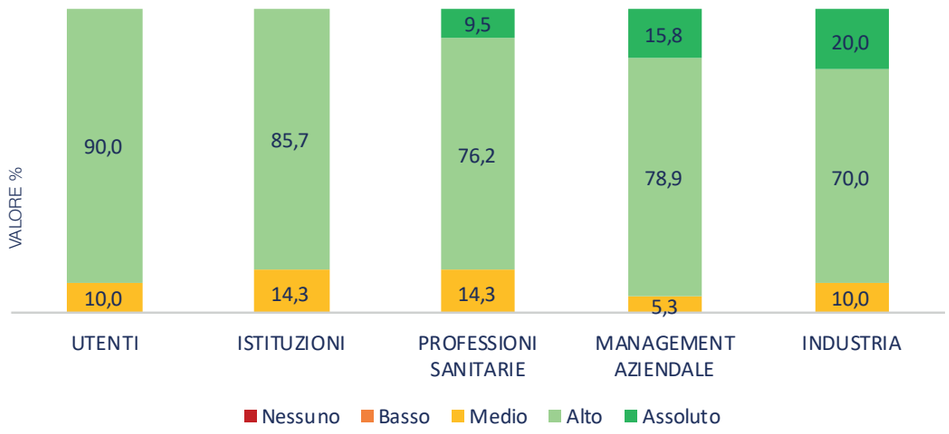
Il primo è stato scelto poichè la disabilità viene misurata con le ADL (*Activities of Daily Living*), costruite sul principio della capacità di svolgere le funzioni tipiche della vita quotidiana; il secondo, perché è quello che sembra meglio sintetizzare il fenomeno integrando la dimensione della quantità e quella della qualità di vita fruibile dalla popolazione ed, inoltre, implicitamente considera l'aspetto della mortalità; infine il terzo proposto, relativo alla *customer satisfation*, perché rappresenta l'unico ad oggi disponibile con dettaglio regionale che riassume la soddisfazione media della popolazione per il sistema sanitario, limitatamente all'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero.

Mentre per i primi due indicatori oltre il 96% dei votanti di ogni Categoria ha espresso un livello di accordo alto o assoluto, per il terzo non si è raggiunta la soglia prefissata. In particolare, tra le motivazioni di parziale apprezzamento dell'indicatore proposto, ha prevalso quella relativa all'esigenza di disporre di una valutazione della *customer satisfation* anche per l'ambito extra-ospedaliero.

Si è quindi proceduto con un secondo *round* di selezione solo per quest'ultimo indicatore, ed in particolare è stato chiesto di esprimere una preferenza tra tre possibili alternative: quella proposta nel primo *round*, *Quota persone molto soddisfatte dei servizi ASL* e *Quota persone molto soddisfatte dall'assistenza medica e infermieristica* ospedaliera o dei servizi ASL. Da tutte le categorie il terzo indicatore è stato quello ritenuto più idoneo, raggiungendo la maggioranza assoluta.

Prendendo quindi in analisi i singoli indicatori selezionati per la dimensione Esiti, si osserva che sul primo indicatore proposto, *Prevalenza di persone senza disabilità*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dall'89,6% dei votanti.

Figura 3.4
Prevalenza di persone senza disabilità



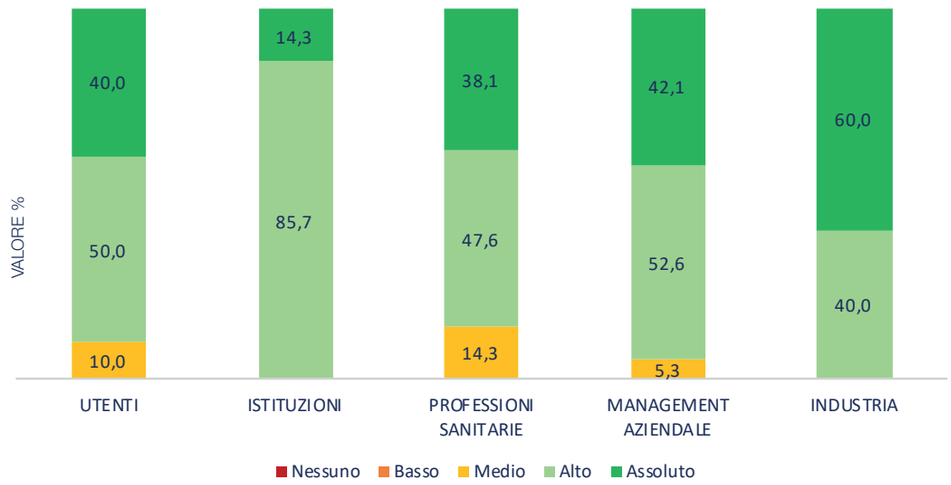
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- Il 90,0% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo alto ed il 10,0% medio
- L'85,7% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo alto e il 14,3% medio
- Il 9,5% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, il 76,2% alto ed il 14,3% medio
- Il 15,8% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 78,9% alto e il 5,3% medio
- Il 20,0% dei votanti dell'Industria medicale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 70,0% alto ed il 10,0% medio.

Sul secondo indicatore proposto, *Aspettativa di vita in buona salute*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dall'92,5% dei votanti.

Figura 3.5
Aspettativa di vita in buona salute



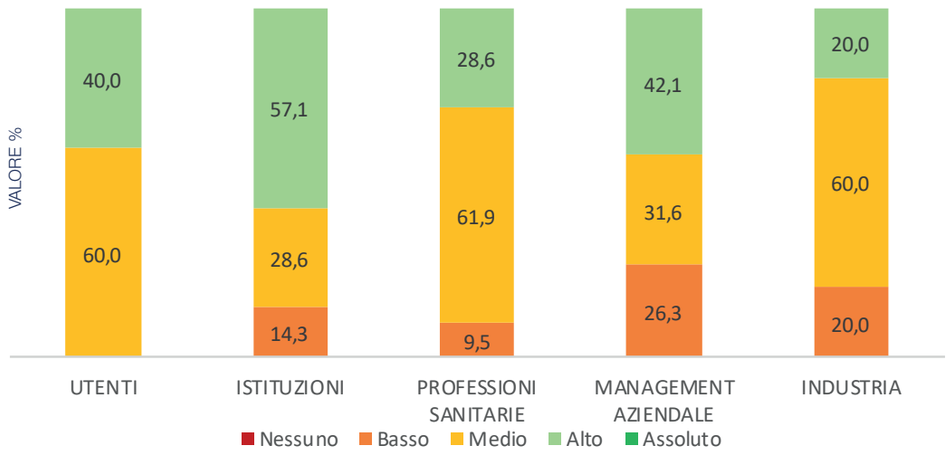
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- Il 40,0% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo assoluto, il 50,0% alto ed il 10,0% medio
- Il 14,3% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo assoluto e l'85,7% alto
- Il 38,1% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, il 47,6% alto ed il 14,3% medio
- Il 42,1% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 52,6% alto e il 5,3% medio
- Il 60,0% dei votanti dell'Industria medicale ha espresso un livello di accordo assoluto ed il 40,0%.

Sul terzo indicatore proposto, *Quota persone molto soddisfatte dall'assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dall'35,8% dei votanti.

Figura 3.6
Quota persone molto soddisfatte dall'assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- Il 40,0% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo alto ed il 60% medio.
- Il 57,1% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo alto, il 28,6% medio ed il 14,3% ha condiviso poco l'indicatore proposto
- Il 28,6% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo alto, il 61,9% medio ed il 9,5% ha condiviso poco l'indicatore proposto
- Il 42,1% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo alto, il 31,6% medio ed il 6,3% ha condiviso poco l'indicatore
- Il 20,0% dei votanti dell'Industria medicale ha espresso un livello di accordo alto, il 60,0% medio ed il 20,0% ha condiviso poco l'indicatore proposto.

Dimensione Appropriatezza

Per quanto concerne la Dimensione Appropriatezza, sono stati proposti gli indicatori: Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 2 giorni, Quota pazienti *over* 75 dimessi non al domicilio e Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati.

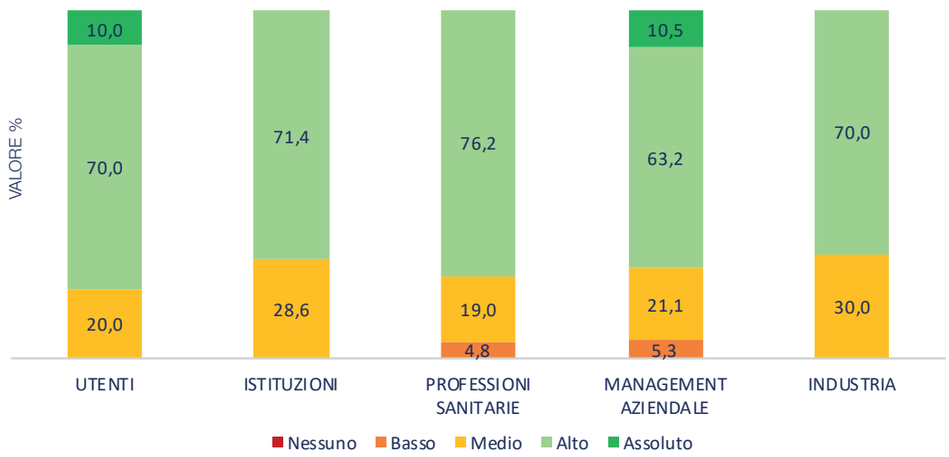
Il primo indicatore è stato scelto per l'evidenza disponibile sul tema e per l'impatto sulla salute della popolazione, essendo la cardiopatia ischemica la prima causa di morte in Italia; il secondo è stato ritenuto rappresentativo dell'appropriatezza di corretta presa in carico del paziente anziano in strutture postacuzie, implicando (per compensazione) la capacità di presa in carico da parte dell'assistenza primaria; il terzo è rappresentativo invece dell'appropriatezza di ricorso al regime di ricovero ospedaliero ordinario.

Per tutti e tre gli indicatori oltre il 98% dei votanti di ogni Categoria ha espresso un livello di accordo alto o assoluto.

Sul primo indicatore proposto, *Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 2 giorni*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dall'89,6% dei votati.

Management aziendale, Professioni sanitarie ed Utenti sono risultate essere le categorie meno omogenee in termini di livello di apprezzamento dell'indicatore; Industria ed Istituzioni sono invece risultati allineati, sebbene raggiungano appena la soglia minima prefissata

Figura 3.7
Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 2 giorni



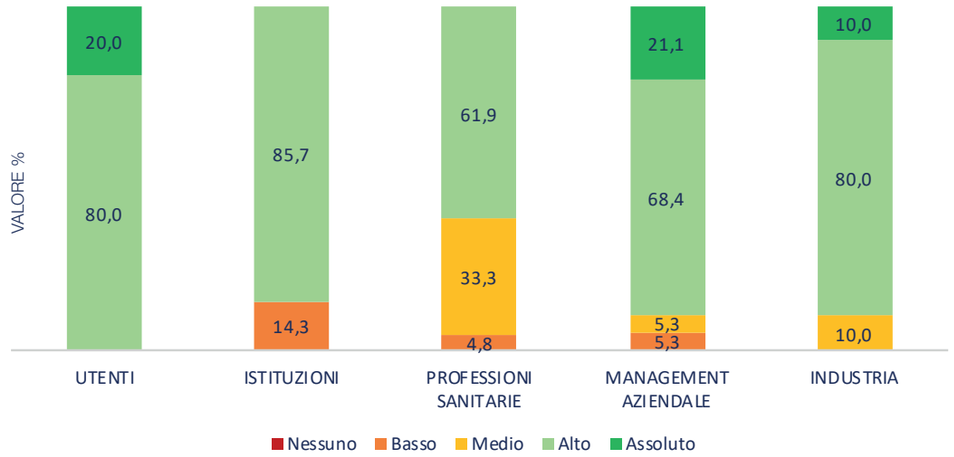
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- Il 10,0% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo assoluto, il 70,0% alto ed il 20,0% medio
- Il 71,4% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo alto ed il 28,6% medio
- Il 76,2% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo alto ed il 19,0% medio; il 4,8% ha condiviso poco l'indicatore (livello basso)
- Il 10,5% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 63,2% alto, il 21,1% medio ed il 5,3% ha condiviso poco l'indicatore proposto
- Il 70,0% dei votanti dell'Industria medicale ha espresso un livello di accordo alto ed il 30,0% medio.

Sul secondo indicatore proposto, *Quota pazienti over 75 dimessi non al domicilio*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dall'82,1% dei votanti. È risultato essere complessivamente meno apprezzato dal *Management* aziendale e dalle Professioni sanitarie.

Figura 3.8
Quota pazienti *over* 75 dimessi non al domicilio



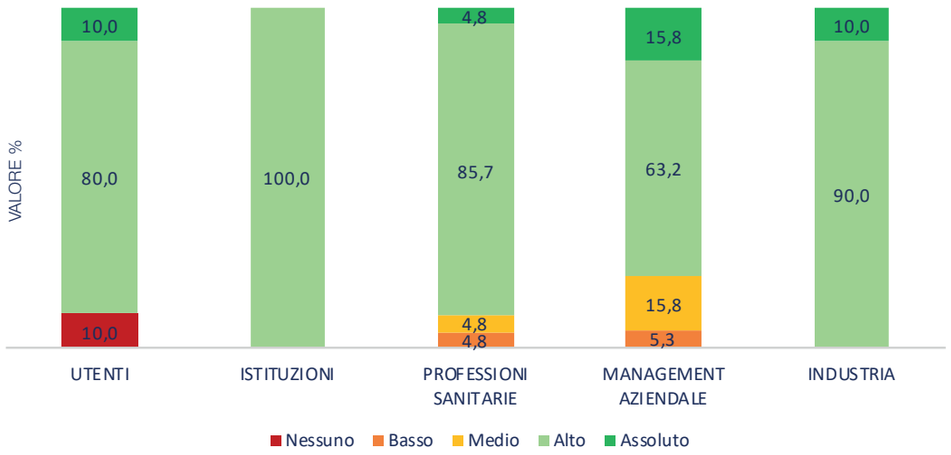
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- Il 20,0% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo assoluto e l'80,0% alto
- L'85,7% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo alto ed il 14,3% medio
- Il 61,9% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo alto, il 33,3% medio ed il 4,8% basso, non raggiungendo quindi la soglia prefissata per il complesso del campione
- Il 21,1% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 68,4% alto, il 5,3% medio ed il 5,3% ha condiviso molto poco l'indicatore proposto (livello basso)
- Il 10,0% dei votanti dell'Industria medicale ha espresso un livello di accordo assoluto, l'80,0% alto ed il 10,0% medio.

Sul terzo indicatore proposto, *Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dall'74,6% dei votanti. Il 10,0% degli Utenti non lo ha condiviso assolutamente; all'estremo opposto troviamo l'Industria e le Istituzioni.

Figura 3.9
Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- Il 10,0% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo assoluto, l'80,0% alto; il restante 10,0% non ha condiviso per niente l'indicatore proposto
- Tutti i votanti delle Istituzioni sono stati concordi nell'attribuire un livello di accordo alto
- Il 4,8% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, l'85,7% alto, il 4,8 % medio ed il 4,8% ha condiviso poco l'indicatore proposto
- Il 15,8% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 63,2% alto ed il 15,8% medio; il 5,3% ha condiviso poco l'indicatore proposto (livello basso)
- Il 10,0% dei votanti dell'Industria medicale ha espresso un livello di accordo assoluto ed il 90,0% alto

Dimensione Innovazione

Per la Dimensione Innovazione, sono stati proposti gli indicatori: *Consumo pro-capite annuo per farmaci approvati da European Medicine Agency negli ultimi 3 anni ed ammessi alla rimborsabilità*, *Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni e Quota di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);*

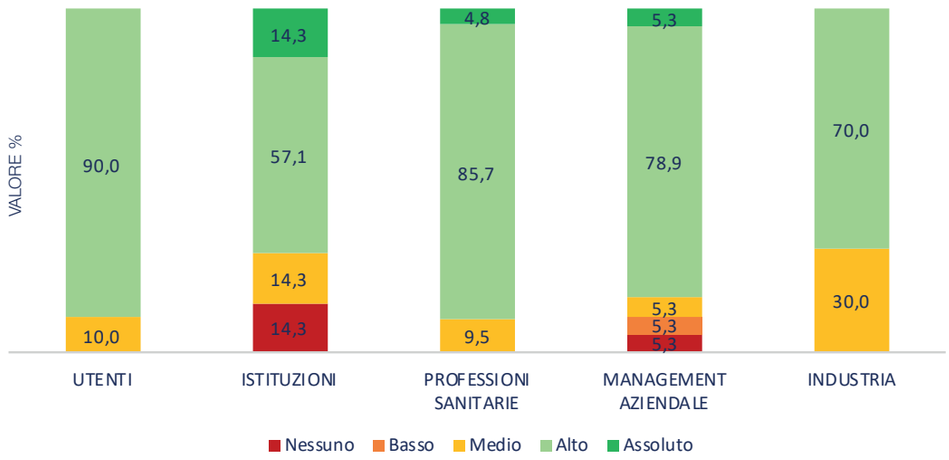
Il primo è stato scelto poiché si ritiene esprima una misura dell'accesso a livello locale dei farmaci di recente approvazione ed ammessi alla rimborsabilità; il secondo è stato scelto poiché il *Panel* nella precedente edizione ha indicato i PDTA quali strumenti rappresentativi dell'innovazione nel campo procedurale, così come il livello di informatizzazione nelle diverse Aziende Sanitarie.

Oltre il 94% dei votanti di ogni categoria ha espresso un livello di accordo alto o assoluto.

Sul primo indicatore, *Consumo pro-capite annuo per farmaci approvati da European Medicine Agency negli ultimi 3 anni ed ammessi alla rimborsabilità,* è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dall'83,6% dei votanti.

Complessivamente quest'indicatore è stato apprezzato soprattutto dalle Professioni sanitarie e dagli Utenti, meno dalle Istituzioni e dal *Management* aziendale.

Figura 3.10
Consumo pro-capite annuo per farmaci approvati da *European Medicine Agency* negli ultimi 3 anni ed ammessi alla rimborsabilità



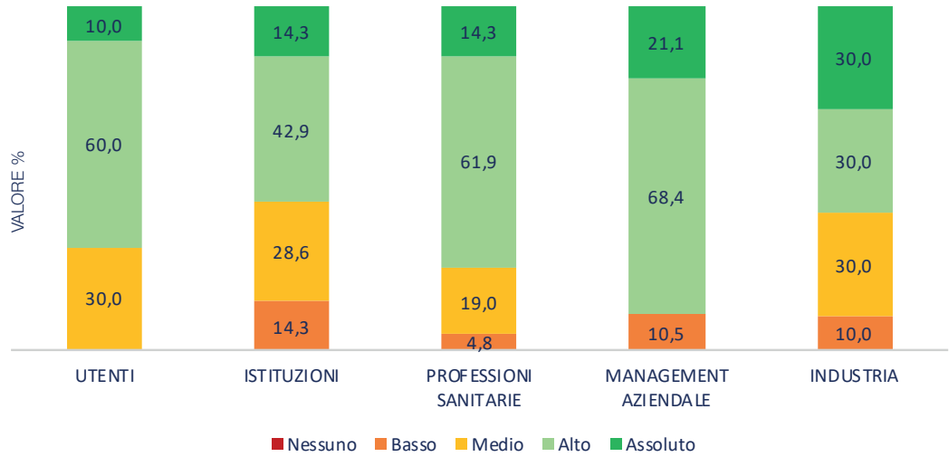
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- Il 90,0% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo alto ed il 10,0% medio.
- Il 14,3% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo assoluto, il 57,1% alto, il 14,3% medio ed il 14,3% medio ed il 14,3% non la ha condiviso per niente
- Il 4,8% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, l'85,7% alto ed il 9,5% medio
- Il 5,3% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 78,9% alto, il 5,3% medio, il 5,3% ha condiviso poco l'indicatore proposto e il 5,3% non la ha condiviso per niente
- Il 70,0% dei votanti dell'Industria medicale ha espresso un livello di accordo alto ed il 30,0% medio (raggiungendo quindi la soglia minima).

Sul secondo indicatore proposto, *Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni,* è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dall'74,6% dei votanti.

Figura 3.11
Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

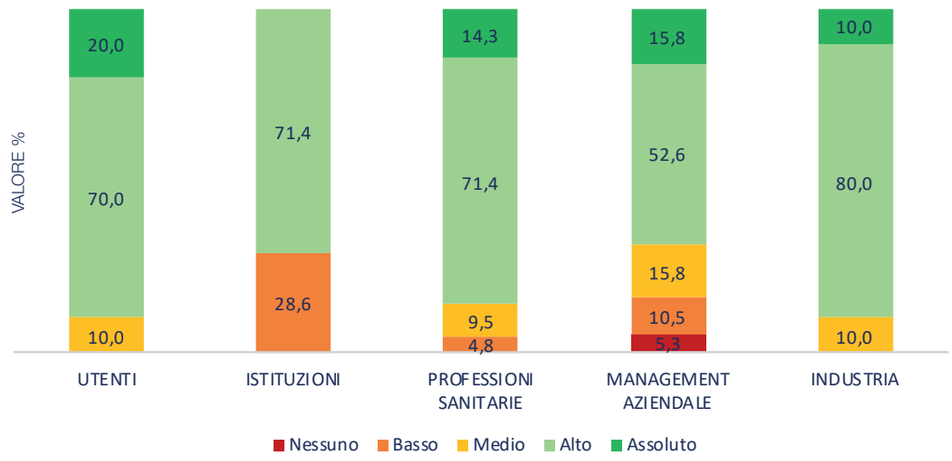
In particolare:

- Il 10,0% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo assoluto, il 60,0% alto ed il 30,0% medio, arrivando alla soglia minima prevista.
- Il 28,6% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo assoluto, il 42,9% alto, il 14,3% medio ed il 14,3% ha condiviso poco l'indicatore proposto
- Il 14,3% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, il 61,9% alto, il 19,0% medio; ed il 4,8% ha condiviso poco l'indicatore proposto
- Il 21,1% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 68,3% alto e il 10,5% ha condiviso poco l'indicatore proposto
- Il 30,0% dei votanti dell'Industria medicale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 30,0% alto, il 30,0% medio ed il 10,0% ha condiviso poco l'indicatore proposto.

Sul terzo indicatore proposto, *Quota di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dall'80,6% dei votanti.

Complessivamente sembra essere stato meno condiviso da Istituzioni e *Management* aziendale

Figura 3.12
Quota di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- Il 20,0% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo assoluto, il 70,0% alto ed il 10,0% medio
- Il 71,4% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo alto; il 28,6% ha invece condiviso poco l'indicatore proposto
- Il 14,3% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, il 71,4% alto, il 9,5% medio ed il 4,8% ha condiviso poco l'indicatore proposto
- Il 15,8% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 52,6% alto, il 15,8% medio, il 10,5% ha condiviso poco l'indicatore proposto; il 5,3% non la ha condiviso per niente: quindi a livello di categoria non si raggiunge la soglia del 70%
- Il 10,0% dei votanti dell'Industria medicale ha espresso un livello di accordo assoluto, l'80,0% alto ed il 10,0% 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* e *Incidenza della spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL*.

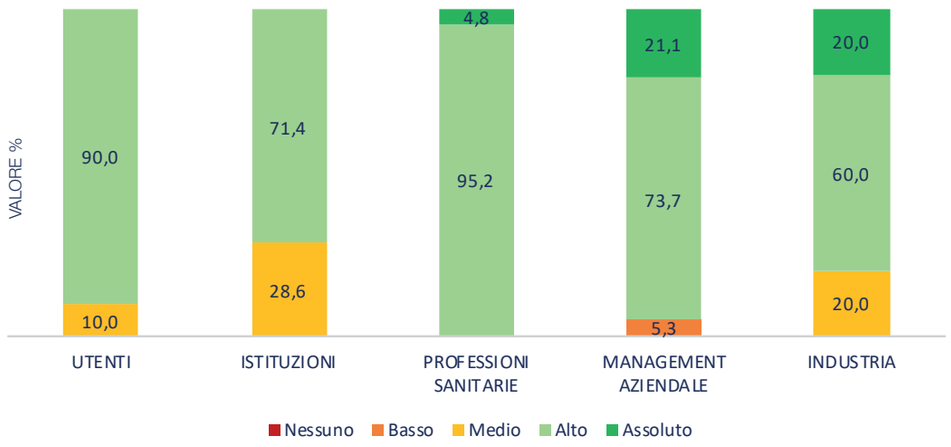
Il primo indicatore proposto è stato scelto perché ritenuto il più idoneo per l'ambito di valutazione, pubblico e privato, e la standardizzazione è necessaria in quanto i bisogni delle popolazioni non sono omogenei; il secondo indicatore è stato scelto perché sembra sintetizzare al meglio il rispetto 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.

Per tutti e tre gli 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 91,0% dei votanti.

Industria e *Management* aziendale 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 expert Panel

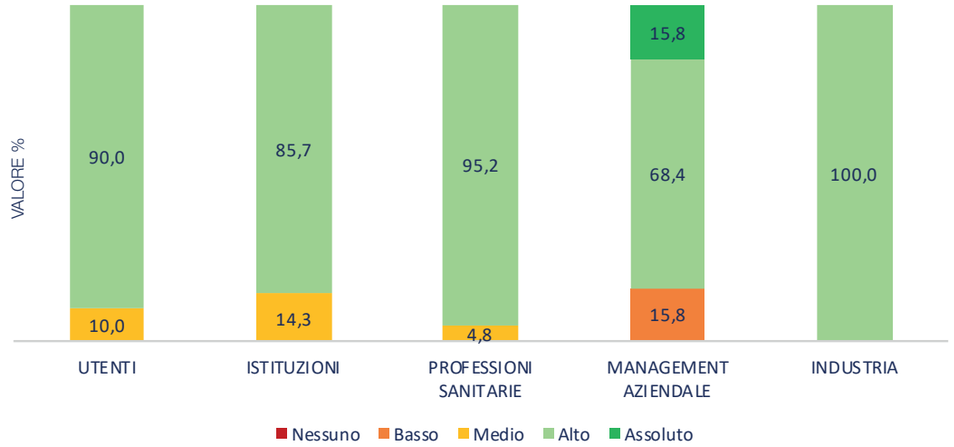
Nello specifico:

- Il 90,0% degli Utenti votanti ha espresso un livello di accordo alto ed il 10,0% medio
- Il 71,4% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo alto ed il 28,6% medio
- Il 4,8% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto ed il 95,2% alto
- Il 21,1% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 73,7% alto e il 5,3% ha condiviso poco l'indicatore
- Il 20,0% dei votanti dell'Industria medicale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 60% alto ed il 20,0% medio.

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

Il *Management* aziendale è risultata essere la categoria più eterogenea in termini di livello di apprezzamento dell'indicatore proposto.

Figura 3.14
Disavanzo pro-capite



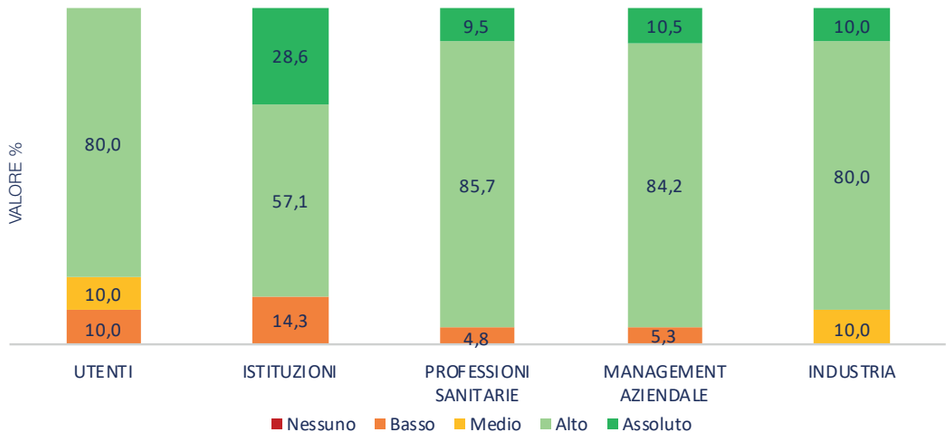
Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- Il 90,0% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo alto ed il 10,0% medio.
- L'85,7% dei votanti delle Istituzioni ha espresso un livello di accordo alto ed il 14,3% medio
- Il 95,2% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo alto; solo il 4,8% medio
- Il 15,8% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto, il 68,4% alto ed il 15,8% ha condiviso poco l'indicatore, attribuendo un livello basso
- Tutti i votanti dell'Industria medicale hanno espresso un livello di accordo alto.

Sul terzo indicatore proposto, *Incidenza spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL*, è stato espresso un livello di accordo alto o assoluto dal'91,0% dei votanti.

Figura 3.15
Incidenza spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL



Fonte: elaborazione selezione indicatori componenti expert Panel

In particolare:

- L'80,0% dei votanti della categoria Utenti ha espresso un livello di accordo alto, il 10,0% medio ed il 10,0% ha basso
- Il 28,6% dei votanti delle Istituzioni lo ha condiviso a pieno, il 57,1% molto; il restante 14,3% lo ha condiviso meno attribuendo un livello di accordo medio
- Il 9,5% dei votanti delle Professioni sanitarie ha espresso un livello di accordo assoluto, l'85,7% alto ed il 4,8% ha condiviso poco l'indicatore proposto
- Il 10,5% dei votanti del *Management* aziendale ha espresso un livello di accordo assoluto e l'84,2% alto; solo il 5,3% ha attribuito un livello di accordo basso
- Il 10,0% dei votanti dell'Industria medicale ha espresso un livello di accordo assoluto, l'80,0% alto ed il 10,0% medio.

3.2 Le funzioni di valore degli indicatori

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

Si pone di conseguenza la necessità di elicitare 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 a 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", "peggiore" e in 6 punti intermedi; in particolare è stato posto come valore "peggiore" una determinazione "peggiore di quella peggiore" a livello nazionale; simmetricamente per i valori "migliori".

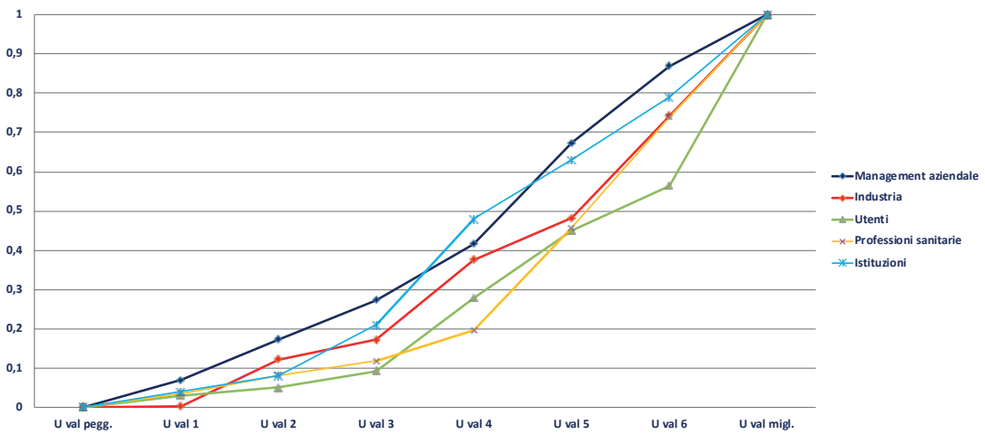
Grazie all'elevato numero di componenti del *Panel* intervenuti al *meeting* e all'equidistribuzione tra rappresentanti delle Regioni in Piano di Rientro e a quelle in sostanziale equilibrio, anche in questa edizione è stata elaborata la funzione valore distintamente per le due "sotto-categorie".

Quota di famiglie impoverite per spese sanitarie *Out of Pocket* (Dimensione Sociale)

La funzione valore ottenuta per l'indicatore risulta omogena 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. 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 maggiormente rispecchiare tale andamento sono l'Industria, gli Utenti e le Professioni sanitarie, mentre il *Management* e le Istituzioni assumono un atteggiamento più neutrale, ovvero di miglioramento del contributo alla *Performance* sostanzialmente proporzionale al miglioramento del valore dell'indicatore.

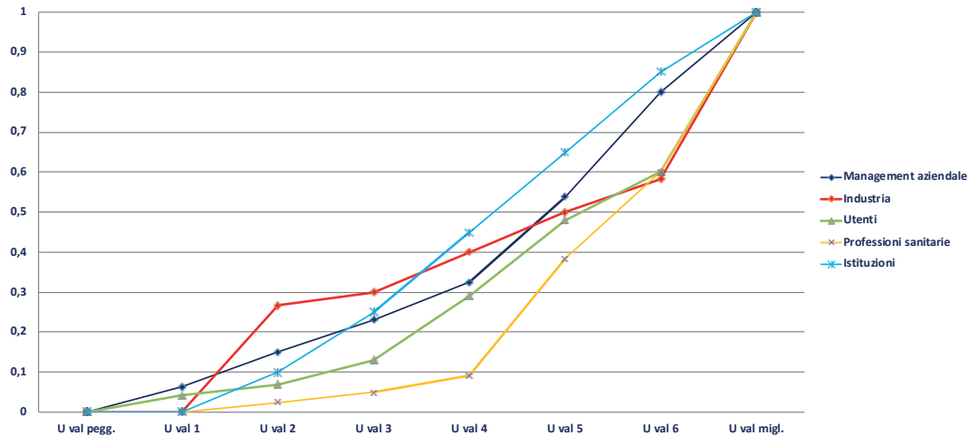
Figura 3.16
Quota di famiglie impoverite per spese sanitarie OOP
Funzione valore per Categoria



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, in particolare quelli appartenenti all'Industria, risultano essere più tolleranti nei confronti dei valori peggiori (alta quota di famiglie impoverite). Per il *Management* aziendale si riscontra un miglioramento in termini di *Performance* sostanzialmente proporzionale al valore dell'indicatore per la prima metà della distribuzione, anche se più "rigido" rispetto alla media della Categoria, più che proporzionale invece nella seconda metà.

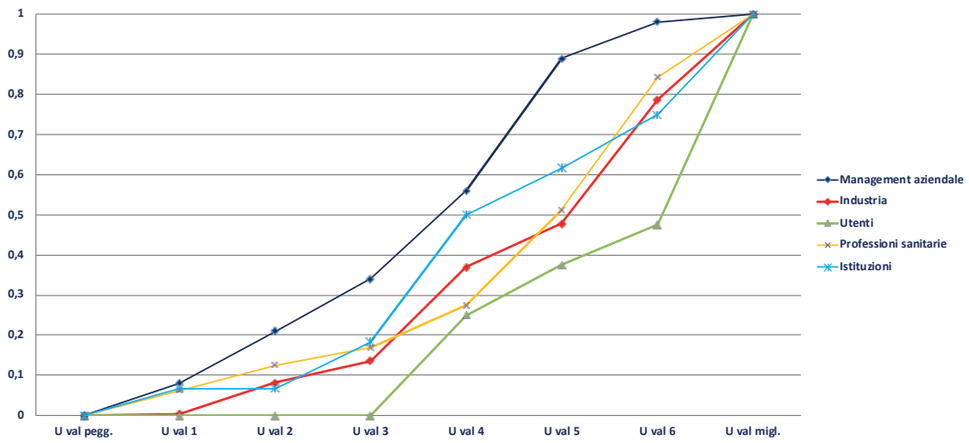
Figura 3.17
Quota di famiglie impoverite per spese sanitarie OOP
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



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

I componenti delle Regioni in Piano di Rientro, ad accezione del *Management* aziendale che si è dimostrato più tollerante attribuendo una proporzionalità sostanzialmente diretta tra contributo alla *Performance* e valore dell'indicatore, "puniscono" valori alti di impoverimento, ritenendoli appunto poco accettabili: in particolare gli Utenti, ritengono del tutto inaccettabili valori dell'indicatore nella prima metà della distribuzione; per Istituzioni, Industria e Professioni sanitarie si rileva un miglioramento meno che proporzionale della *Performance* al miglioramento dei valori per il primo terzo della distribuzione (ovvero in caso di spostamenti dalle posizioni peggiori), e uno più che proporzionale nell'ultimo terzo della distribuzione (ovvero in caso di avvicinamento a quelli migliori).

Figura 3.18
Quota di famiglie impoverite per spese sanitarie OOP
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro



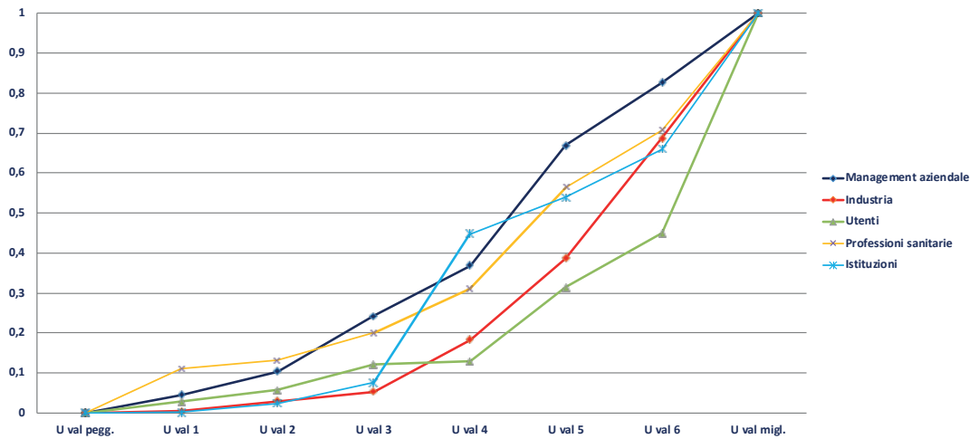
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici (Dimensione Sociale)

Per l'indicatore *Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici*, si riscontra un atteggiamento di quasi totale inaccettabilità del fenomeno della rinunce per livelli di ricorso della prima metà della distribuzione; per gli Utenti e l'Industria, si evidenzia una crescita del valore più che proporzionale alla diminuzione del valore delle determinazioni (ovvero al miglioramento dell'indicatore), particolarmente evidente nella seconda metà della distribuzione; nella prima metà il contributo alla *Performance* è praticamente nullo.

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

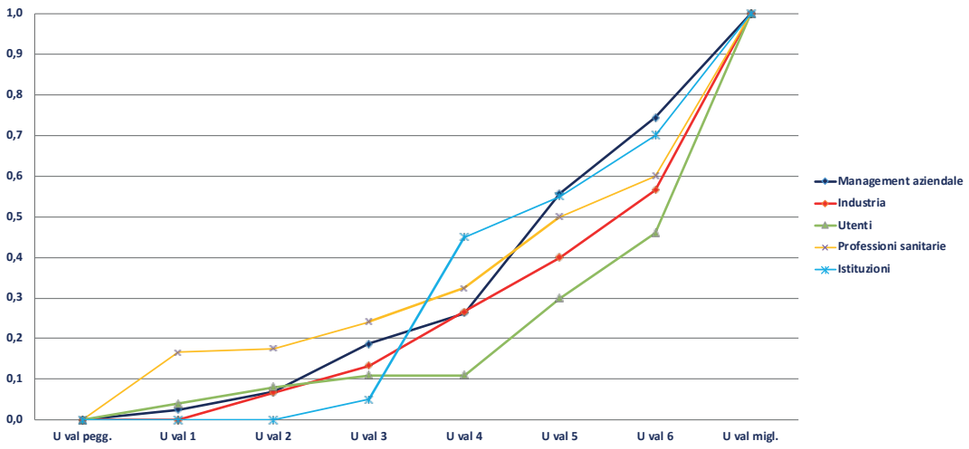
Figura 3.19
Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
Funzione valore per Categoria



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

Per i componenti delle Istituzioni operanti in Regioni non in Piano risultano 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. Le Professioni sanitarie delle Regioni in sostanziale equilibrio, a differenza del precedente indicatore (impoverimento), tendono ad accettare maggiormente valori peggiori dell'indicatore (primo quinto della distribuzione).

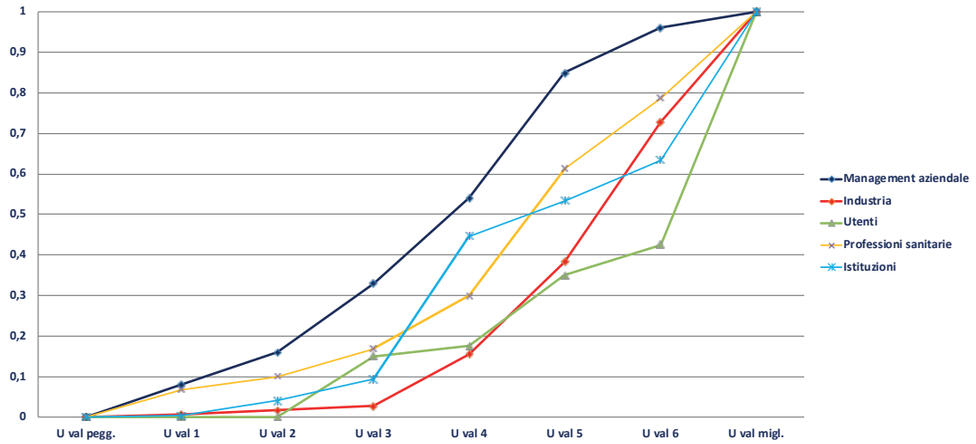
Figura 3.20
Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



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

Fra i componenti del *Panel* appartenenti alle Regioni in Piano di Rientro, gli Utenti, l'Industria e le Istituzioni ritengono inaccettabili valori peggiori dell'indicatore; per le altre Categorie si riscontra invece un atteggiamento di neutralità.

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

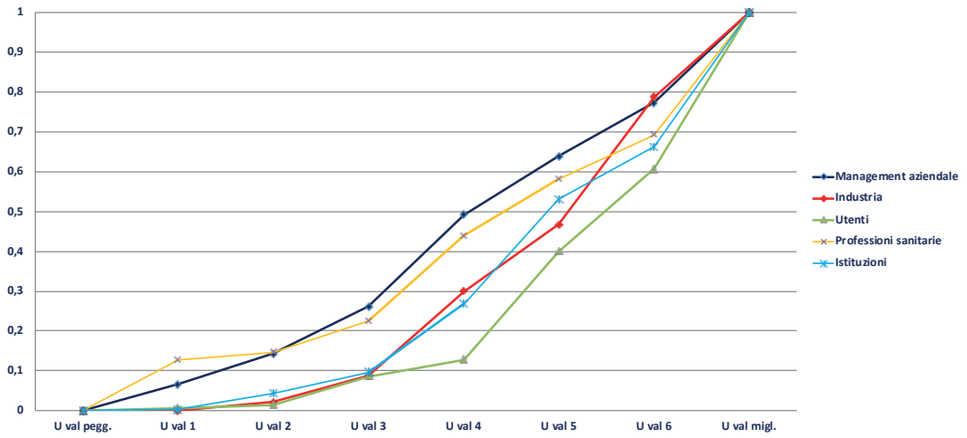


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Quota famiglie con spese sanitarie *Out of Pocket* catastrofiche (Dimensione Sociale)

Da ultimo, per l'indicatore della Dimensione Sociale, *Quota famiglie con spese sanitarie Out of Pocket catastrofiche*, il *Management* e le Professioni sanitarie attribuiscono un andamento lineare per tutta la distribuzione. Gli Utenti, le Istituzioni e l'Industria, invece, registrano una utilità crescente più che proporzionalmente nella seconda metà della distribuzione (ovvero all'avvicinarsi ai valori migliori), ritenendo quindi poco accettabile una quota di famiglie che sostiene spese sanitarie OOP catastrofiche prossima ai valori peggiori riscontrati sul territorio nazionale.

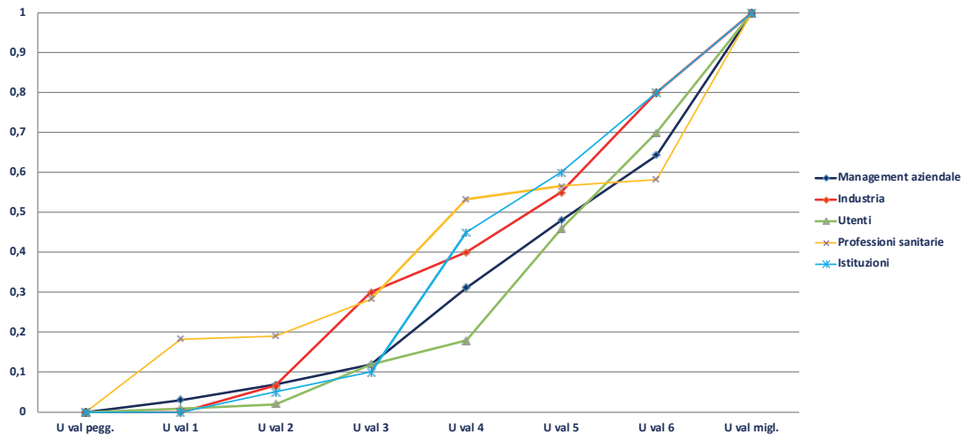
Figura 3.22
Quota famiglie con spese sanitarie *Out of Pocket* catastrofiche
Funzione valore per Categoria



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 nella prima parte della distribuzione e più che proporzionale nella seconda; ad eccezione delle Istituzioni, che sono più "tolleranti" per valori peggiori dell'indicatore nel primo terzo della distribuzione, associando all'indicatore una funzione di valore sigmoidale.

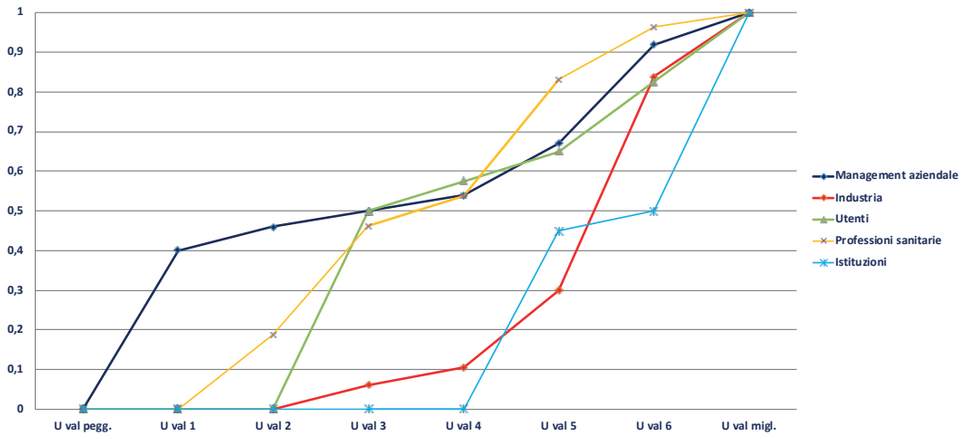
Figura 3.23
Quota famiglie con spese sanitarie *Out of Pocket* catastrofiche
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



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

Gli Utenti e l'Industria delle Regioni in Piano di Rientro, attribuiscono un livello di *Performance* praticamente nullo ad una quota elevata di famiglie che sostengono spese sanitarie OOP catastrofiche; per il *Management* aziendale si registra un andamento della funzione lineare, in linea con quella dei due precedenti indicatori, descrivendo l'opinione per cui anche valori peggiori non sono del tutto inaccettabili. Per le Istituzioni, invece, si riscontra un miglioramento del contributo alla *Performance* più che proporzionale per valori migliori dell'indicatore.

Figura 3.24
Quota famiglie con spese sanitarie *Out of Pocket* catastrofiche
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

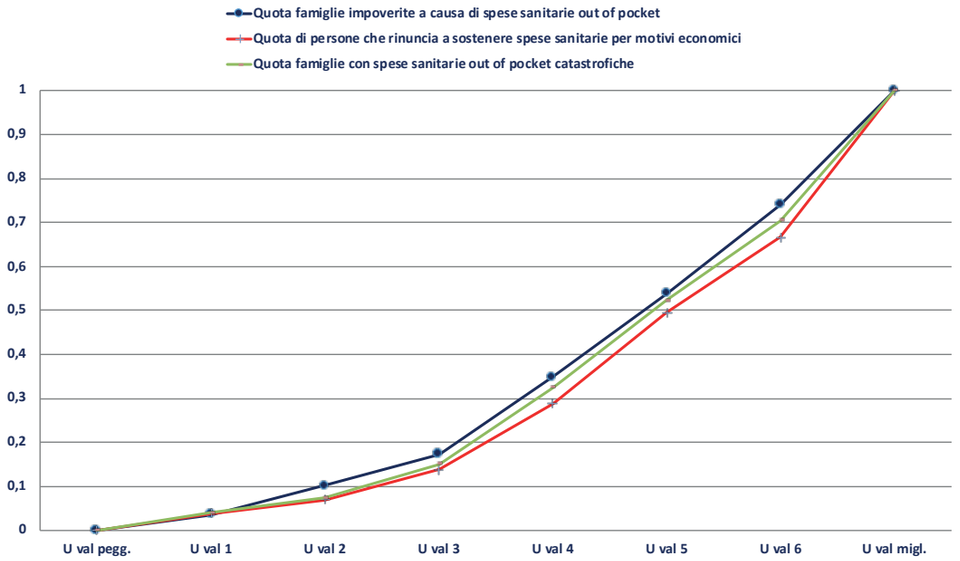


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

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, soprattutto per gli appartenenti alle categorie degli Utenti e delle Istituzioni.

Figura 3.25
Dimensione Sociale
Funzione valore media per indicatore



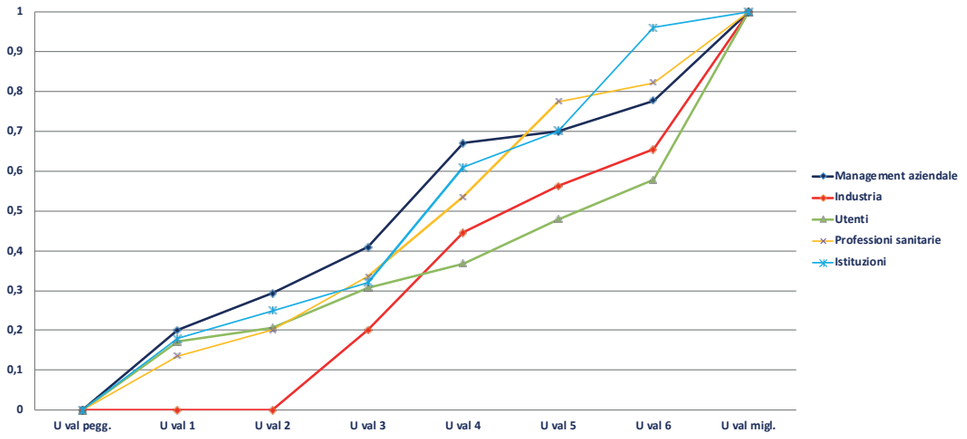
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Nelle Regioni in Piano di Rientro, sembra emergere una maggiore "rassegnazione" verso le problematiche sociali, ovvero verso l'esistenza di iniquità, probabilmente perché causate dalla fragilità socio-economica che caratterizza tutte le Regioni meridionali (in molti casi coincidenti con le Regioni in Piano di Rientro).

Prevalenza di persone senza disabilità (Dimensione Esiti)

Nella Dimensione Esiti, l'andamento della funzione valore dell'indicatore *Prevalenza di persone senza disabilità* risulta pressoché lineare, per quasi tutte le categorie di *stakeholder*, ad eccezione dell'Industria, i cui membri ritengono assolutamente inaccettabili i valori peggiori. Degna di nota è la implicita dichiarazione di parziale inaccettabilità da parte di tutte le altre categorie per i casi di alta prevalenza della disabilità.

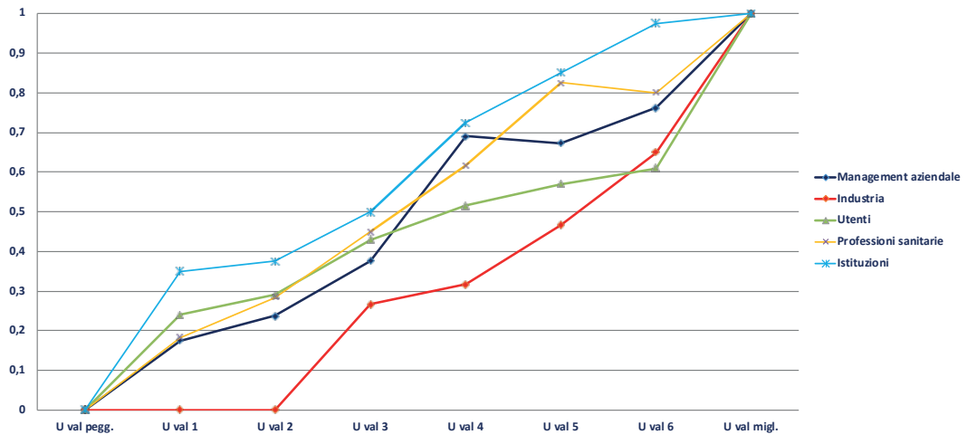
Figura 3.26
Prevalenza di persone senza disabilità
Funzione valore per categoria



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

Considerando gli *stakeholder* che afferiscono a Regioni in sostanziale equilibrio, gli andamenti si esasperano: l'Industria continua ad associare un beneficio nullo a valori dell'indicatore sotto la metà della distribuzione; le Istituzioni, invece, continuano a "tollerare" valori di prevalenza della disabilità prossimi ai peggiori riscontrati in ambito nazionale.

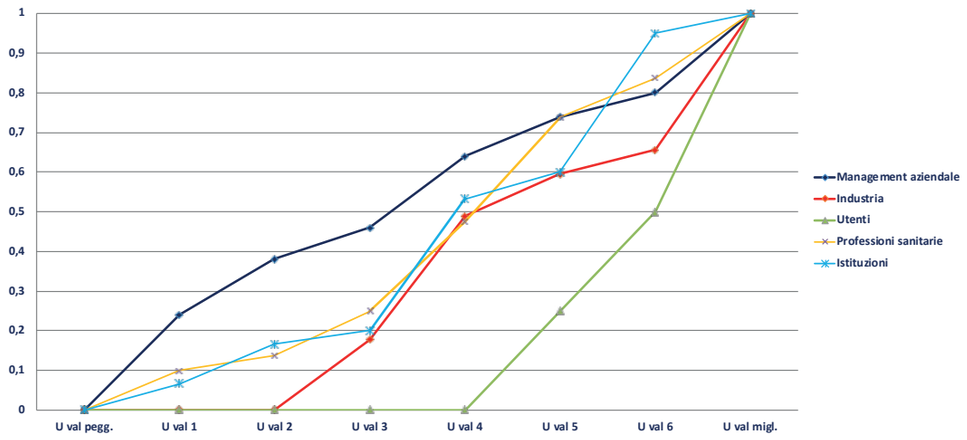
Figura 3.27
Prevalenza di persone senza disabilità
Funzione valore per categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



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", sia per l'Industria, sia soprattutto per gli Utenti, che ritengono assolutamente inaccettabili realtà con alta prevalenza di disabilità. Il *Management*, le Professioni sanitarie e le Istituzioni assumono invece un atteggiamento "neutrale" (proporzionalità).

Figura 3.28
Prevalenza di persone senza disabilità
Funzione valore per categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro



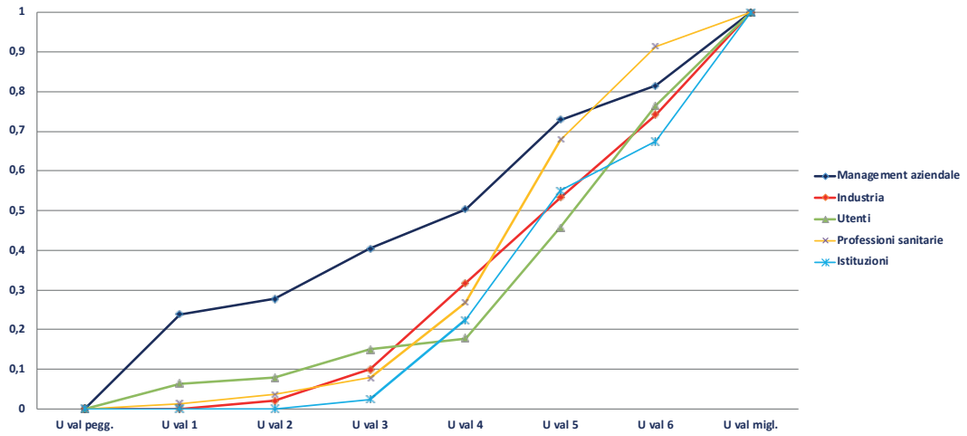
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Aspettativa di vita in buona salute (Dimensione Esiti)

Il contributo alla *Performance* dell'indicatore, *Aspettativa di vita in buona salute*, è valutato praticamente nullo per valori nella prima metà della distribuzione, ad eccezione del *Management* aziendale che invece associa un incremento di *Performance* proporzionale al miglioramento dell'indicatore.

Per valori della seconda parte della distribuzione, invece, si registra una utilità marginale valutata crescente all'aumentare del numero di anni che un individuo si aspetta di vivere in buona salute.

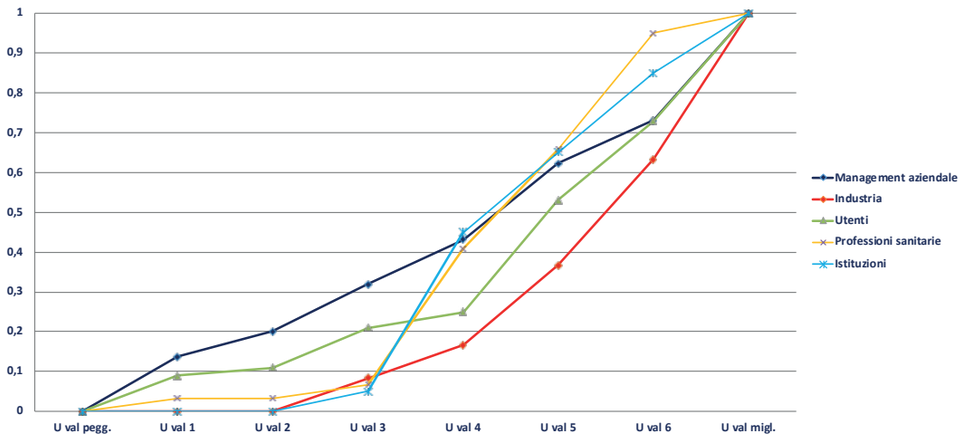
Figura 3.29
Aspettativa di vita in buona salute
Funzione valore per categoria



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

I rappresentanti dell'Industria delle Regioni in sostanziale equilibrio sembrerebbero associare vantaggi nulli a valori dell'indicatore sotto la media e vantaggi crescenti all'approssimarsi delle determinazioni migliori; anche gli Utenti non "assolvono" i risultati peggiori e associano grande beneficio nel caso di valori alti dell'indicatore. I Professionisti sanitari non accettano valori peggiori nella prima parte della distribuzione, ma associano vantaggi decrescenti all'approssimarsi dei valori migliori. Il *Management* aziendale continua ad assumere un atteggiamento sostanzialmente "neutrale".

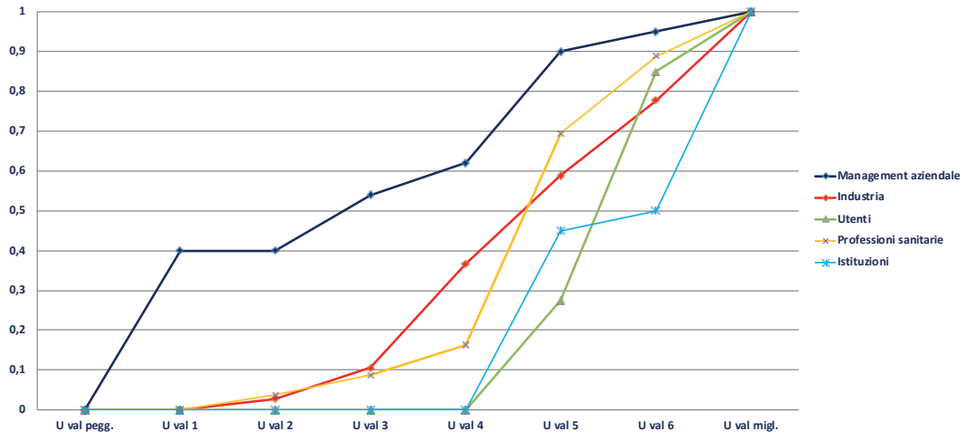
Figura 3.30
Aspettativa di vita in buona salute
Funzione valore per categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



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

Gli Utenti e le Istituzioni delle Regioni in Piano di Rientro ritengono inaccettabili i valori inferiori di aspettativa di vita in buona salute; l'andamento della funzione valore per gli appartenenti al *Management* aziendale, implicitamente sconta l'opinione per cui anche un numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere abbastanza prossimo a quello minimo riscontrato a livello nazionale può essere accettabile.

Figura 3.31
Aspettativa di vita in buona salute
Funzione valore per categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

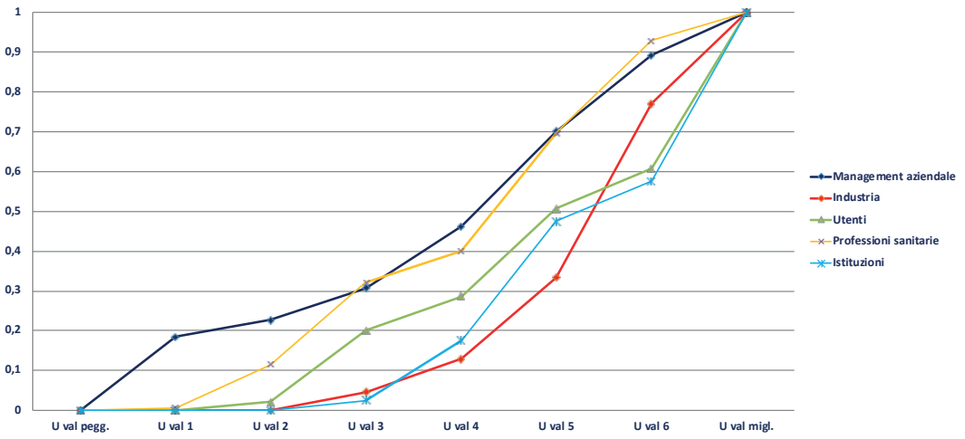


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Quota persone molto soddisfatte dell'assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL (Dimensione Esiti)

L'ultimo indicatore della Dimensione Esiti, la *Quota persone molto soddisfatte dell'assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL*, ha una funzione 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 gli Utenti, Industria ei rappresentanti delle Istituzioni.

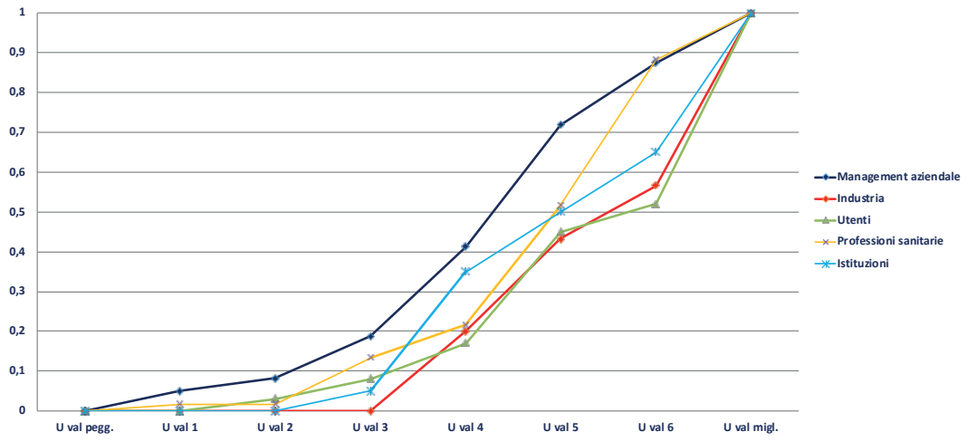
Figura 3.32
Quota persone molto soddisfatte dell'assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL
Funzione valore per categoria



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

Distinguendo per la provenienza degli *stakeholder*, si riscontra che, rappresentanti dell'Istituzioni, dei Professionisti sanitari, dell'Industria e degli Utenti delle Regioni in sostanziale equilibrio, ritengono assolutamente inaccettabili i valori dell'indicatore nella prima metà della distribuzione.

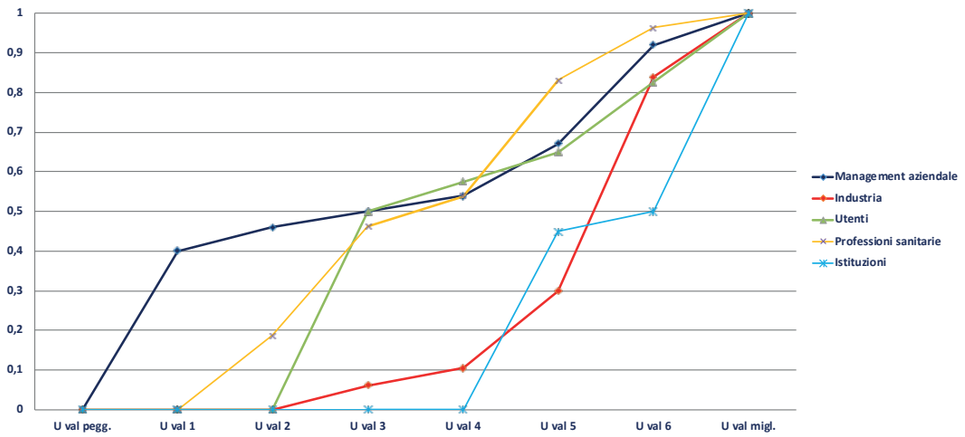
Figura 3.33
Quota persone molto soddisfatte dell'assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL
Funzione valore per categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



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

I rappresentanti degli Utenti, delle Istituzioni e dell'Industria delle Regioni in Piano di Rientro, addirittura li ritengono inaccettabili (ovvero forieri di nessun contributo alla *Performance*); di contro, il *Management* e le Istituzioni "assolvono" i risultati peggiori, associando un andamento lineare alla funzione di utilità.

Figura 3.34
Quota persone molto soddisfatte dell'assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL
Funzione valore per categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro



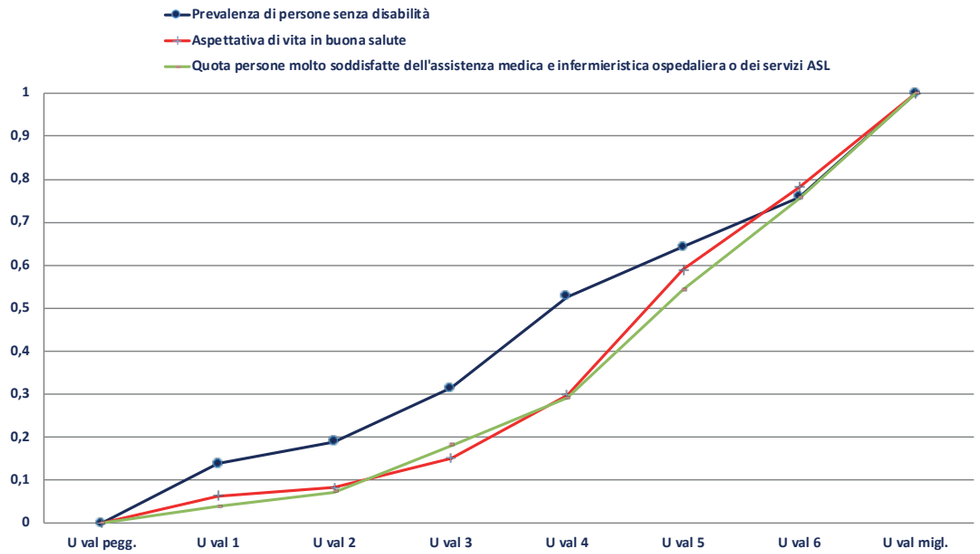
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

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 Piano di Rientro, ritengono che debbano essere particolarmente penalizzate le situazioni in cui gli indicatori, soprattutto l'Aspettativa di vita in buona salute e la Prevalenza di persone senza disabilità, presentano valori peggiori.

Si conferma che la composizione di andamenti difformi delle preferenze a livello di singole categorie di *stakeholder* esita in una linearità delle funzioni valore aggregate.

Figura 3.35
Dimensione Esiti
Funzione valore media per indicatore

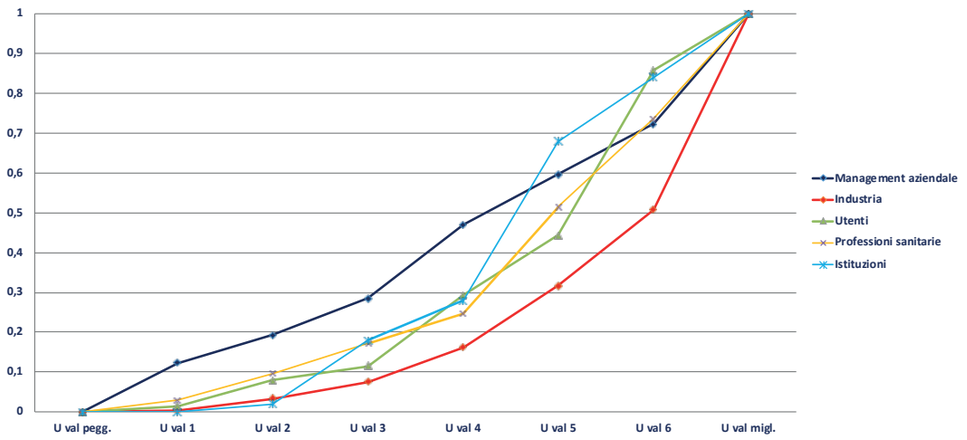


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 2 giorni (Dimensione Appropriatezza)

Passando alla Dimensione Appropriatezza, la funzione valore per l'indicatore *Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 2 giorni* risulta essere approssimativamente lineare per il *Management* aziendale; per tutte le altre categorie, si ritengono inaccettabili i valori peggiori dell'indicatore, con una leggera tendenza (maggiore per l'Industria) ad attribuire un contributo alla *Performance* più che proporzionale al progressivo miglioramento dell'indicatore, per valori nella seconda metà della distribuzione.

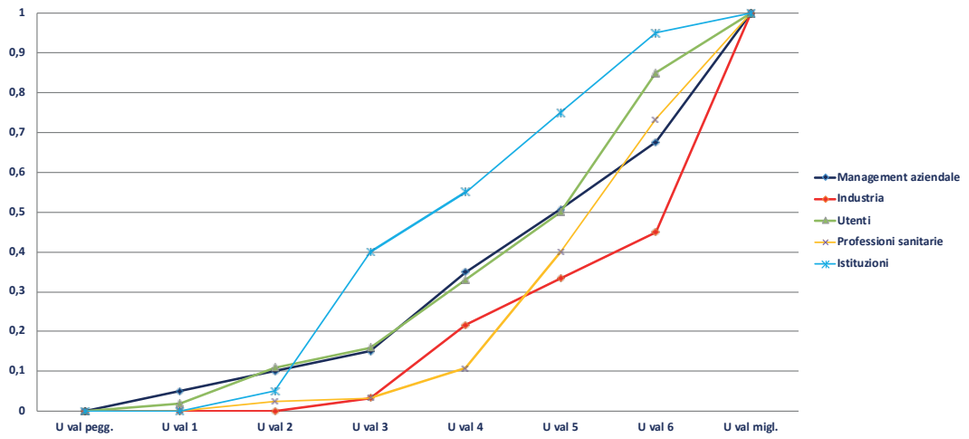
Figura 3.36
Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 2 giorni
Funzione valore per Categoria



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

Nelle Regioni in sostanziale equilibrio la funzione valore è sostanzialmente analoga, assumendo posizioni di stigma ancora più netti per i risultati peggiori; solo i rappresentati delle Istituzioni, che sembrano accettare anche valori peggiori dell'indicatore nella prima metà della distribuzione.

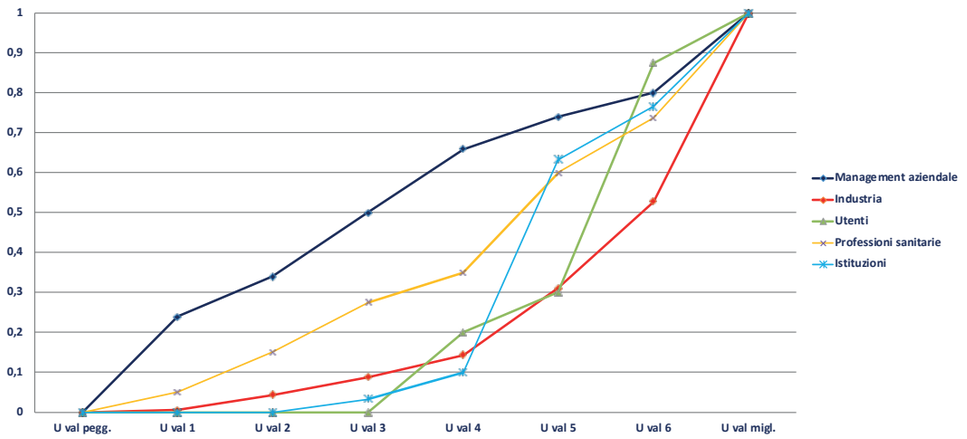
Figura 3.37
Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 2 giorni
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



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

Di contro i rappresentanti delle Istituzioni appartenenti alle Regioni in Piano di Rientro sono molto meno "tolleranti" verso determinazioni peggiori dell'indicatore, in linea con gli Utenti, e l'Industria; il *Management aziendale* tende invece ad accettare anche valori peggiori dell'indicatore.

Figura 3.38
Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 2 giorni
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

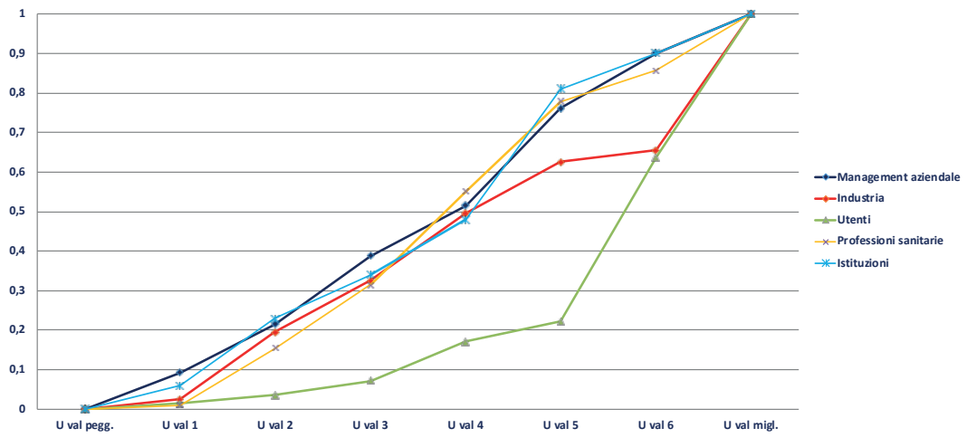


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Quota pazienti *over* 75 dimessi non al domicilio (Dimensione Appropriatezza)

La funzione valore ottenuta per l'indicatore *Quota pazienti over 75 dimessi vivi non al domicilio* presenta un andamento lineare per tutte le categorie, con benefici in termini di *Performance* proporzionali all'aumento del ricorso a modalità di dimissioni diverse dal domicilio; per gli Utenti, com'era lecito aspettarsi, questo aspetto è decisamente prioritario, ritenendo assolutamente poco accettabile un basso ricorso a tale modalità di dimissione.

Figura 3.39
Quota pazienti *over* 75 dimessi non al domicilio
Funzione valore per Categoria

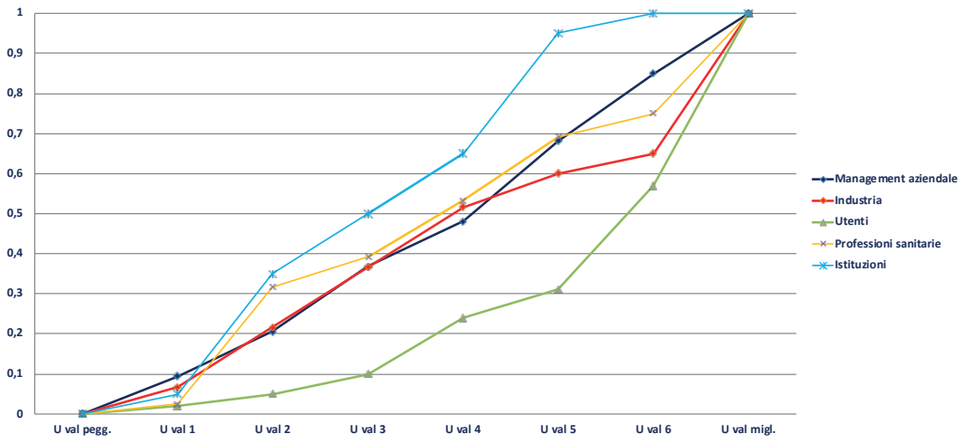


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Gli Utenti delle Regioni in sostanziale equilibrio presentano una funzione valore concava verso l'alto, ritenendo più che proporzionale il beneficio derivante da un aumento di pazienti *over* 75 dimessi in luoghi diversi dal domicilio.

I rappresentanti delle Istituzioni ritengono, invece, che non ci siano benefici per un aumento delle dimissioni di pazienti ultra*set*tantacinquenni in luoghi diversi dal domicilio superiore ai valori dell'ultimo terzo della distribuzione.

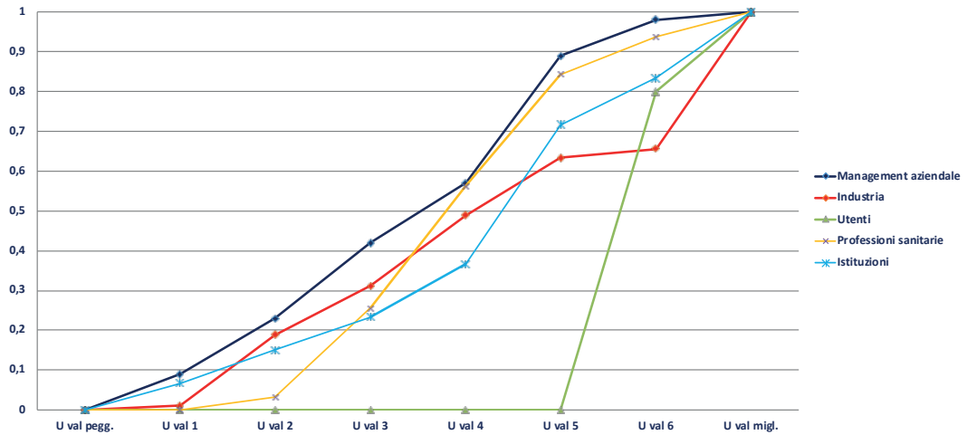
Figura 3.40
Quota pazienti *over* 75 dimessi non al domicilio
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



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

Per gli Utenti delle Regioni in Piano di Rientro, un basso ricorso a modalità di dimissioni per gli anziani diverse dal domicilio è assolutamente inaccettabile; per le altre categorie si riscontra un atteggiamento sostanzialmente lineare.

Figura 3.41
Quota pazienti *over* 75 dimessi vivi non al domicilio
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro



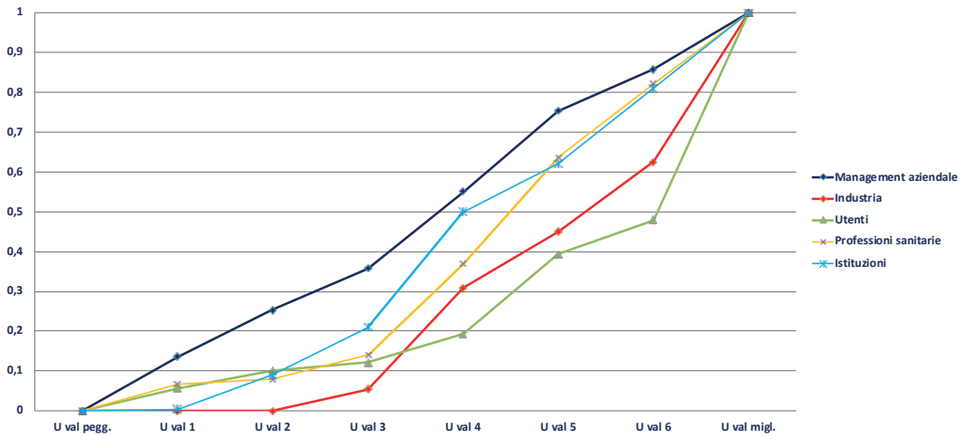
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati (Dimensione Appropriatezza)

L'ultimo indicatore della Dimensione Appropriatezza è la *Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati*, che registra un andamento lineare per quasi tutte le categorie di *stakeholder* ovvero una utilità proporzionale alle determinazioni numeriche. Solo per l'Industria e gli Utenti si riscontra una utilità marginale crescente nella seconda metà della distribuzione.

Esiste condivisione nel ritenere inaccettabili i valori peggiori dell'indicatore, ad accezione del *Management*, che, anche in questo caso, presenta un atteggiamento più "tollerante" nei confronti dei valori peggiori dell'indicatore.

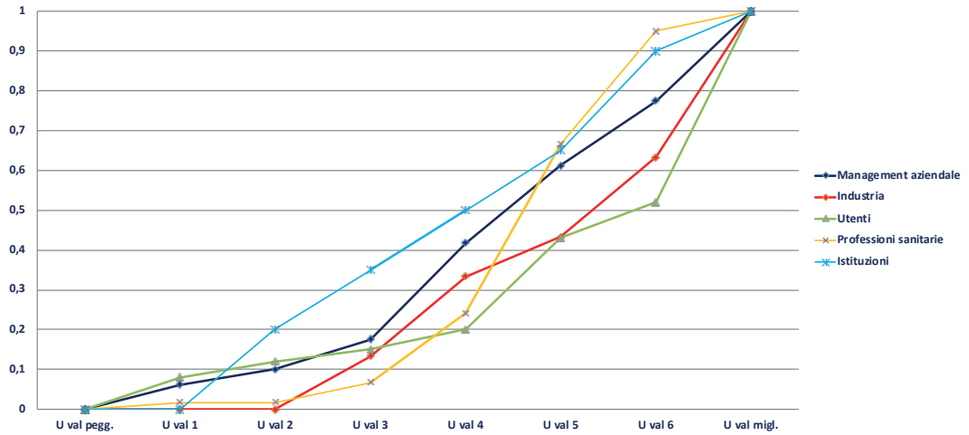
Figura 3.42
Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati
Funzione valore per Categoria



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 simile a quello "medio", ad eccezione del *Management* aziendale che si allinea alle altre categorie con un atteggiamento di minor tolleranza verso valori elevati di ricorso a ricoveri ordinari associati a DRG ad alto rischio di inappropriatezza.

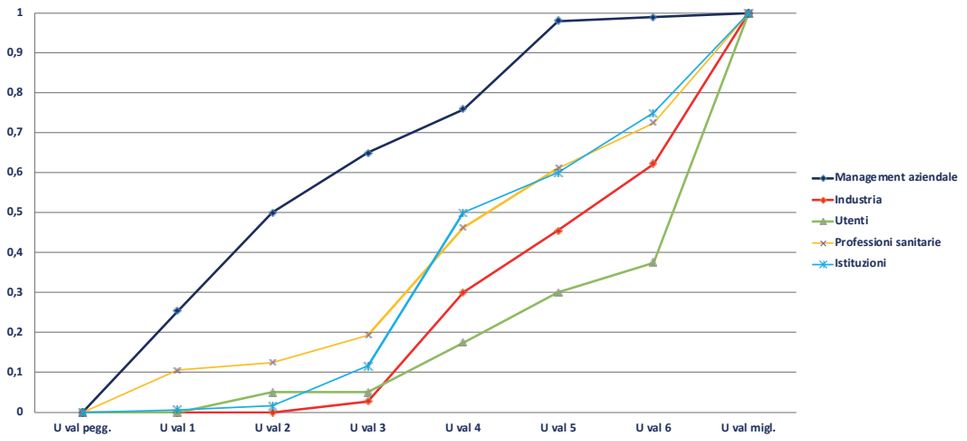
Figura 3.43
Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



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 il *Management* aziendale ritiene "tollerabili" i valori "peggiori" dell'indicatore e, non contributive in termini di *Performance,* riduzioni di DRG inappropriati al di sotto di una certa soglia, poiché ritenuti evidentemente impossibili da annullare del tutto; i Professionisti sanitari registrano una funzione di valore neutrale; gli Utenti, le Istituzioni e l'Industria non ritengono accettabili i valori peggiori dell'indicatore (prima parte della distribuzione), e attribuiscono a miglioramenti nella seconda metà della distribuzione un contributo alla *Performance* più che proporzionale.

Figura 3.44
Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro



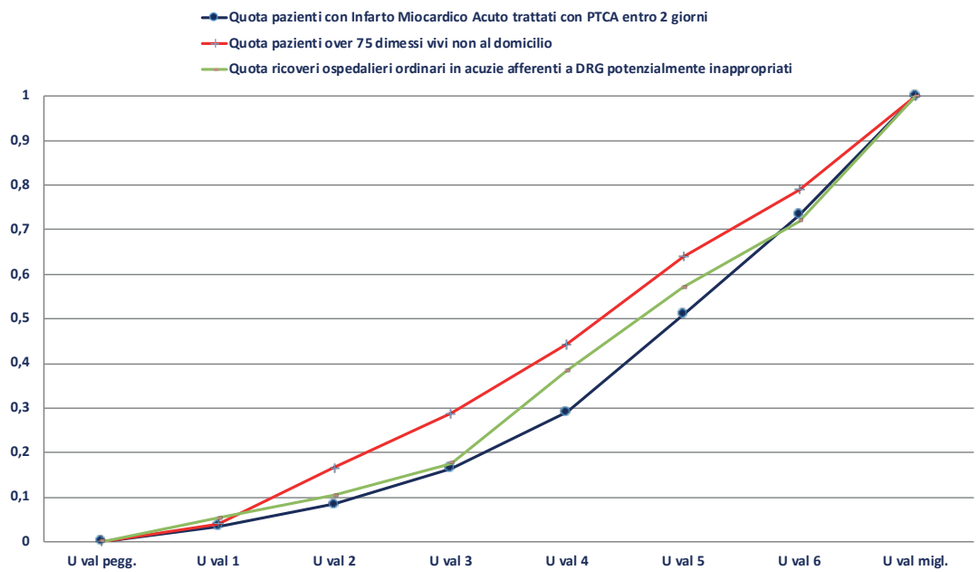
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Sintesi funzioni di valore degli indicatori della Dimensione Appropriatezza

Per gli indicatori in questa Dimensione, si riscontra un andamento lineare, condiviso tra tutte le categorie, in particolare per la *Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 2 giorni* e *Quota pazienti over 75 dimessi non al domicilio*. Prevalgono, invece, andamenti che esplicitano una utilità marginale crescente attribuita ai valori della *Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati.*

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

Figura 3.45
Dimensione appropriatezza
Funzione valore media per indicatore

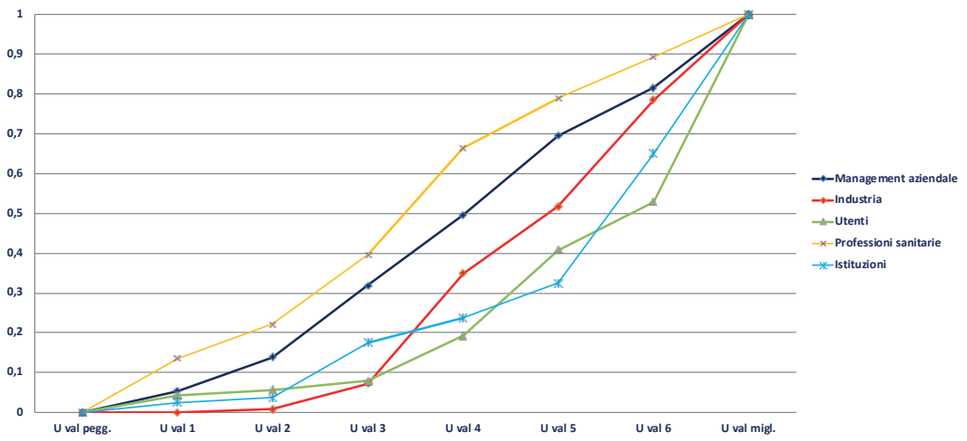


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Consumo pro-capite annuo per farmaci approvati da EMA negli ultimi 3 anni e ammessi alla rimborsabilità (Dimensione Innovazione)

Nella Dimensione Innovazione, l'indicatore *Consumo pro-capite annuo per farmaci approvati da EMA negli ultimi 3 anni e ammessi alla rimborsabilità,* ha funzione di valore approssimativamente lineare per il *Management* aziendale e i rappresentanti delle Istituzioni, e con concavità verso l'alto per tutte le altre categorie di *stakeholder*.

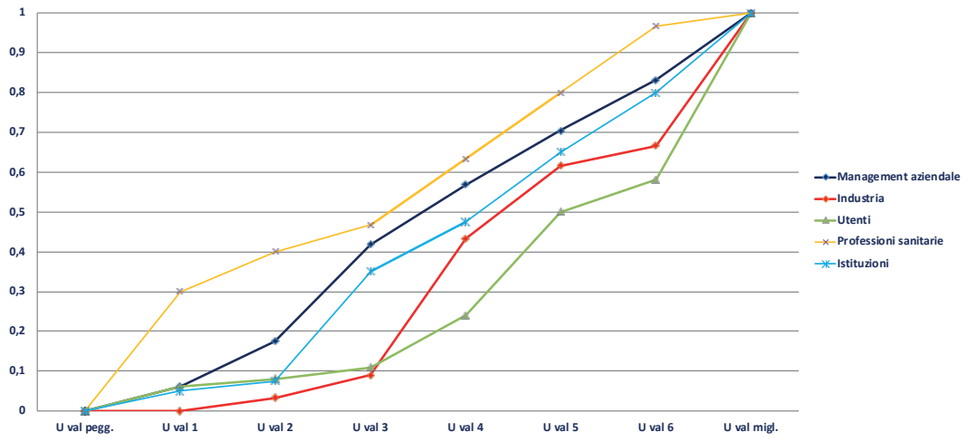
Figura 3.46
Consumo pro-capite annuo per farmaci approvati da *EMA* negli ultimi 3 anni e ammessi alla rimborsabilità
Funzione valore per Categoria



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

Non si apprezzano scostamenti significativi dalla proporzionalità nelle Regioni in sostanziale equilibrio, ad eccezione che per i Professionisti sanitari, i quali accettano anche valori relativamente bassi di ricorso ai farmaci "nuovi".

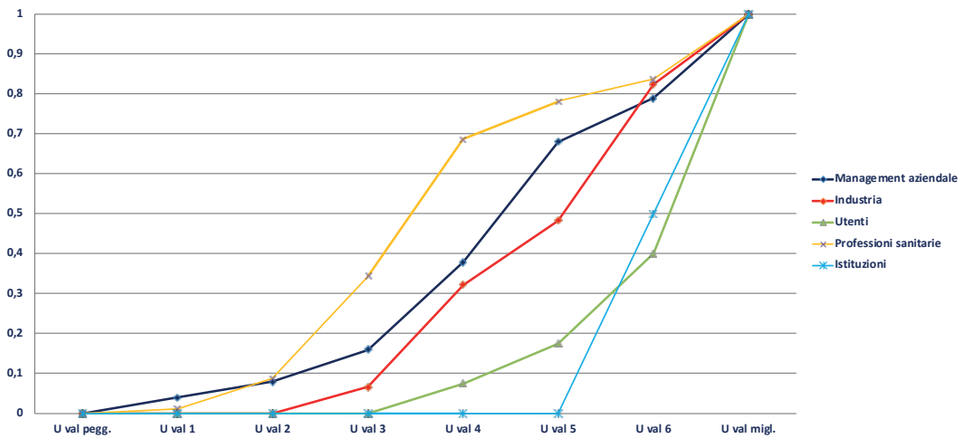
Figura 3.47
Consumo pro-capite annuo per farmaci approvati da *EMA* negli ultimi 3 anni e ammessi alla rimborsabilità
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



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

Di contro, gli *stakeholder* appartenenti alle Regioni in Piano di Rientro, soprattutto di Industria, Utenti e Istituzioni, ritengono assolutamente inaccettabile un basso ricorso ai farmaci "nuovi", attribuendo poi una utilità marginale decrescente all'aumentare di tale consumo; per le Professioni sanitarie ed il *Management* il contributo alla *Performance* aumenta proporzionalmente al migliorare del valore dell'indicatore.

Figura 3.48
Consumo pro-capite annuo per farmaci approvati da *EMA* negli ultimi 3 anni e ammessi alla rimborsabilità
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

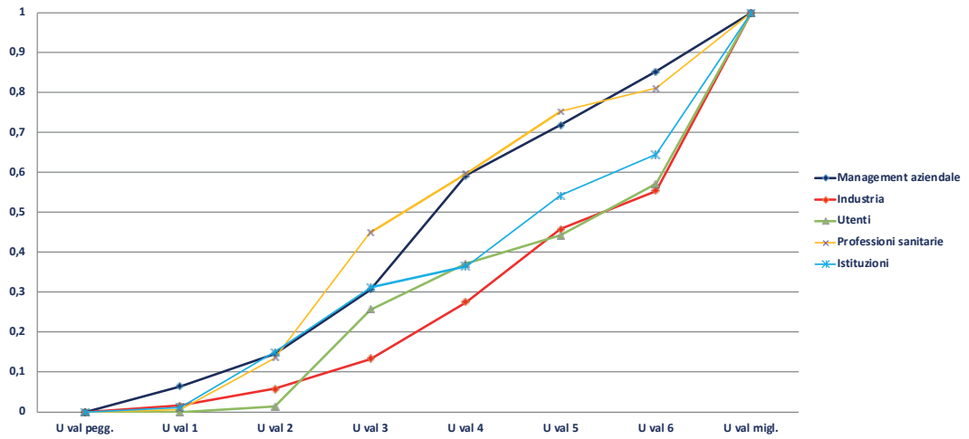


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni (Dimensione Innovazione)

Il secondo indicatore della Dimensione Innovazione, il *Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni*, per tutte le categorie ha una utilità che cresce in modo proporzionale.

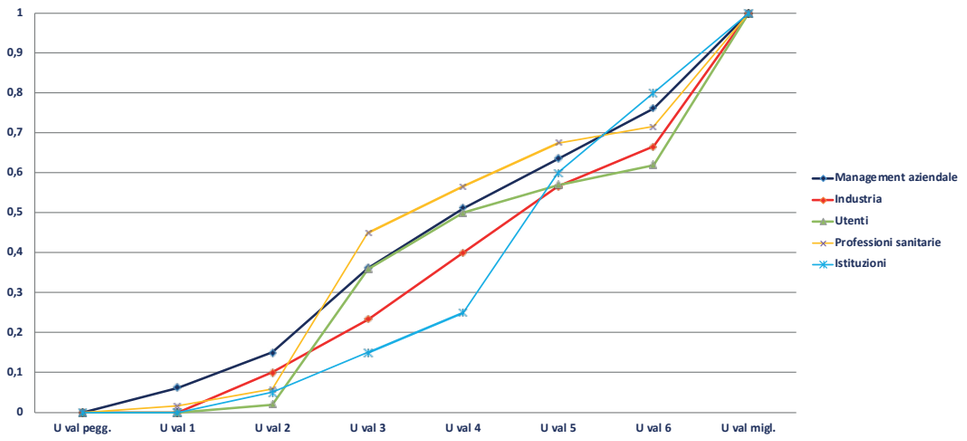
Figura 3.49
Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni
Funzione valore per Categoria



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

Tale valutazione si conferma per tutte le categorie di *stakeholder* che provengono da Regioni in sostanziale equilibrio.

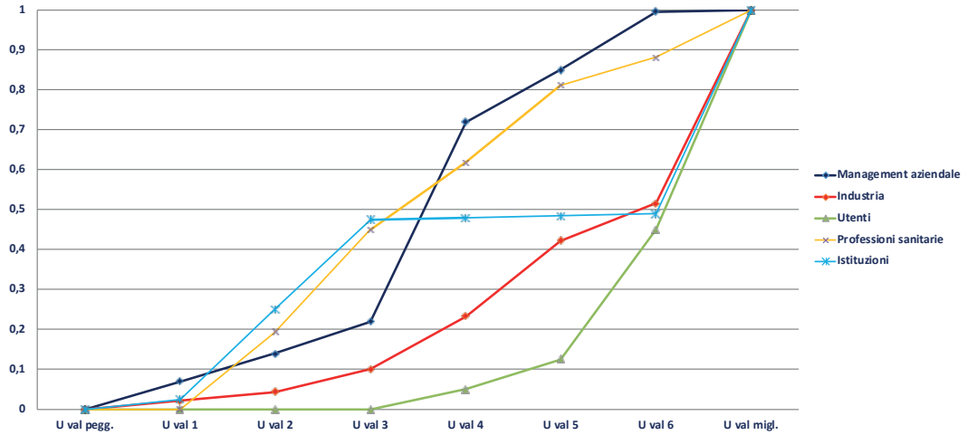
Figura 3.50
Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



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

Per quelli delle Regioni in Piano di Rientro, si riscontra un andamento della funzione di valore con concavità verso l'alto (utilità marginale crescente) per Industria ed Utenti, mentre si conferma lineare per le restanti categorie.

Figura 3.51
Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro

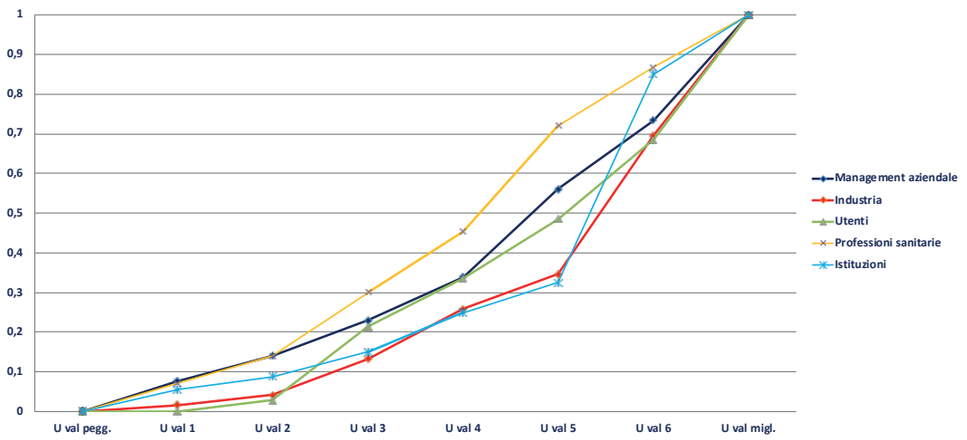


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Quota di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Elettronico Sanitario (FSE) (Dimensione Innovazione)

L'ultimo indicatore relativo alla Dimensione Innovazione è la *Quota di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Elettronico Sanitario (FSE)*, la cui funzione di valore assume un andamento di sostanziale linearità per tutte le categorie di *stakeholder*.

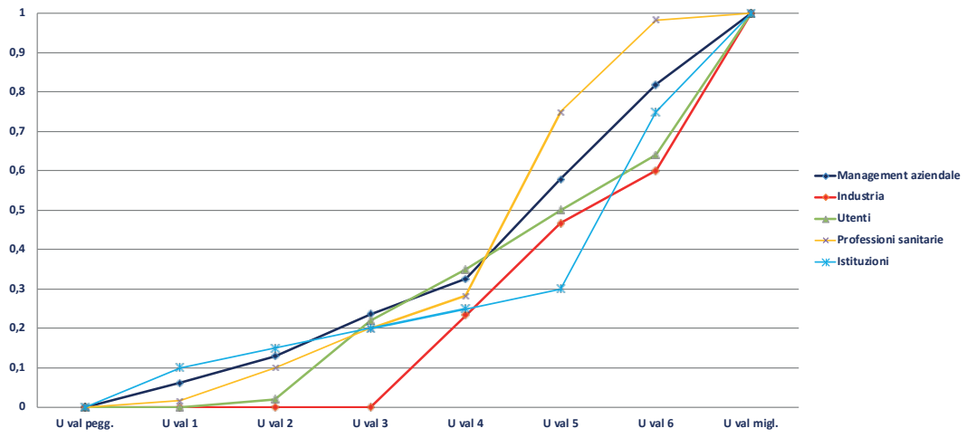
Figura 3.52
Quota di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
Funzione valore per Categoria



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

Per gli *stakeholder* appartenenti alle Regioni in sostanziale equilibrio, della categoria Industria e Utenti, sono inaccettabili valori peggiori dell'indicatore nella prima parte della distribuzione, cui segue, nella restante parte, una proporzionalità fra determinazioni dell'indicatore e contributo alla *Performance*.

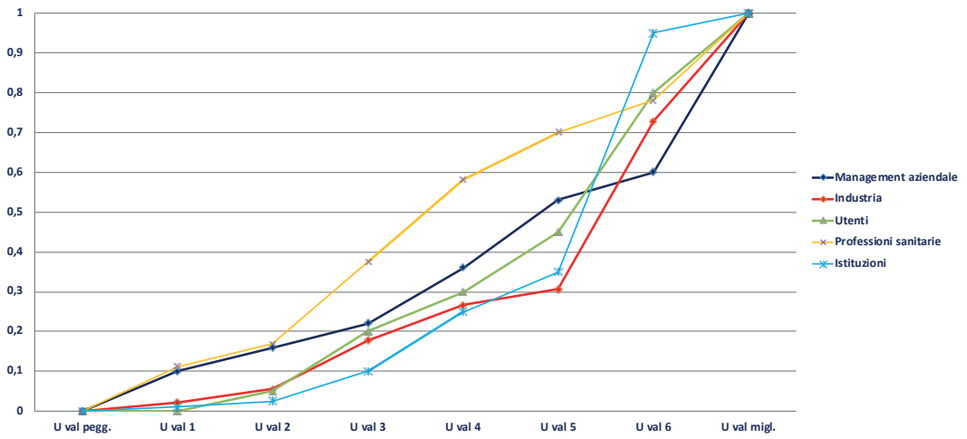
Figura 3.53
Quota di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio



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

I Professionisti sanitari appartenenti alle Regioni in Piano di Rientro associano una funzione di valore con concavità verso il basso, ovvero attribuiscono una utilità marginale decrescente all'aumentare della quota di aziende sanitarie che alimentano il FSE. Per le restanti categorie si riscontra un andamento approssimativamente lineare.

Figura 3.54
Quota di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro



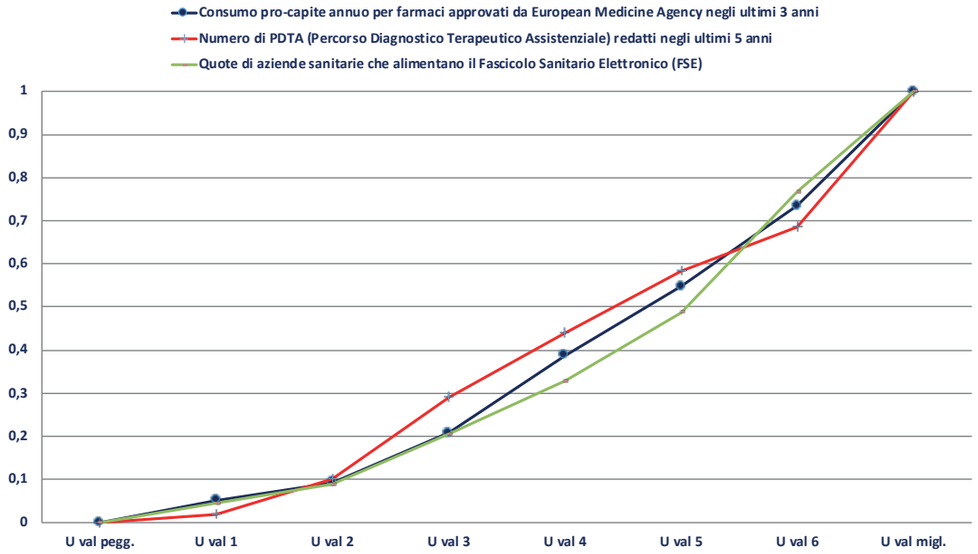
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

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*.

Anche in questo caso l'esito è lineare, pur rilevandosi andamenti difformi delle preferenze a livello di singole categorie di *stakeholder*.

Figura 3.55
Dimensione Innovazione
Funzione valore media per indicatore



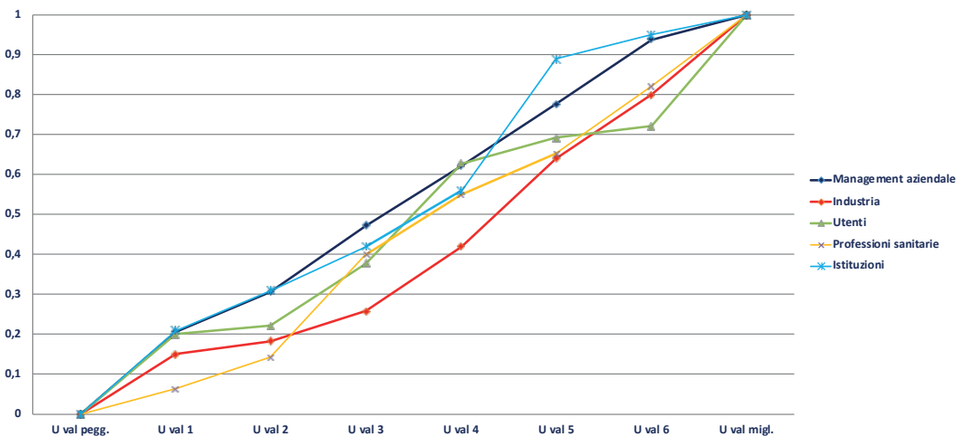
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

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

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

L'Industria ritiene meno che proporzionale il beneficio derivante da riduzioni di spesa per la prima metà della distribuzione. I rappresentanti del *Management* aziendale ritengono che non ci siano benefici ulteriori in termini di *Performance* per riduzioni di spesa ulteriori al valore quasi minimo (ultimo quinto della distribuzione) riscontrato in Italia.

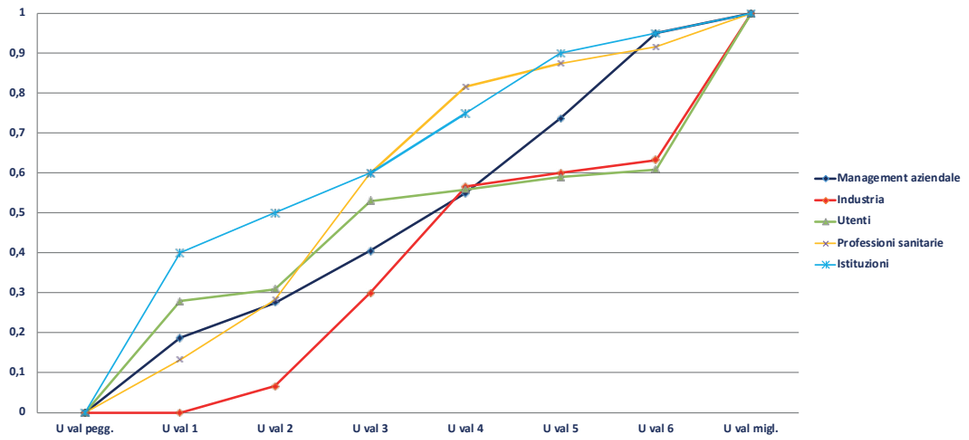
Figura 3.56
Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
Funzione valore per Categoria



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

Considerando gli *stakeholder* delle Regioni in sostanziale equilibrio, secondo le Istituzioni e le Professioni sanitarie si riscontra un beneficio nelle riduzioni di spesa che scema (meno che proporzionalmente) per valori della seconda metà della distribuzione, ritenendo evidentemente che bassi livelli di spesa sanitaria non siano possibili per garantire la Salute.

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

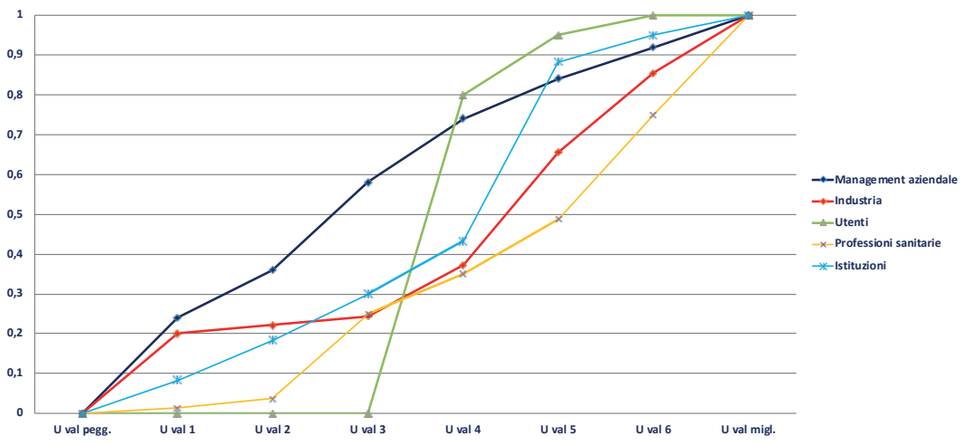


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Si riscontra invece un andamento sigmoidale per gli Utenti e l'Industria; lineare è invece quello attribuito dal *Management* aziendale.

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

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

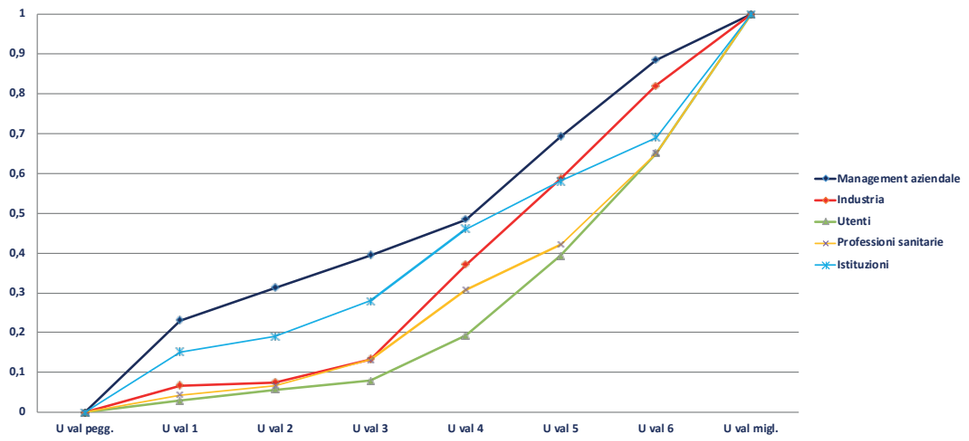


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Disavanzo pro-capite (Dimensione Economico-Finanziaria)

Per l'indicatore Disavanzo pro-capite, la funzione di valore presenta un andamento sostanzialmente lineare per il *Management* aziendale; per tutte le altre categorie una utilità marginale decrescente per valori dell'indicatore nella prima metà della distribuzione, crescente invece nella seconda.

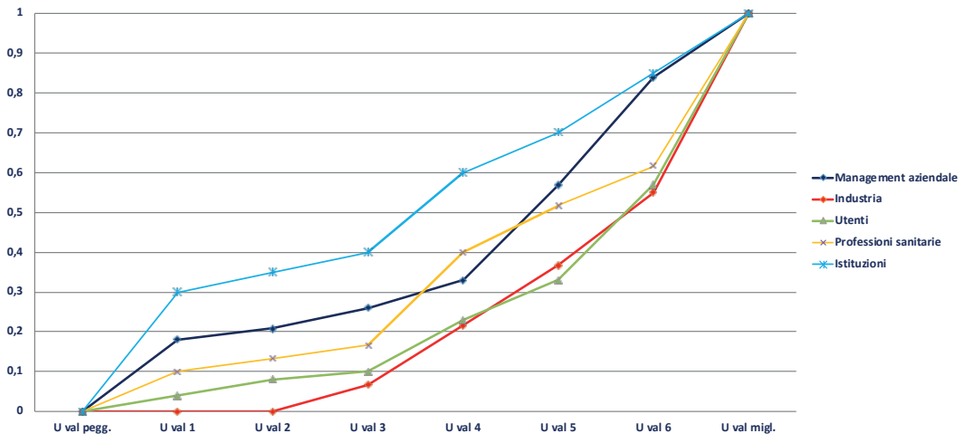
Figura 3.59
Disavanzo pro-capite
Funzione valore per Categoria



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

Considerando gli *stakeholder* delle Regioni in sostanziale equilibrio, le Istituzioni ritengono che al ridursi del disavanzo migliori proporzionalmente il contributo alla *Performance*, a differenza dell'Industria che ritiene decisamente inaccettabile un disavanzo prossimo ai valori peggiori nazionali; per le altre categorie si riscontra invece una utilità marginale decrescente nella prima metà della distribuzione e crescente nella seconda, ovvero che il contributo alla *Performance* migliori più che proporzionalmente con ridursi del disavanzo anche per valori prossimi al pareggio.

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

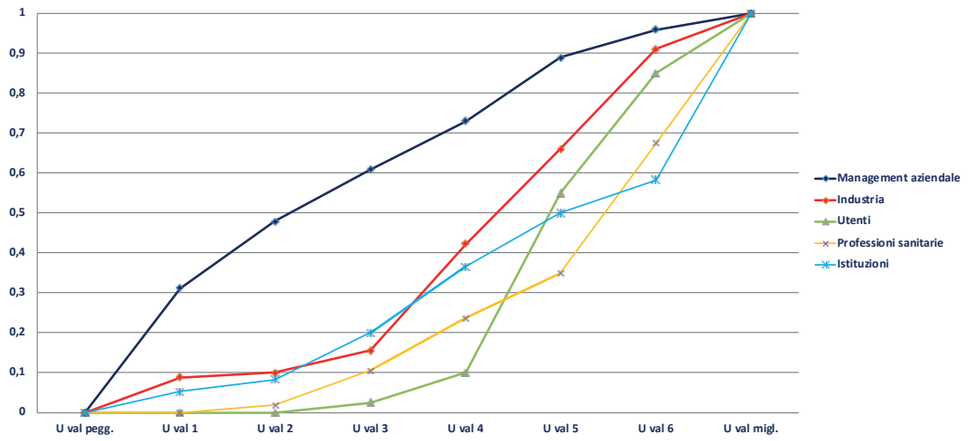


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Per gli *stakeholder* delle Regioni in Piano di Rientro invece, com'era lecito aspettarsi, il disavanzo è assolutamente inaccettabile, essendo evidentemente una loro priorità.

I rappresentanti del *Management* aziendale sono invece più tolleranti, ritenendo che comunque il contributo alla *Performance* proporzionale alla riduzione del disavanzo.

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

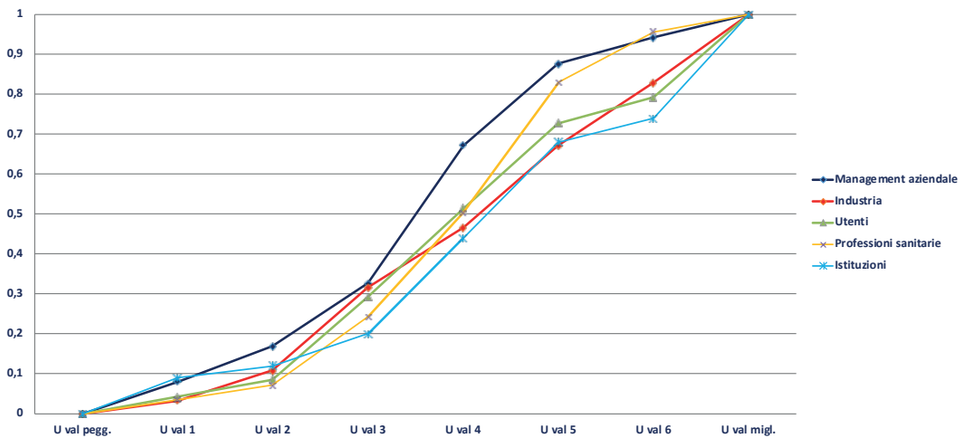


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Incidenza della spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL (Dimensione Economico-Finanziaria)

Al terzo indicatore della Dimensione Economico-Finanziaria, Incidenza spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL, è stato associato un andamento pressoché lineare da quasi tutte le categorie; fanno eccezione il *Management aziendale* e le Professioni sanitarie, che hanno associato delle funzioni valore con una concavità verso il basso nella seconda parte della distribuzione, ovvero attribuendo una utilità marginale decrescente al ridursi dell'incidenza della spesa sanitaria totale (pubblica e privata) sul PIL per valori nell'ultimo terzo della distribuzione.

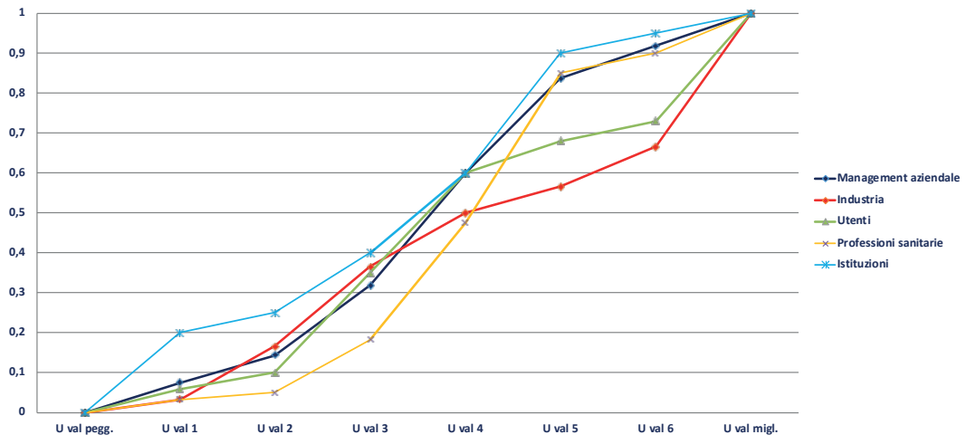
Figura 3.62
Incidenza spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL
Funzione valore per Categoria



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

Limitatamente alle Regioni in sostanziale equilibrio *Management* aziendale, Istituzioni e Professioni sanitarie che operano in queste Regioni ritengono che una riduzione della quota della spesa ulteriore ai valori presenti nell'ultimo terzo della distribuzione non comportino ulteriori miglioramenti in termini di *Performance*.

Figura 3.63
Incidenza spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in sostanziale equilibrio

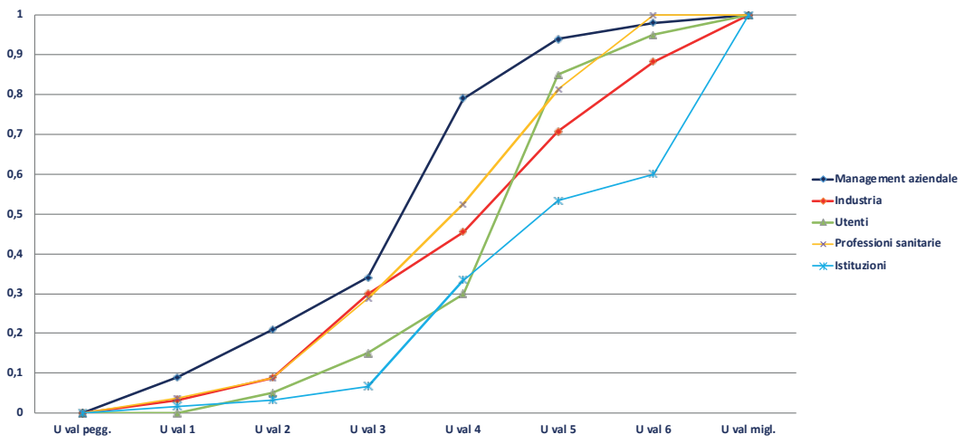


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Per tutte le categorie di *stakeholder* delle Regioni in Piano di Rientro, ad eccezione del *Management* aziendale che risulta più tollerante, livelli di spesa elevata in rapporto al PIL sono poco accettabili.

Management aziendale, Professioni sanitarie ed Istituzioni ritengono che oltre un certo valore la spesa sanitaria totale non possa scendere, associando quindi ad ulteriori riduzioni di incidenza sul PIL un contributo alla *Performance* sostanzialmente nullo.

Figura 3.64
Incidenza spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL
Funzione valore per Categoria
Componenti di Regioni in Piano di Rientro



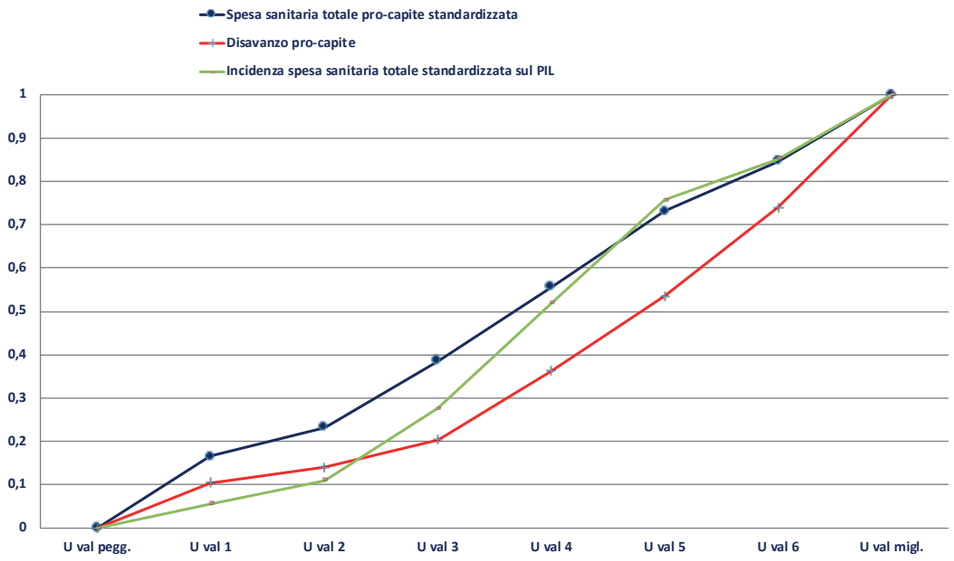
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Sintesi funzioni di valore degli indicatori della Dimensione Economico-Finanziaria

Per gli indicatori della Dimensione Economico-Finanziaria prevale in generale un atteggiamento di neutralità, con alcune eccezioni da parte delle Professioni sanitarie e del *Management* aziendale che associano una utilità fortemente decrescente per valori prossimi a quelli migliori nazionali. In particolare, per gli afferenti alle Regioni non in Piano di Rientro, i rappresentanti del *Management* aziendale ritengono implicitamente accettabili anche valori elevati di spesa sanitaria totale (pubblica e privata). Di contro, nelle Regioni in Piano di Rientro, gli utenti ritengono inaccettabili disavanzi elevati, mentre sono allineati con il *Management* nel ritenere accettabili anche valori elevati di spesa sanitaria.

Si consideri che l'approssimativa linearità delle funzioni valore aggregate è, in realtà, la composizione di andamenti difformi delle preferenze espresse dalle singole 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

Anche nella presente edizione si conferma come le funzioni valore, che elicitano sulla base delle preferenze dei membri del *Panel* l'utilità associata ai singoli indicatori, ovvero il contributo alla *Performance* derivante dalle determinazioni degli stessi, assumono andamenti diversi a seconda delle Dimensioni e anche degli stessi indicatori, nonché di caratteristiche dei partecipanti, quali il luogo di professione.

In generale, l'atteggiamento che emerge dalla elicitazione delle preferenze dei membri del *Panel*, è che vadano penalizzati i risultati peggiori, a cui, quindi, sono associati contributi alla *Performance* nulli o minimi; ma anche che il contributo alla *Performance* cresce, poi, a volte più che proporzionalmente al migliorare dell'indicatore, ovvero allo spostarsi verso valori numerici degli indicatori prossimi ai risultati migliori.

Questo è un "atteggiamento" che si riscontra in particolare per la Dimensione Sociale, peraltro in continuità con le edizioni precedenti, per la quale si conferma un atteggiamento di "stigma" verso situazioni con maggiori iniquità.

Analogo è l'atteggiamento del *Panel* verso gli indicatori di appropriatezza clinica, ove sotto certi livelli il contributo alla *Performance* è da considerarsi praticamente nullo.

Appare interessare sottolineare che, in analogia con la precedente edizione, si osserva un atteggiamento di maggiore importanza data all'appropriatezza clinica.

Inferiore è invece quella per l'innovazione organizzativa, che risulta essere maggiormente auspicata dagli Utenti delle realtà in Piano di Rientro, soprattutto in termini di ricorso a dimissioni degli anziani verso strutture diverse dal domicilio.

Per la Dimensione Esiti si riscontra una maggior attesa verso gli obiettivi di riduzione della disabilità e l'aumento dell'aspettativa di vita: valori prossimi a quelli peggiori nazionali vengono ritenuti assolutamente inaccettabili, opinione che si acuisce considerando i soli *stakeholder* che operano in realtà in Piano di Rientro. La soddisfazione verso i servizi sanitari sembra essere invece un aspetto imprescindibile per gli *stakeholder* delle Regioni in sostanziale equilibrio, mentre per gli altri è sufficiente un minimo aumento della quota di persone soddisfatte per migliorare il livello della *Performance*.

Per l'Innovazione le funzioni di valore appaiono tendenzialmente lineari (neutrali), anche se il ricorso ai farmaci nuovi e l'implementazione di PDTA sembrano essere ritenuti fondamentali da Utenti ed Industria soprattutto delle regioni in Piano di Rientro.

La Dimensione Economico-Finanziaria è quella dove si confermano le principali differenze in termini di preferenze: degli *stakeholder,* a seconda che operino in Regioni in Piano di Rientro o meno.

Appare interessante notare come tutti ritengano che il ridursi dell'incidenza della spesa totale sul PIL comporti dei miglioramenti in termini di *Performance*, anche se non si ritiene opportuno che scenda al di sotto di certi livelli, ovvero che quest'ultimo fenomeno non comporterebbe ulteriori miglioramenti in termini di *Performance*.

In termini di stabilità nel tempo delle funzioni di valore, si può osservare che per l'indicatore del Sociale, *Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici* l'andamento "qualitativo" della funzione è rimasto sostanzialmente stabile nel tempo (ovvero nelle varie annualità del progetto).

Analogamente osserviamo che per l'indicatore *Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite* l'andamento si è mantenuto lineare per tutte le categorie, ad eccezione dei rappresentanti delle Istituzioni e del *Management* aziendale, per i quali, in questa annualità, si evidenzia un andamento sigmoidale della funzione; in altri termini si elicita un atteggiamento secondo il quale elevati livelli di spesa sono inaccettabili ma anche che ulteriori riduzioni della stessa oltre una certa soglia non sono migliorativi in termini di *Performance*.

Fra gli *stakeholder* delle Regioni in Piano di Rientro, risulta ancora evidente una attitudine ad una "rassegnazione" verso *Performance* peggiori, ma il fenomeno è in netta diminuzione rispetto alla precedente edizione.

3.3 La composizione degli indicatori

Come premesso, la metodologia utilizzata assume che una variazione di un indicatore, e quindi del relativo contributo alla *Performance,* possa essere compensato da 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 con 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:

- Quota famiglie impoverite a causa di spese sanitarie OOP vs Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata vs Quota di pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni
- Quota di pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni vs Prevalenza di persone in assenza di disabilità
- Prevalenza di persone in assenza di disabilità vs Consumo pro-capite annuo per farmaci approvato da EMA negli ultimi 3 anni
- Consumo pro-capite annuo per farmaci approvato da EMA negli ultimi 3 anni vs Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
- Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici vs Disavanzo pro-capite
- Disavanzo procapite vs Quota pazienti *over* 75 dimessi non al domicilio
- Quota pazienti *over* 75 dimessi non al domicilio vs Aspettativa di vita in buona salute
- Aspettativa di vita in buona salute vs Numero di PDTA redatti negli ultimi 5 anni
- Numero di PDTA redatti negli ultimi 5 anni vs Quota famiglie con spese sanitarie OOP catastrofiche
- Quota famiglie con spese sanitarie OOP catastrofiche vs Incidenza della spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL
- Incidenza della spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL vs quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati

- Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati vs Quota persone molto soddisfatte dell'assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL
- Quota persone molto soddisfatte dell'assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL vs Quota di aziende sanitarie che alimentano il FSE.

Anche in questa edizione si è confermato come l'importanza relativa attribuita ai singoli indicatori differisca fra essi, tra le diverse Categoria di *stakeholder*, ed anche in base allo "stato" del contesto in cui questi operano.

Di seguito si riassumono i "pesi" che le Categorie, distinte per "gruppo" di Regioni di afferenza (in Piano di Rientro o meno), hanno attribuito ai singoli indicatori.

Per i rappresentanti della categoria Utenti, alcuni indicatori della Dimensione Sociale ed Innovazione contribuiscono per oltre il 40% alla *Performance*: in particolare, l'indicatore *Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni* apporta un contributo del 14,9%, seguito da quello *Quota famiglie impoverite a causa di spese sanitarie Out of Pocket* (14,4%) e *Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici* (11,2%); seguono il *Disavanzo pro-capite* (11,0%) e la *Quota di pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PCTA entro 2 giorni* (7,1%).

Considerando i soli *stakeholder* afferenti alle Regioni in Piano di Rientro l'indicatore di Innovazione lascia il posto nel *ranking* a quelli della Dimensione Economico-Finanziaria, in particolare *Disavanzo pro-capite* (13,5%) e *Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata* (9,2%). Per *stakeholder* operanti in realtà in sostanziale equilibrio pesano invece maggiormente l'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri (21,4%) ed il livello di implementazione del FSE (7,6%).

Per le Istituzioni il 70% della *Performance* è spiegato dagli indicatori: *Quota famiglie con spese sanitarie Out of Pocket catastrofiche* (34,2%), *Aspettativa di vita in buona salute* (22,9%), *Quota pazienti over 75 dimessi vivi non al domicilio* (11,3%) e *Disavanzo pro-capite* (6,6%).

Per i rappresentati afferenti alle Regioni in Piano di Rientro l'inappropriatezza ospedaliera (18,1%) prende il posto della dimissione degli anziani non al domicilio. Per chi opera in Regioni in equilibrio, l'incidenza della spesa totale sul PIL va a sostituire il disavanzo.

Per le Professioni sanitarie 5 indicatori rappresentano oltre il 70% della *Performance*: *Quote di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico* (23,2%), *Quota persone molto soddisfatte dall'assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL* (20,4%), *Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati* (13,1%), *Incidenza spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL* (6,9%) e *Quota di pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PCTA entro 2 giorni* (6,9%).

Per il *Management* aziendale i due terzi del contributo alla *Performance* sono attribuiti agli indicatori *Quota di pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PCTA entro 2 giorni* (17,2%), *Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici* (14,2%), *Disavanzo pro-capite* (10,6%), *Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata* (8,3%) e *Quota famiglie impoverite a causa di spese sanitarie Out of Pocket* (7,9%), *Consumo pro--capite annuo per farmaci approvati da European Medicine Agency negli ultimi 3 anni ed ammessi alla rimborsabilità* (6,6%) e *Quota persone molto soddisfatte dall'assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL* (6,6%).

Limitando l'analisi ai soli rappresentanti delle Regioni in Piano di Rientro, si confermano gli indicatori, anche se il peso complessivo dei due del Sociale aumenta, passando dal 22,1% al 39,5%. Aumenta anche il contributo della *customer satisfation*; per i rappresentanti delle realtà in sostanziale equilibrio entra in gioco invece la spesa sanitaria totale pro-capite.

Per quelle operanti in realtà in sostanziale equilibrio il disavanzo procapite quasi raddoppia il suo contributo, raggiungendo il 19,6%.

Infine, per l'Industria medicale oltre il 70% del contributo alla *Performance* è attribuibile a 6 indicatori: *Quota famiglie impoverite a causa di spese sanitarie Out of Pocket* (20,4%), *Consumo pro-capite annuo per farmaci approvati da European Medicine Agency negli ultimi 3 anni ed ammessi alla rimborsabilità* (14,8%), *Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici* (13,7%), *Disavanzo pro-capite* (9,2%), *Spesa sanitaria totale pro--capite standardizzata* (7,5%) e *Prevalenza di persone senza disabilità* (6,9%).

Considerando i soli rappresentanti delle Categorie operanti in Regioni in Piano di Rientro si riscontra che l'impoverimento ed il ricorso ai farmaci nuovi, lasciano il posto alla soddisfazione dei pazienti (15,3%) e ai ricoveri per DRG a rischio di inappropriatezza (15,2%); disavanzo e spesa totale lasciano invece il posto all'aspettativa di vita e all'implementazione dei PDTA. Gli *stakeholder* dell'Industria operanti in Regioni in sostanziale equilibrio attribuiscono quasi il 90% della *Performance* a due soli indicatori: *Quota famiglie impoverite a causa di spese sanitarie Out of Pocket* (64,6%) e *Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata* (23,3%).

3.4 Il contributo delle Dimensioni alla *Performance*

Aggregando per Dimensione, osserviamo che le Dimensioni Sociale e Appropriatezza contribuiscono maggiormente alla *Performance* (26,1% e 22,8% rispettivamente), seguite dagli Esiti (23,1%); le Dimensioni Economico-Finanziaria ed Innovazione, introdotta quest'ultima per la prima volta nella precedente edizione, contribuiscono rispettivamente per il 14,3% e 13,8%.

Rispetto alla precedente edizione si osserva come sia aumentato il peso della Dimensione Sociale (5,7 punti percentuali), degli Esiti (1,9 punti percentuali) e dell'Appropriatezza (1,7 punti percentuali), e si sia invece ulteriormente ridotto quello della Dimensione Economico-Finanziaria (6,9 punti percentuali) e dell'Innovazione (2,5 punti percentuali).

Analizzando i risultati per Categoria, nel caso degli Utenti le Dimensioni Sociale ed Appropriatezza contribuiscono per quasi il 50% alla misura della *Performance* del sistema sanitario (28,7% e 19,2% rispettivamente); seguono Innovazione, Esiti ed Economico-Finanziaria con il 18,5%, il 17,9% ed il 15,7% rispettivamente.

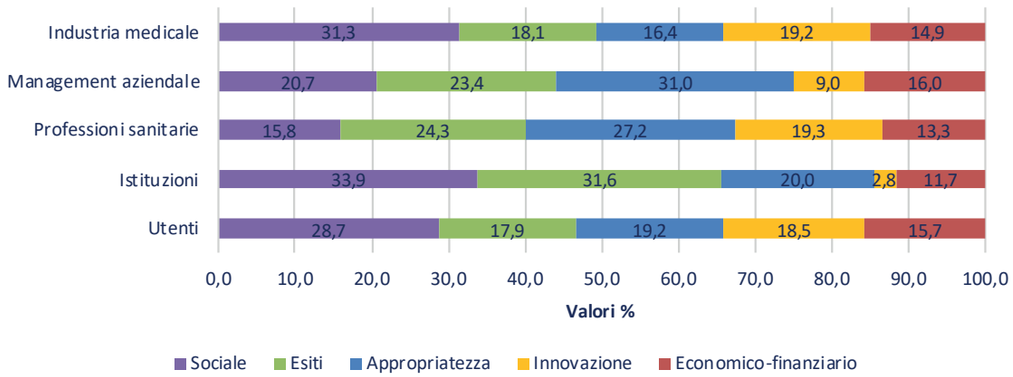
Per i rappresentanti delle Istituzioni, Sociale ed Esiti contribuiscono per oltre il 55% alla *Performance* (33,9% e 31,6% rispettivamente), segue l'Appropriatezza con il 20,0% e l'*Economico-Finanziaria* con l'11,7%; l'Innovazione contribuisce solo per il 2,8%.

Per le Professioni sanitarie sono Esiti ed Appropriatezza le due Dimensioni che contribuiscono maggiormente, 24,3% e 27,2% rispettivamente, seguite dall'Innovazione con il 19,3%, dal Sociale con il 15,8% e dall'*Economico-Finanziaria* (13,3%).

Per il *Management* aziendale, come per le Professioni sanitarie, sono Esiti ed Appropriatezza le due Dimensioni che contribuiscono maggiormente: 31,0% e 23,4% rispettivamente; seguite dal Sociale con il 20,7%, dall'*Economico-Finanziaria* (16,0%) e dall'Innovazione con il 9,0%.

Infine, per l'Industria sono il Sociale e l'Innovazione le Dimensioni che contribuiscono maggiormente alla *Performance* (31,3% e 19,2% rispettivamente), seguite dagli Esiti (18,1%), dall'Appropriatezza (16,4%) e dall'*Economico-Finanziaria* (14,9%).

Figura 3.66
Contributo delle Dimensioni alla *Performance*
Per categoria



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

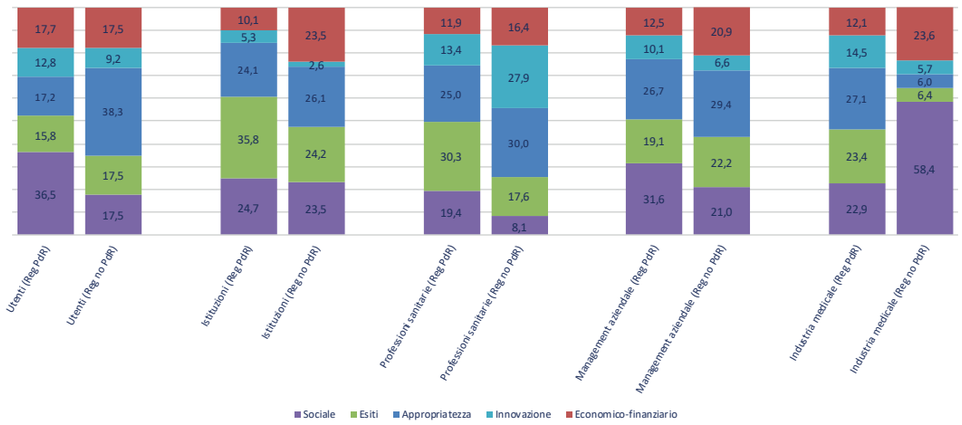
Analizzando i "pesi" distintamente per *stakeholder* afferenti o meno a Regioni in Piano di Rientro, si riscontra come, per gli Utenti delle Regioni in Piano di Rientro, sia maggiormente importante il contributo del Sociale (36,5%), seguito da quello dell'*Economico-Finanziaria* (17,7%); per i rappresentanti di Istituzioni e Professioni sanitarie, sempre afferenti a Regioni in Piano di Rientro, prevalgono i contributi di Esiti ed Appropriatezza : 59,9% e 55,3% rispettivamente per le due Categorie.

Per il *Management* aziendale è maggiormente importante il contributo del Sociale (41,6%) e dell'Appropriatezza (26,7%).

Per i professionisti sanitari operanti nelle Regioni in equilibrio sono Appropriatezza ed Innovazione le Dimensioni che contribuiscono maggiormente (30,0% e 27,9% rispettivamente).

Per il *Management* delle Regioni in equilibrio, Appropriatezza ed Economico-finanziario contribuiscono per il 50% alla *Performance*. Per i rappresentanti dell'Industria che operano nelle realtà in sostanziale equilibrio sembra invece contribuire per quasi il 60% alla *Performance*, la Dimensione Sociale.

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

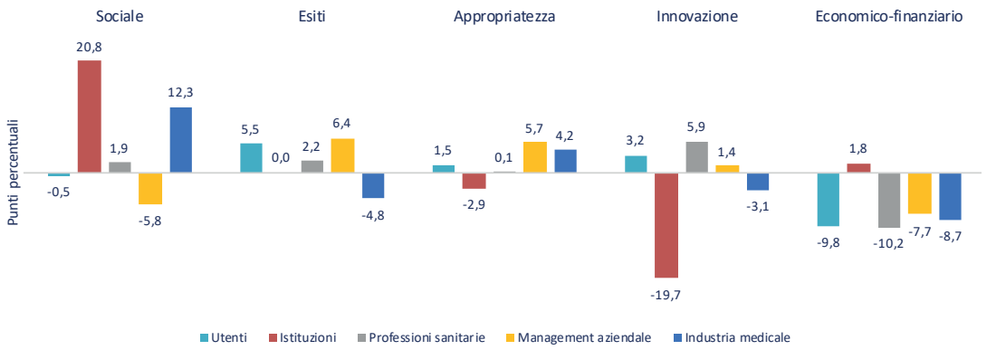


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Analizzando la dinamica dei "pesi" per categoria, è possibile osservare come per gli Utenti sia aumento il contributo degli Esiti (5,5 punti percentuali) e dell'Innovazione (3,2 punti percentuali), e si è invece ridotto quello della Dimensione *Economico-Finanziaria* (-9,8 punti percentuali). Per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente aumentato il peso del Sociale (20,8 punti percentuali) e si è invece ridotto quello dell'Innovazione (-19,7 punti percentuali); per le Professioni sanitarie è aumentato quello dell'Innovazione (5,9 punti percentuali) e si è invece ridotto, di 10,2 punti percentuali, quello dell'Economico-Finanziario. Per il *Management* aziendale è aumentato il peso di Appropriatezza (5,7 punti percentuali) ed Esiti (6,4 punti percentuali) e si è ridotto quello del Sociale (-5,8) e dell'*Economico-Finanziaria* (-7,7 punti percentuali). Infine,

per l'Industria è aumentato il peso del Sociale e dell'Appropriatezza, rispettivamente di 12,3 e 4,2 punti percentuali.

Figura 3.68
Variazioni del contributo delle Dimensioni alla *Performance*
VI vs V 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 del Sociale, ma anche di Appropriatezza ed Esiti, ed il primo in maggior misura per gli *stakeholder* delle Regioni in Piano di Rientro. Si è invece ridotto quello dell'Economico-Finanziario e dell'Innovazione, il primo soprattutto per le realtà in Piano di Rientro, evidentemente anche grazie all'ulteriore riduzione del disavanzo Economico-Finanziario, che ha permesso di spostare l'"attenzione" sugli aspetti equitativi.

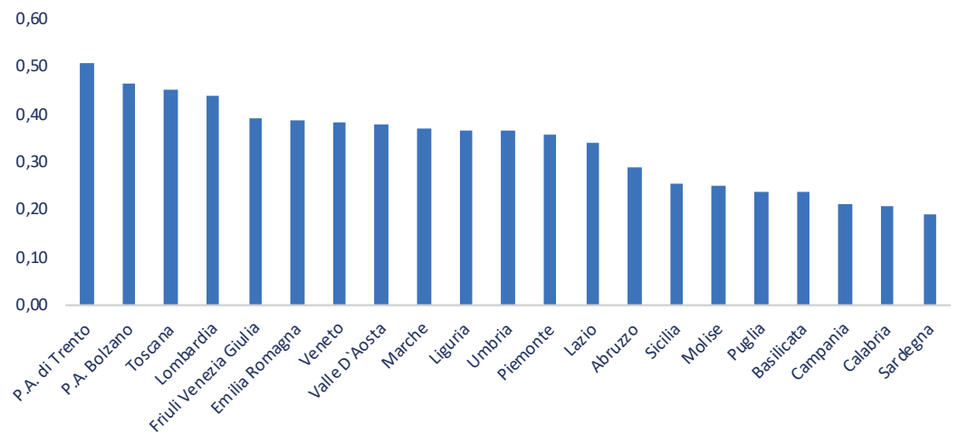
La Dimensione Innovazione, introdotta in via sperimentale nella precedente annualità, sembra riscuotere un "favore" relativo: da quanto emerso dai lavori di gruppo tenutisi durante il *Panel meeting,* riteniamo che si determini una sottostima causata dal fatto che gli indicatori disponibili sono ritenuti ancora non perfettamente rappresentativi della Dimensione.

4. La *Performance* regionale

L'indice complessivo di *Performance* determinato in questa direzione del Progetto (2018) oscilla da un valore massimo del 51% ad uno minimo del 19%: il risultato migliore è ottenuto dalla P.A. di Trento ed il peggiore dalla Regione Sardegna.

Il *range* nel quale si muove l'indice unico di *Performance*, come già riscontrato nella precedente edizione, è in buona misura derivante dalla possibilità data al *Panel* di attribuire il massimo ed il minimo della *Performance* a valori degli indicatori maggiori o minori di quelli effettivamente rilevati a livello nazionale e da un atteggiamento particolarmente "esigente" riscontrato nella Categoria Utenti, che ritengono i valori peggiori della maggior parte degli indicatori inaccettabili.

Figura 4.1
***Performance* dei SSR**



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

In altri termini il *Panel* esprime, implicitamente, la convinzione che le migliori *Performance* attuali siano ancora significativamente distanti da una *Performance* ottimale in termini di complessiva capacità di tutela della Salute.

All'interno delle *Performance* realizzate, il divario fra la prima e l'ultima è rilevante, essendo più del doppio.

Si continua a verificare che si possono distinguere tre gruppi di Regioni in base ai livelli di *Performance* raggiunti; in dettaglio, a 7 Regioni (che convenzionalmente definiamo come l'area "dell'eccellenza") è associato una misura di *Performance* compresa fra il 38% e il 51%, del livello ottimale, quindi "eccellenza" relativa alle altre Regioni, piuttosto che assoluta.

All'interno del gruppo (P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Toscana, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Veneto) si osservano modeste variazioni; seguono altre 7 Regioni (Valle d'Aosta, Marche, Liguria, Umbria, Piemonte, Lazio, Abruzzo) con livello abbastanza omogeneo e prestazioni intorno al 34% (nel range 25-37%).

Per le ultime 7 Regioni, che convenzionalmente appartengono all'area "critica", (Sicilia, Molise, Puglia, Basilicata, Campania, Calabria, Sardegna), si registrano valori che scendono progressivamente fino ad arrivare a 19% dell'ultima.

Le valutazioni delle *Performance* sono differenti a seconda della prospettiva di cui sono portatori i differenti *stakeholder*, come peraltro postulato nella metodologia utilizzata, e anche dallo "stato" della Regione in cui questi operano (Piano di Rientro o in sostanziale equilibrio).

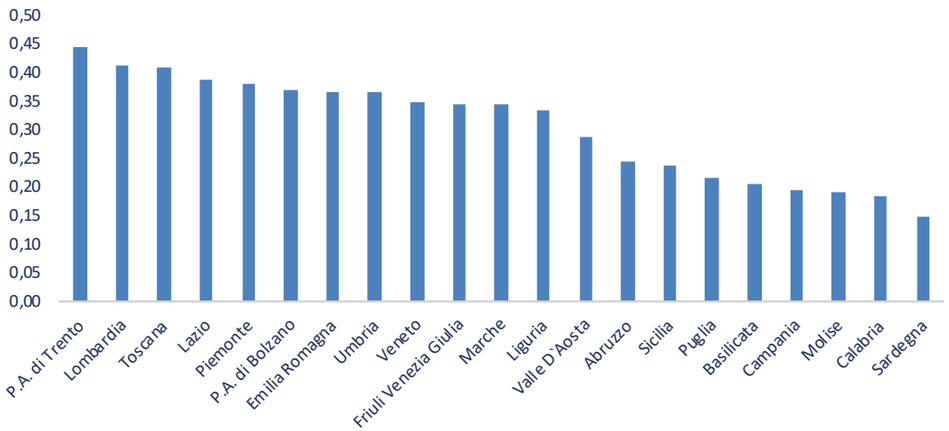
Di seguito si riportano i risultati per Categoria di *stakeholder* e, a seguire per "stato" del SSR.

Categoria Utenti

Per la Categoria Utenti, la P.A. di Trento, con un valore pari al 44%, continua a mantenere la prima posizione, ma con un livello di *Performance* inferiore.

Seguono Lombardia e Toscana con una *Performance* rispettivamente pari a 41% e 40%; come precedentemente accennato, gli Utenti si sono dimostrati molto "esigenti" in termini di valore attribuito agli indicatori, ritenendo che le determinazioni sotto la media contribuiscono poco o nulla alla *Performance* e questo spiega i bassi valori di *Performance*; Campania, Molise, Calabria e Sardegna occupano le ultime quattro posizioni con un indice di *Performance* sempre inferiore al 20%.

Figura 4.2
Indice di *Performance*
Categoria Utenti



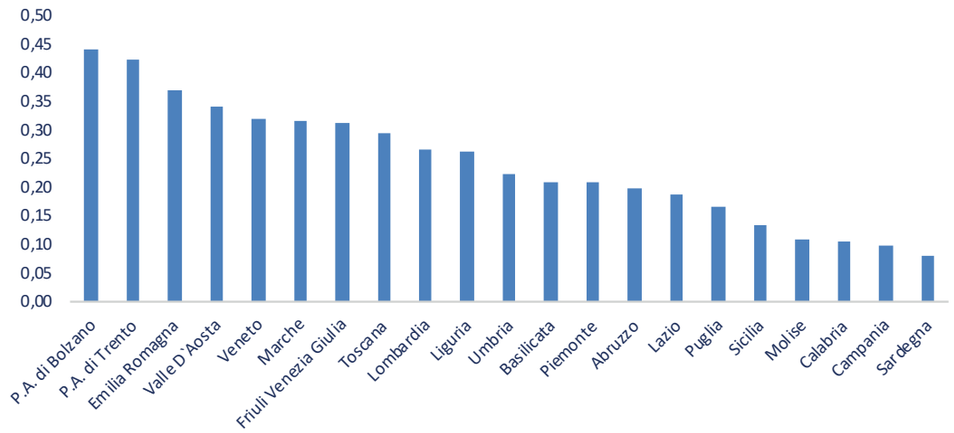
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto all'indice generale, per gli Utenti la Lombardia recupera due posizioni diventando seconda, la Toscana rimane al terzo posto e il Lazio migliora di ben 7 posizioni, passando dal 13° posto al quarto; all'estremo opposto abbiamo il Molise che perde tre posizioni occupando il terz'ultimo posto e la Puglia che diventa sest'ultima recuperandone una, ma restando comunque nell'area "critica".

Categoria Istituzioni

Anche i rappresentanti delle Istituzioni, come gli Utenti, sono risultati abbastanza "esigenti"; la misura di *Performance* varia da 44% della P.A. di Bolzano all'8%del SSR sardo. La P.A. di Trento segue quella di Bolzano con un livello di *Performance* pressoché simile (42%). Nelle ultime posizioni troviamo Molise, Calabria, Campania e Sardegna che presentano un livello di *Performance* al di sotto dei valori peggiori espressi nella media dagli *stakeholder* e compreso tra il 13% e l'8%.

Figura 4.3
Indice di *Performance*
Categoria Istituzioni



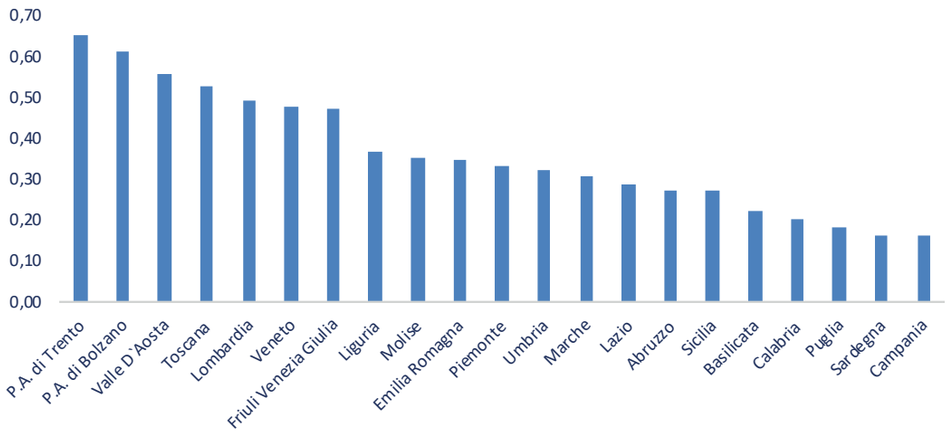
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla classifica generale, Bolzano recupera una posizione, a scapito di Trento, e l'Emilia Romagna migliora di tre posizioni diventando terza. Nella parte bassa del *ranking* la Sardegna si conferma fanalino di coda, con un livello di *Performance* molto basso, la Puglia recupera invece una posizione diventando sest'ultima.

Categoria Professioni sanitarie

I Professionisti sanitari sembrano essere invece complessivamente più soddisfatti della *Performance* complessiva: il punteggio varia fra il 65% della P.A. di Trento e il 16% della Campania; P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta, Toscana, Lombardia e Veneto, con un livello di *Performance* compreso tra 65% e 48% occupano le prime sei posizioni; Puglia, Sardegna e Campania occupano, invece, le ultime tre con un indice di *Performance* basso, compreso tra il 18% e il 16%.

Figura 4.4
Indice di *Performance*
Categoria Professioni Sanitarie



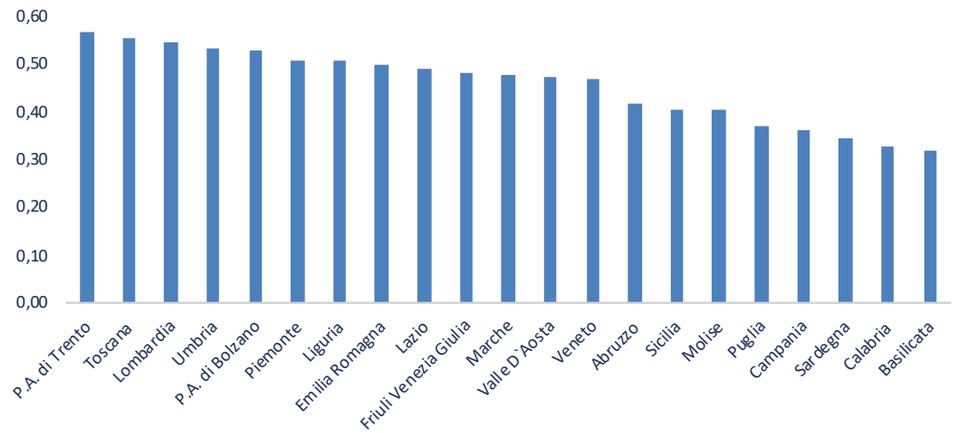
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla classifica generale, le PP.AA. di Trento e Bolzano conservano rispettivamente le prime due posizioni, la Valle d'Aosta recupera cinque posizioni diventando terza, il Veneto ne recupera una, diventando sesta; la Calabria scivola all'ultimo posto e la Puglia perde due posizioni diventando terz'ultima.

Categoria Management aziendale

Per la Categoria *Management* aziendale il *gap* tra il SSR più performante e meno *Performance* è abbastanza ristretto: si passa da un valore massima del 57% della P.A. di Trento ad uno minimo del 32% del SSR lucano. P.A. di Trento, Toscana, Lombardia, Umbria, P.A. di Bolzano, Piemonte e Liguria occupano le prime otto posizioni con una *Performance* compresa tra il 57% e il 51%; all'estremo opposto troviamo Puglia, Campania, Sardegna, Calabria e Basilicata che occupano le ultime cinque posizioni con un valore di *Performance* compreso tra il 37% e il 32%.

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



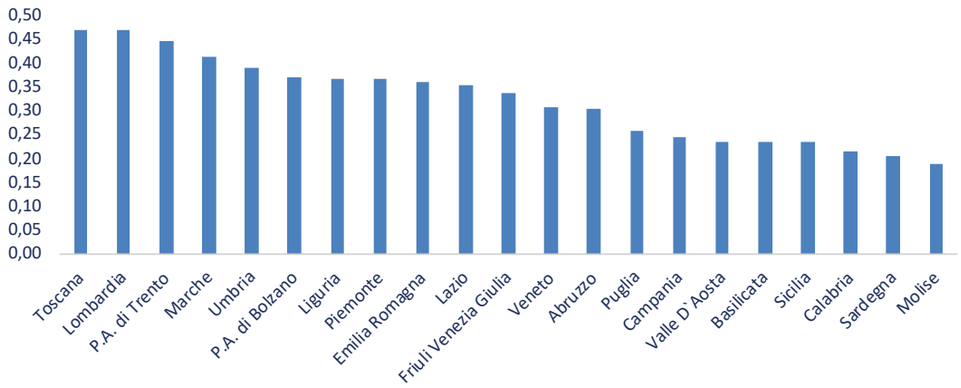
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

In questa prospettiva Toscana e Lombardia migliorano di una posizione diventando rispettivamente seconda e terza; la P.A. di Bolzano ne perde tre diventando quinta; all'estremo opposto abbiamo la Basilicata che perde tre posizioni diventando ultima. Il Lazio in questa prospettiva recupera quattro posizioni posizionandosi nella prima parte della classifica. Degno di nota è la situazione dell'Umbria che in questa prospettiva recupera ben *set*te posizioni raggiungendo il quarto posto.

Categoria Industria medicale

Per la Categoria Industria medicale, la misura di *Performance* varia dal 47% della Toscana, al 19% del Molise. Quattro Regioni hanno un valore di *Performance* superiore al 40%: Toscana, Lombardia, P.A. di Trento e Marche; *sette*, nello specifico Campania, Valle d'Aosta, Basilicata, Sicilia, Calabria, Sardegna e Molise, hanno una *Performance* inferiore al 25%.

Figura 4.6
Indice di *Performance*
Categoria Industria medicale



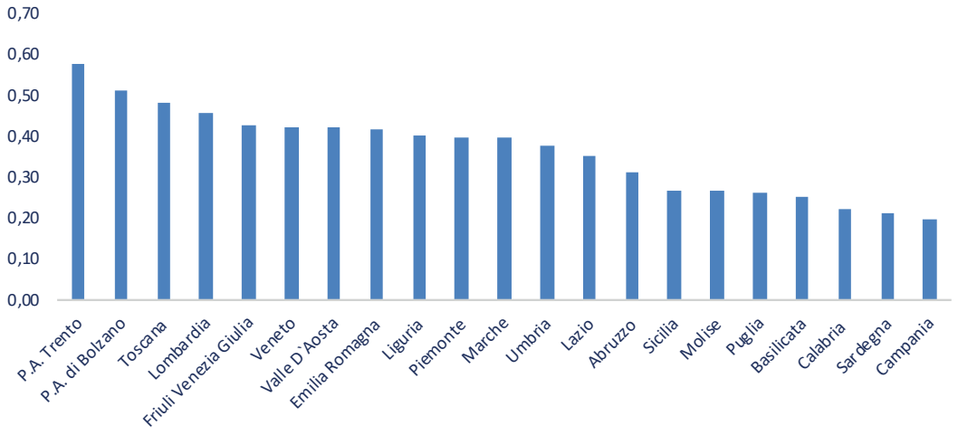
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

La perdita di posizioni di Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Veneto sono importanti; quest'ultima diventa dodicesima perdendo ben cinque posizioni; migliorano in maniera importante la loro posizione Marche e Umbria, posizionandosi rispettivamente al quarto e al quinto posto, entrando quindi nell'area di "eccellenza".

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.

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

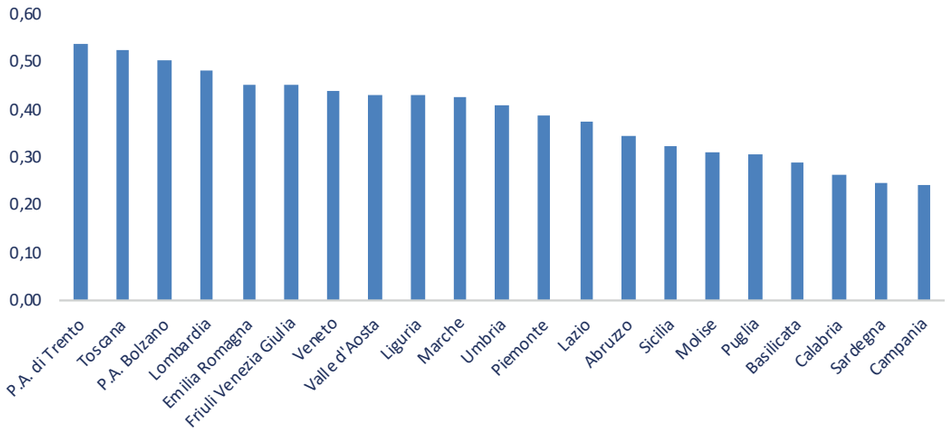
Secondo i membri del *Panel* appartenenti alle Regioni in Piano di Rientro, a sei Regioni, P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Toscana, Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Veneto, è associata una *Performance* superiore al 42%; a quattro, Basilicata, Calabria, Sardegna, Campania, è invece associata la *Performance* peggiore, che risulta inferiore al 25%.

La Regione più performante è la P.A. di Trento, con un livello di *Performance* pari a quasi il 60%; seguono la P.A. di Bolzano (51%), Toscana (48%) e Lombardia (45%); all'estremo opposto troviamo la Campania (20%) che registra la *Performance* più bassa; è doveroso notare come tutte le Regioni del Sud (ad eccezione dell'Abruzzo) registrino i livelli di *Performance* peggiori e che non raggiungono il 30%.

Membri del *Panel* delle Regioni in sostanziale equilibrio

Secondo i membri del *Panel* appartenenti alle Regioni in sostanziale equilibrio, il SSR trentino continua ad essere il più performante, con un livello pari al 54%; seguono Toscana, P.A. di Bolzano, Lombardia, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Veneto, ai quali è associata una *Performance* compresa tra il 44% e il 52%; tutte le Regioni del Sud si trovano nella parte più bassa della classifica ed hanno livelli di *Performance* più bassi, compresi tra il 24% (Campania) e il 34% (Abruzzo).

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" nasce con l'ambizione di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie fornendo una valutazione dei livelli complessivi di tutela della salute realizzati a livello regionale.

A tal fine, elabora un indice di *Performance*, avvalendosi di un approccio fondato sul principio della multidimensionalità della *Performance*, ed anche sulla multi-prospettiva, ovvero sul riconoscimento dell'esistenza di diverse prospettive di cui sono portatori i diversi *stakeholder* dei sistemi socio-sanitari.

Si osservi che la Salute, secondo un corretto approccio olistico, è un 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 dei livelli di tutela della salute conseguiti, non può che essere dinamica ed evolutiva.

L'adozione di una logica multi-dimensionale implica l'utilizzo di "pesi" di composizione, che tengano conto del diverso peso che possono assumere gli obiettivi, anche in funzione delle citate diverse prospettive di cui gli *stakeholder* sono portatori.

In termini di *accountability*, la trasparenza sui "pesi" e sul loro processo di determinazione, riteniamo sia un fattore fondamentale.

Per rispondere a tutto ciò, 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) ha sviluppato un approccio metodologico basato su un sistema di elicitazione delle preferenze di esperti appartenenti a diversi gruppi di interesse.

Il metodo, adattato alle specifiche esigenze di una applicazione finalizzata a misurare il livello di tutela della Salute nei diversi servizi sanitari regionali, prevede che i decisori si esprimano in sequenza:

- sugli attributi della *Performance*, ovvero sugli indicatori preferibili per rappresentare gli obiettivi perseguibili dai SSR
- sul valore attribuito 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.

Si conferma, quindi, che non si tratta di una valutazione con il prioritario obiettivo di elaborare una classifica dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) pubblici, e tanto meno del raggiungimento da parte di essi di obiettivi tecnocraticamente attribuiti *ex ante*, quanto di elaborare una misura sintetica di valutazione (*Performance*) delle opportunità di tutela della Salute a livello Regionale, basata su un metodo "democratico" di composizione delle diverse prospettive e dimensioni che le rappresentano.

Le varie edizioni del Progetto di studio, per un verso, continuano a confermare le assunzioni operate in fase di impostazione, per l'altro ad introdurre nuove prospettive di analisi e spunti di riflessione.

In tema di molteplicità degli obiettivi e di prospettive, assunzioni di base della metodologia, la conferma di tali assunzioni viene dall'evidenza, costante nelle diverse edizioni, di differenze significative nelle funzioni di valore/utilità degli indicatori, come anche di costanti di scambio fra gli stessi non unitarie.

Tutto questo si traduce in un differente contributo che le diverse Dimensioni danno alla

Performance, come anche nei diversi *ranking* prodotti dai diversi gruppi di *stakeholder*.

In corso d'opera, come già testimoniato nelle precedenti edizioni, è emerso un elemento aggiuntivo, che si ritiene di grande valenza interpretativa: la dinamica dei pesi, cambia di anno in anno, e in modo coerente con le modificazioni del dibattito di politica sanitaria in corso, dimostrando come la *Performance* non sia un concetto statico: anzi profondamente dinamico, e segnato da dinamiche evolutive legate agli scenari socio-economici, culturali e politici.

Fa testo la riduzione che osserviamo nella Dimensione Economico-Finanziaria, iniziata in corrispondenza del risanamento finanziario dei SSR; ma anche la corrispondente crescita della componente Esiti, avvenuta parallelamente alla diffusione del Programma Nazionale Esiti (PNE) e alla diffusione di un crescente cultura del monitoraggio statistico degli Esiti.

Oggi la necessità di recuperare il significato profondo del termine efficienza, come ottimizzazione del rapporto fra Esiti e Risorse impegnate, non a caso, è al centro delle politiche sanitarie, superando le logiche dei meri risparmi di spesa: il 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 questa edizione del progetto, accanto alla continua crescita del peso di Esiti ed Appropriatezza, si è associato anche un aumento del contributo del Sociale.

Già della precedente edizione è stato, altresì, riscontrato come la *Performance* vari con lo "stato" della Regione di provenienza dei membri per *Panel*, a dimostrazione che oltre gli interessi di cui gli esperti sono portatori, incide il quadro delle "priorità" politiche in cui si opera.

In sintesi, i risultati di questa VI edizione del progetto (anno 2018) confermano che:

- sono assolutamente significative le differenze di valutazione dei diversi *stakeholder*
- all'interno delle Categorie il contesto di provenienza modifica le preferenze.

Inoltre:

- il valore attribuito ai livelli degli indicatori non varia necessariamente in modo lineare, dimostrando una articolazione dei giudizi basata sullo specifico portato informativo dei singoli indicatori
- il contributo dei vari indicatori e quindi delle diverse Dimensioni, alla *Performance* è difforme e dipendente dalle prospettive adottate.

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 delle Dimensioni Economico-Finanziaria ed Innovazione.

Potremmo sintetizzare questa evidenza richiamando il divario Nord-Sud del SSN italiano, il quale trova una sua ulteriore declinazione nei criteri di misurazione della *Performance*.

A fronte di una quasi parità di "pesi" attribuiti dalle due tipologie di Regioni agli Esiti, l'equità risulterebbe essere la priorità nelle realtà in Piano di Rientro, seguita da Appropriatezza ed Esiti; mentre per le Regioni in sostanziale equilibrio, dopo il Sociale e Appropriatezza, torna a contribuire in maggior misura e in egual misura degli Esiti, la Dimensione Economico-Finanziaria.

Un ulteriore spunto degno di interesse riguarda i livelli di soddisfazione degli esperti rispetto alle *Performance* attuali: anche i risultati regionali migliori raggiunti, sono ben lontani da una *Performance* ottimale, soprattutto nella prospettiva degli Utenti e delle Istituzioni; Professionisti sanitari e *Management* sono decisamente più "soddisfatti" dei livelli raggiunti.

Potremmo tentare una sintesi di questa evidenza richiamando come la "domanda" sia ormai insoddisfatta dei livelli di servizio, mentre, in termini di offerta, sembra ritenere, con molte evidenti ragioni, di avere fatto "il massimo" con le risorse disponibili.

A livello di singoli indicatori, si osserva che nell'edizione 2018 si è esasperato l'atteggiamento che attribuisce ai valori peggiori degli indicatori un contributo minimo o nullo alla *Performance*, con incrementi più che proporzionali solo per valori numerici degli indicatori prossimi ai risultati migliori.

Questo è un "atteggiamento" che si riscontra in particolare per la Dimensione Sociale ed Appropriatezza, come peraltro già verificatosi nelle precedenti edizioni, pur se per gli indicatori di appropriatezza organizzativa la risposta tende a essere più neutrale (nel senso di una proporzionalità fra miglioramento dell'indicatore e contributo alla *Performance*).

Si riduce anche il gap tra chi opera in Regioni in sostanziale equilibrio e chi in Regioni in Piano di Rientro: rimane una maggiore "aspettativa" in coloro che operano in realtà in sostanziale equilibrio, ma il fenomeno si attenua, proporzionalmente al progressivo superamento delle condizioni di "ritardo" delle Regioni in Piano di Rientro.

Rimangono degli aspetti peculiari; per la Dimensione *Economico-Finanziaria*, ad esempio, si conferma la netta separazione di tipo "geografico": elevati livelli di spesa totale sono sostanzialmente giustificati nelle Regioni in sostanziale equilibrio, ed in particolare dai rappresentanti delle Istituzioni locali, mentre la sua riduzione è considerata foriera di miglioramenti di *Performance* nelle Regioni in Piano di Rientro.

In termini analoghi, va segnalato come la Categoria Utenti, soprattutto ove appartenete a realtà in Piano di Rientro, dia molta importanza all'innovazione organizzativa (introduzione di PDTA) e al Sociale, mentre nelle restanti realtà (in sostanziale equilibrio) al Sociale si affianca l'Appropriatezza in termini di ricorso al ricovero ordinario.

Complessivamente fra la misura della *Performance* "migliore" e quella "peggiore", lo scarto è significativo, dal 51% al 19%. Sebbene anche la migliore *Performance* sia lontana da un risultato considerato ottimale, fra i due estremi essa ancora si riduce di oltre la metà.

Il dato di fatto è che la composizione del gruppo delle Regioni che rimangono, anno dopo anno, nell'area dell'"eccellenza" (con i *caveat* appena espressi), ovvero P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Toscana, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Veneto, come anche quella del gruppo, numericamente rilevante, delle Regioni che rimane nell'area critica (Sicilia, Molise, Puglia, Basilicata, Campania, Calabria, Sardegna), è relativamente stabile.

Complessivamente è possibile osservare che livelli maggiori di tutela della Salute si riscontrano nelle Regioni del Nord-Est del Paese, e potremmo interpretare (anche alla luce della crescente importanza della Dimensione Sociale) questo fatto come una indicazione della necessità di sviluppare politiche di integrazione fra Sanità e Sociale, come misura imprescindibile per una migliore *Performance* nell'ambito della tutela della Salute e dell'inclusione.

Infine, nel grafico che segue, si incrocia il livello di *Performance* stimato, con i punteggi della Griglia LEA del Ministero della Salute, e anche con la spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata. Va tenuto presente che alle 5 Regioni a statuto speciale (cerchio grigio) non è assegnato un punteggio LEA, nel grafico seguente convenzionalmente fissato pari a quello medio delle Regioni in Piano di Rientro o meno.

Osserviamo come, in termini di *ranking*, la *Performance* è sostanzialmente allineata a quella della Griglia LEA, ma i risultati "qualitativi" sono anche correlati ai livelli di spesa sanitaria totale (pubblica e privata).

Figura 5.1
Performance*, Griglia LEA e spesa sanitaria

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

In generale le Regioni con una spesa sanitaria totale inferiore alla media nazionale (cerchi con contorni tratteggiati nel grafico sotto) presentano un punteggio di Griglia LEA inferiore alla sufficienza, risultando quindi inadempienti (colore rosso); quelle con una spesa maggiore (contorno continuo) presentando invece punteggi più alti (colore verde).

Si potrebbe, quindi, concludere che per una efficace tutela della Salute, aderente alle aspettative della Società italiana, non è più sufficiente il raggiungimento del livello di adempimento previsto per i LEA: le realtà che raggiungono livelli migliori di tutela della Salute, infatti, in generale erogano LEA su livelli superiori ai valori normali di riferimento, che potremmo definire "super-LEA".

* *Note:*
spesa totale pro-capite standardizzata
Contorno tratteggiato: spesa inferiore alla media nazionale
Contorno continuo: spesa superiore alla media nazionale
Area cerchi proporzionale allo spostamento dalla media nazionale (Italia=0)
Contorno verde: SSR adempiente LEA
Contorno rosso: SSR non adempiente LEA
Contorno grigio: SSR senza punteggio griglia LEA (utilizzato quello medio dello "stato" del ssr)

6. Fabbisogni informativi e sviluppo degli indicatori di *Performance*: il parere dell'Expert *Panel*

(a cura di Ilaria Bellet - Sidera srl)

In questa annualità, come descritto nella sezione metodologia, è stata modificata la metodologia di selezione degli indicatori; ovvero questi sono stati selezionati dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità, anche al fine di fornire una copertura delle aree di valutazione che non fosse legata alla disponibilità degli indicatori, notoriamente limitata per alcune aree.

Ricordiamo che la disponibilità di informazioni utili a costruire indicatori significativi di *Performance* è essenziale, e che l'impatto che le carenze in alcuni *set*tori generano sul processo di valutazione è rilevante.

In questa annualità ai singoli componenti del *Panel* è stato preventivamente chiesto il loro grado di accordo (nessuno, basso, medio, alto ed assoluto), sulle proposte del C.R.E.A. Sanità, richiedendo di esplicitare soluzioni alternative nel caso in cui quelle proposte non fossero ritenuto sufficientemente rappresentative.

Ricordiamo che gli indicatori afferiscono alle cinque Dimensioni di valutazione: Sociale (equità), Appropriatezza, Esiti, Innovazione ed *Economico-Finanziaria*.

Il criterio adottato per il raggiungimento della *consensus* è stato quello di selezionare gli indicatori per i quali almeno il 70% dei votanti ad espresso un livello di accordo alto o assoluto.

Durante il *Panel meeting* del 9 Maggio sono stati costituiti 8 gruppi di lavoro (GdL) per discutere, per ogni Dimensione, sulle tematiche o indicatori proposti dai colleghi che non hanno mostrato una piena soddisfazione verso gli indicatori proposti dal C.R.E.A. Sanità.

Obiettivo, come anticipato, è stato quello di identificare delle possibili proposte alternative o integrative a quelle della edizione in corso, con l'ambizione di implementarli (ove possibile) ed inserirli nel *set* di indicatori proposti nella prossima edizione del progetto. La composizione multidisciplinare dei gruppi di lavoro (i cui componenti sono indicati nelle prime pagine del *report*) ha consentito una valida discussione sulle integrazioni agli indicatori, per raggiungere una loro sempre maggior esaustività.

Per rendere maggiormente fruibile la lettura della sintesi dei lavori di gruppo, di seguito si riporta una sintesi degli indicatori proposti dalla minoranza del *Panel*.

Dimensione Esiti

- *Statement* Aspettativa di vita (aspettativa di vita in buona salute):
  - Anni di vita in assenza di cronicità;
  - Anni di vita in autosufficienza;
  - Grado di aderenza ai percorsi clinico assistenziali;
  - Altro.
- Disabilità (assenza di disabilità nella popolazione):
  - Integrare con condizione socio-economica;
  - Disabilitaà sociale non solo fisica;
  - Informazioni sulla frequenza di aiuto;
  - Altro.
- *Customer satisfation* (soddisfazione per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito

ospedaliero):

- Soddisfazione per i tempi e liste di attesa;
- Soddisfazione per l'assistenza medica, infermieristica e riabilitativa sul territorio;
- Soddisfazione per l'assistenza specialistica e il ricorso al MMG;
- Soddisfazione per l'assistenza ospedaliero – territoriale;
- Tasso di variazione di scelta del MMG;
- Soddisfazione per la presa in carico;
- Soddisfazione per la medicina di base e la prevenzione;
- Riduzione delle ospedalizzazioni per patologie acute;
- Tempi medi di ascolto dei medici;
- Soddisfazione dei cittadini per primo soccorso e i MMG;
- Soddisfazione per l'assistenza distrettuale;
- Umanizzazione servizi;
- Numero di UVM per abitante;
- Qualità dell'accoglienza;
- Soddisfazione degli ambulatori vaccinali;
- Altro.

Dimensione Appropriatezza

- Appropriatezza di regime (quota di ricoveri acuti ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatezza):
  - Riammissioni a 30 giorni dalla dimissione per diagnosi psichiatrica;
  - Indicatori del PNE;
  - Tasso di ospedalizzazione;
  - Altro.
- Appropriatezza di regime (quota pazienti *over* 75 dimessi in luoghi diversi dal domicilio):
  - Quota pazienti con diagnosi di psicosi con visita entro 14 gg dalla dimissione;
  - Numero pazienti cronici/rari in ADI;
  - Quota pazienti riammessi entro 7 gg dalle dimissioni;
  - Valutare in particolare la riammissione in Area Medica, nella quale, in urgenza, vengono ricoverati prevalentemente pazienti anziani (*over* 75);
  - Quota pazienti con malattie croniche preso in carico dai servizi territoriali;
  - Ricoveri ospedalieri ripetuti;
  - Altro.
- Appropriatezza clinica (quota pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni):
  - Tasso parti cesarei;
  - Invalidità da malattie croniche non adeguatamente trattate/compensate;
  - Tasso di mortalità a 30 giorni dalla dimissione;
  - Numero di diagnosi di malattia rara in una determinata Regione;
  - Focus su patologie oncologiche;
  - Attività delle chirurgie senologiche;
  - Embolectomia in ictus;
  - Fratture di femore negli *over* 65 operate entro 48 ore;
  - Tasso di re intervento di alcuni interventi chirurgici;
  - Altro.

Dimensione Innovazione

- Innovazione in campo farmaceutico (consumo pro-capite di farmaci nuovi espresso come Consumo pro-capite annuo per farmaci approvati da *European Medicine Agency* negli ultimi 3 anni ed ammessi alla rimborsabilità):
  - Nuovi farmaci valutati per inserimento in PDTA;
  - Definire attraverso la patologia;
  - Possibilità di accesso all'innovazione a livello territoriale;
  - Rapportare l'indicatore alle attività di prevenzione;
  - Innovazione tecnologica (chirurgica e diagnostica);
  - Altro.
- Innovazione nel campo procedurale (numero di PDTA redatti negli ultimi 5 anni):
  - Numero di PDTA implementati o modificati negli ultimi 5 anni;
  - Livello di implementazione dei PDTA;
  - PDTA nazionali, regionali o di struttura;
  - Individuare PDTA effettivamente implementati;
  - Numero report HTA, linee di indirizzo e PDTA;
  - Numero di prestazioni inserite in PDTA erogate all'interno del percorso su numero totale delle stesse prestazioni;
  - Numero PDTA regionali implementati sulla base di modelli concordati ed omogenei;
  - Altro.
- Quota di aziende sanitarie che alimentano il FSE:
- Modelli innovativi di integrazione pubblico- non profit;
  - Numero di pazienti che sono stati presi in carico con approccio nuovo;
  - Numero di lettere di dimissione rese disponibili nei FSE sul totale;
  - Percentuale assistiti con FSE attivato;
  - Quota enti con sistema informativo integrato;
  - Spesa pro-capite per ICT;
  - Quota aziende sanitarie che utilizzano cartella informatizzata ospedaliera e/o territoriale;
  - Quota di aziende che utilizzano sistemi di sistemi di telemonitoraggio, intra e/o extra ospedalieri, e che hanno attivato la telemedicina

- Rete informatica MMG integrata con le aziende sanitarie;
- Altro.

Dimensione Sociale (Equità)

- Rinuncia alle cure (quota di popolazione che rinuncia a sostenere spese sanitarie per ragioni economiche):
  - Quota popolazione che accede ai servizi su stima popolazione con patologia;
  - Accessibilità delle cure (migrazioni regionali);
  - Rinuncia alle cure per eventi avversi dovuti alla tecnologia;
  - Altro.
- Impoverimento per spese sanitarie OOP (quota di popolazione che cade sotto la soglia di povertà relativa a causa di spesa sanitaria privata non intermediata *Out of Pocket*):
  - Elevato *Out of Pocket*;
  - Altro.
- Impatto sul bilancio delle famiglie (quota di famiglie soggette a spese sanitarie private *Out of Pocket* catastrofiche, ovvero pari ad una quota rilevante - 40% target proposto a livello internazionale - del livello complessivo di consumo):
  - Spesa complessiva;
  - Quota spesa *Out of Pocket*;
  - Includere costi per assicurazioni sanitarie private;
  - Soglia inferiore al 40%;
  - Spesa sanitaria *Out of Pocket*;
  - Rapportarlo al reddito e al livello complessivo di consumo
  - Impatto spesa sanitaria totale sul bilancio delle famiglie per fasce di reddito;
  - Altro.

Dimensione Economico-Finanziaria

- Spesa sanitaria (spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata):
  - Correzione della standardizzazione per condizione socioeconomica;
  - Distinzione tra spesa pubblica e privata e tra quota cittadino e quota fondi;
  - Altro.
- *Budget* pubblici (disavanzo SSR pro-capite):
  - Rapporto tra costi e finanziamento;
  - Spesa in relazione ai LEA;
  - Peculiarità delle autonomie locali;
  - Altro.
- Sostenibilità (rapporto fra spesa sanitaria totale pro-capite e PIL pro-capite):
  - Rapporto costi e fondo sanitario;
  - Simulazioni effettuate da RGS;
  - Valutare i bisogni effettivi locali e complessivi;
  - Misurare il fabbisogno di salute a associare i costi;
  - Regioni con PIL pro-capite più basso hanno un maggior bisogno di salute;
  - Altro.

La metodologia, qualitativa, applicata, prevedeva la classificazione delle proposte alternative, ritenute dai componenti del gruppo di lavoro valide, in tre categorie, identificata ciascuna da un colore. Si è classificato in "verde" la proposta ritenuta valida e realizzabile per la presenza di dati/fonti a supporto. In "rosso" le proposte per le quali non si dispone ad oggi di un indicatore o di fonti per la sua implementazione. Infine, approfittando della multidisciplinarietà presente ad ogni tavolo, sono stati riportate in "giallo", le nuove proposte (non avanzate da nessuno) alternative all'indicatore selezionato, da valutare come possibili indicatori da introdurre nelle prossime edizioni.

Al termine dei lavori dei singoli gruppi, ogni tavolo ha individuato un portavoce che ha relazionato sull'esito del confronto multidisciplinare, permettendo così la condivisione dei risultati con tutto il *Panel.*

Di seguito sono riportati i risultati principali per singola Dimensione, seguendo lo schema dell'elenco prima riportato; si rimanda all'appendice per il dettaglio di ogni singolo GdL.

In merito al primo indicatore della Dimensione Esiti, *Aspettativa di vita in buona salute*, tutti i GdL si sono ritenuti soddisfatti della scelta, proponendo la maggior parte di essi (63,0% dei partecipanti ai GdL) una eventuale integrazione con la parte relativa agli anni di vita in autosufficienza.

Per il secondo indicatore della Dimensione Esiti, relativo all'assenza di disabilità, pur ritenendo valido l'indicatore selezionato, quasi tutti i tavoli hanno ritenuto utile prendere in considerazione non solo la disabilità fisica ma anche quella sociale (25% dei partecipanti ai GdL). Un nuovo campo di indagine emerso per tale indicatore è la percentuale di disabili in condizione socio-economica ISEE < € 11.000, presi in carico dal SSN, del quale ovviamente andrà valutata la disponibilità dei dati.

La discussione relativa all'ultimo indicatore della Dimensione Esiti, ossia quello relativo alla *customer satisfation*, è stata quella più animata: già in fase di votazione *on line* erano emerse diverse proposte alternative all'indicatore individuato dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità. La centralità del paziente, l'importanza di valutare la qualità e la soddisfazione per le cure erogate è, e resta, un problema centrale ma di difficile quantificazione soprattutto a livello territoriale. Ad oggi l'indicatore selezionato è la soddisfazione per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero e per i servizi ASL: pur riconoscendo la difficoltà nel reperire la fonte, quasi tutti i gruppi di lavoro hanno ritenuto necessario integrarlo con la parte territoriale. Le proposte avanzate dai GdL si possono riassumere nella soddisfazione per la "presa in carico" del paziente con problemi sanitari complessi o cronici, che quindi non si limita alla sola parte ospedaliera ma anche a quella domiciliare, di continuità di cura e riabilitativa.

È stato inoltre evidenziato che andrebbero incrementati gli indicatori di esito delle cure ospedaliere.

Per quanto attiene alla Dimensione *Economico-Finanziaria* tutti i partecipanti hanno ritenuto gli indicatori votati validi ed esaustivi. La proposta aggiuntiva, emersa dai GdL (38,0% dei partecipanti), per il primo indicatore, riguarda la necessità di mantenere, nell'ambito della spesa sanitaria totale procapite standardizzata, una netta distinzione tra la componente pubblica e privata, e per quest'ultima tra quota direttamente finanziata dal cittadino e quota intermediata da forme sanitarie integrative.

In merito al secondo indicatore relativo al rispetto dei *budget* pubblici, la diversa composizione dei tavoli e provenienze ha fatto nascere proposte diverse dai GdL; c'è chi ha proposto una modifica per tale indicatore finalizzato a tener conto della peculiarità di finanziamento delle autonomie speciali, e chi ha ritenuto che la spesa vada calcolata in relazione alle effettive prestazioni LEA, ed extra LEA, erogate, nonché del "livello" con le quali vengono erogate, suggerendo ad esempio il calcolo della spesa per punto conseguito nella Griglia LEA.

Quest'ultima proposta, relativa ai LEA, è stata ripresa anche in merito all'ultimo indicatore relativo alla sostenibilità del sistema (incidenza della spesa sanitaria pro capite totale sul PIL): tutti i membri dei GdL hanno evidenziato la necessità di valutare il rapporto tra finanziamento e LEA erogati.

In merito alla Dimensione Sociale (Equità) gli indicatori selezionati sono stati ritenuti complessivamente rappresentativi, soprattutto quello relativo all'impoverimento causato da spese sanitarie *Out of Pocket*. Per quanto attiene l'indicatore della rinuncia alle cure per motivi economici è stato suggerito da alcuni componenti del GdL di integrarlo con l'accessibilità alle cure e con la misurazione dell'aspettativa di vita per patologia. Infine, per l'indicatore concernente l'impatto della spesa sanitaria sul bilancio delle famiglie (stato di catastroficità delle spese sanitarie *Out of Pocket)*, è stata avanzata la proposta di valutare una soglia inferiore al 40% (*target* proposto a livello internazionale) poiché sono numerose le patologie croniche causa di spese *Out of Pocket* importanti, che non raggiungono il 40%, ma sono prossime a tale soglia.

Passando alla Dimensione Appropriatezza gli indicatori proposti e selezionati includono già l'aspetto relativo all'assistenza territoriale, criticità emersa lo scorso anno nei GdL. La carenza informativa relativa all'assistenza extraospedaliera, ha portato alla costruzione di un indicatore *ad hoc*, relativo alla quota di pazienti *over* 75 dimessi in luoghi diversi dal domicilio, peraltro suggerito nella precedente edizione da alcuni componenti del *Panel*, ritenuto da alcuni GdL ancora "grezzo", ma ad oggi l'unico che consenta valutazioni in tal senso, in uno scenario di carenza informativa con livello di dettaglio regionale. L'aspetto relativo alla presa in carico ritorna ancora nelle discussioni dei GdL: sono infatti emerse proposte alternative come, ad esempio, l'identificazione di percorsi, non solo domiciliari, ma più in generale di continuità assistenziale, quali ad esempio la quota di pazienti con malattie croniche/rare e/o disabilità prese in carico dai servizi territoriali e che fruiscono di un piano di trattamento integrato (Piano Assistenziale Individualizzato), di una Unità di Valutazione Multidisciplinare, dell'inserimento in un percorso di Assistenza Domiciliare Integrata.

Sempre nell'ambito della Dimensione Appropriatezza, è stata presa in analisi anche quella clinica attraverso l'indicatore *Quota pazienti con IMA (Infarto Miocardico Acuto) trattati con PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty) entro 2 gg.*

Numerose sono state le proposte alternative, condivise dai GdL, soprattutto dai rappresentanti delle professioni sanitarie presenti ai tavoli, altresì condivise anche dagli altri membri.

Se ne riportano di seguito alcune:

- Tasso di parti cesarei (proposto dal 13,0% dei partecipanti ai GdL)
- Invalidità conseguenti a malattie croniche non adeguatamente trattate/compensate (proposto dal 25% dei partecipanti ai GdL)
- Fratture di femore negli *over* 65 operate entro le 48H (proposto dal 38,0% dei partecipanti ai GdL).

Nell'ambito della Dimensione Appropriatezza, rispetto allo scorso anno, non è stato menzionato il Tasso di ricorso al pronto soccorso (PS) e quindi manca la correlazione tra gestione corretta della cronicità e uso appropriato del PS. La gestione delle malattie croniche prevede un continuum tra ospedale e territorio. In ospedale l'Area Medica gestisce la maggioranza dei pazienti ricoverati in urgenza e affetti da malattie croniche. A tal proposito sarebbe utile definire la tipologia di paziente che si rivolge al PS e che viene ricoverato in area medica, le patologie prevalenti, l'età media e il luogo del ricovero (il 55% dei ricoveri ospedalieri è urgente, il 42 % dei ricoveri urgenti va in Area Medica, di cui il 27% in Medicina interna; il 79% dei ricoverati è ultrasessantacinquenne, con una età mediana in Medicina interna di 80 anni ed un basso livello di studio (51% licenza elementare).

Infine, in merito alla Dimensione Innovazione, introdotta lo scorso anno, la maggior parte dei GdL (88,0% dei partecipanti) ha ritenuto che gli indicatori non siano ancora del tutto rappresentativi, evidenziando la necessità di sostituire 'innovativo' con 'nuovo', poiché le novità, soprattutto in campo farmacologico, non necessariamente sono associate ad aspetti di innovazione.

Per questo indicatore le proposte avanzate dai GdL hanno riguardato:

- La misurazione dei tempi che intercorrono tra l'approvazione da parte di AIFA e l'effettiva reperibilità del farmaco
- Valutazione dell'innovazione del farmaco in base ai dati di *Evidence Based Medicine*, alla qualità di vita e all'aderenza alla terapia.

Sempre relativamente a questa Dimensione era stato suggerito durante il *Panel meeting* della precedente edizione l'introduzione di un indicatore che rilevasse il livello di digitalizzazione effettivo dei SSR (Fascicolo Sanitario Elettronico, sistemi di telemonitoraggio, telemedicina etc.); in base alle fonti informative disponibili è stato quindi proposto, e selezionato con le votazioni *on line*, l'indicatore *Quota di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico*; tuttavia, durante la discussione dei GdL, è emersa la necessità di integrare tale indicatore con le seguenti proposte:

- Percentuale di assistiti con FSE attivato
- Quota di aziende sanitarie che utilizzano la cartella informatizzata ospedaliera/ambulatoriale
- Quota di aziende che utilizzano sistemi di sistemi di telemonitoraggio, intra e/o extra ospedaliero, e che hanno attivato la telemedicina,
- Presenza di una rete integrata tra medicina generale e aziende sanitarie.

Passando all'ultimo indicatore della Dimensione Innovazione, l'esito delle votazioni *on line* aveva individuato il numero di PDTA redatti negli ultimi 5 anni.

Il suggerimento espresso da più della metà del *Panel* (63,0% dei partecipanti), pur riconoscendo la validità dell'indicatore, è stato quello di analizzare non i PDTA 'redatti' ma quelli effettivamente implementati.

ESITI	VERDE	ROSSO	GIALLO
ESITI - ASPETTATIVA DI VITA			
ANNI DI VITA IN ASSENZA DI CRONICITÀ	0%	0%	0%
ANNI DI VITA IN AUTOSUFFICENZA	63%	0%	0%
GRADO DI ADERENZA AI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI	0%	0%	0%
ALTRO	0%	0%	0%
ESITI - DISABILITÀ			
INTEGRARE CON CONDIZ. SOCIO ECONOMICA	13%	0%	0%
DISABILITA' SOCIALE NON SOLO FISICA	25%	0%	0%
INFORMAZIONI SULLA FREQUENZA DI AIUTO	13%	0%	0%
ALTRO	0%	0%	0%
ESITI - CUSTOMER SATISFATION			
SODD. TEMPI E LISTE DI ATTESA	13%	0%	0%
SODD. ASSISTENZA MEDICA, INFERMIERISTICA E RIABILITATIVA SUL TERRITORIO	13%	0%	0%
SODD. ASS. SPECIALISTICA E RICORSO AL MMG	0%	0%	0%
SODD. ASSISTENZA OSPD.-TERR.	38%	0%	0%
TASSO DI VARIAZIONE SCELTA MMG	0%	0%	0%
SODD. PRESA IN CARICO	0%	13%	0%
SODD. MEDICINA DI BASE E PREVENZIONE	0%	0%	0%
RIDUZIONE OSPEDALIZZAZIONI PATOLOGIE ACUTE	0%	0%	0%
TEMPI MEDI DI ASCOLTO DEI MEDICI	0%	0%	0%
SODD. CITTADINI PER PRIMO SOCCORSO E MMG	0%	0%	0%
SODD. ASS. DISTRETTUALE	0%	13%	0%
UMANIZZAZIONE SERVIZI	0%	0%	0%
NUMERO DI UVM PER AB.	0%	0%	0%
QUALITÀ ACCOGLIENZA	0%	0%	0%
SODD. AMBULATORI VACCINALI	0%	0%	0%
ALTRO	0%	0%	13%

ECONOMICO - FINANZIARIA	VERDE	ROSSO	GIALLO
EC.-FIN - SPESA SANITARIA			
CORREZIONE DELLA STANDARDIZZ. PER COND. SOCIO ECONOMICA	0%	0%	0%
DISTINZIONE TRA SPESA PUBBLICA E PRIVATA E TRA QUOTA CITTADINO E QUOTA FONDI	38%	13%	0%
ALTRO	0%	0%	0%
EC.-FIN - BUDGET PUBBLICI			
RAPPORTO TRA COSTI E FINANZIAMENTO	0%	0%	0%
SPESA IN RELAZIONE AI LEA	13%	0%	0%
PECULIARITÀ AUTONOMIE LOCALI	13%	0%	0%
ALTRO	0%	0%	13%
EC.-FIN - SOSTENIBILITÀ			
RAPPORTO COSTI E FONDO SANITARIO	13%	0%	0%
SIMULAZIONI EFFETTUATE DA RGS	0%	0%	0%
VALUTARE I BISOGNI EFFETTIVI LOCALI E COMPLESSIVI	0%	0%	0%
MISURARE IL FABBISOGNO DI SALUTE A ASSOCIARE I COSTI	13%	13%	0%
REGIONI CON PIL PRO CAPITE + BASSO MAGGIOR BISOGNO DI SALUTE	0%	0%	0%
ALTRO	0%	0%	25%

EQUITÀ	VERDE	ROSSO	GIALLO
EQUITÀ - RINUNCE ALLA CURA			
QUOTA POP. CHE ACCEDE AI SERVIZI/ STIMA POP. CON PATOLOGIA	0%	0%	0%
ACCESSIBILITÀ DELLE CURE (MIGRAZIONI REGIONALI)	0%	0%	0%
RINUNCIA ALLA CURA PER EVENTI AVVERSI DOVUTI ALLA TECNOLOGIA	0%	0%	0%
ALTRO	0%	0%	38%
EQUITÀ - IMPOVERIMENTO DA SPESE SANITARIE			
ELEVATA OOP	25%	0%	0%
ALTRO	0%	0%	0%
EQUITÀ - IMPATTO SUL BILANCIO DELLE FAMIGLIE			
SPESA COMPLESSIVA	0%	0%	0%
QUOTA SPESA OOP	0%	0%	0%
INCLUDERE COSTI PER ASSICURAZIONI SANITARIE PRIVATE	0%	0%	0%

SOGLIA INFERIORE AL 40%	38%	0%	0%
SPESA SANITARIA OOP	0%	0%	0%
RAPPORTARLO AL REDDITO E AL LIVELLO COMPLESSIVO DI CONSUMO	0%	0%	0%
IMPATTO SPESA SANITARIA TOT. SUL BILANCIO DELLE FAMIGLIE PER FASCE DI REDDITO	13%	0%	0%
ALTRO	0%	0%	13%

APPROPRIATEZZA	VERDE	ROSSO	GIALLO
APPROPRIATEZZA DI REGIME (QUOTA DI RICOVERI ACUTI ORDINARI CON DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA)			
RIAMMISSIONI A 30 GG DALLA DIMISSIONE PER DIAGNOSI PSICHIATRICA	0%	0%	0%
INDICATORI DEL P.N.E.	25%	0%	0%
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE	13%	0%	0%
ALTRO	0%	0%	25%
APPROPRIATEZZA DI REGIME (QUOTA PZ *OVER* 75 DIMESSI IN LUOGHI DIVERSI DAL DOMICILIO)			
QUOTA PZ CON DIAGNOSI DI PSICOSI CON VISITA ENTRO 14 GG DALLA DIMISSIONE	0%	0%	0%
N. PZ CRONICI/RARI IN ADI	0%	0%	0%
QUOTA PZ RIAMMESSI ENTRO 7 GG DALLE DIMISSIONI	0%	0%	0%
QUOTA PZ CON MALATTIE CRONICHE PRESO IN CARICO DAI SERVIZI TERRITORIALI	25%	13%	0%
RICOVERI OSPEDALIERI RIPETUTI	0%	0%	0%
ALTRO	0%	0%	0%
APPROPRIATEZZA CLINICA (QUOTA PZ CON IMA TRATTATI CON PTCA ENTRO 2 GG)			
TASSO PARTI CESAREI	13%	0%	0%
INVALIDITÀ DA MALLATIE CRONICHE NON ADEGUATAMENTE TRATTATE/COMPENSATE	25%	0%	0%
TASSO DI MORTALITÀ A 30 GG DALLA DIMISSIONE	0%	0%	0%
N. DI DIAGNOSI DI MALATTIA RARA IN UNA DETERMINATA REGIONE	0%	0%	0%
FOCUS SU PATOLOGIE ONCOLOGICHE	0%	0%	0%
ATTIVITÀ DELLE CHIRURGIE SENOLOGICHE	0%	0%	0%
EMBOLECTOMIA IN ICTUS	0%	0%	0%
FRATTURE DI FEMORE NEGLI *OVER* 65 OPERATE ENTRO 48H	38%	0%	0%
TASSO DI REINTERVENTO DI ALCUNI INTERVENTI CHIURURGICI	0%	0%	0%

ALTRO	0%	0%	0%

INNOVAZIONE	VERDE	ROSSO	GIALLO
INNOVAZIONE IN CAMPO FARMACEUTICO (CONSUMO PRO CAPITE ANNUO DI FARMACI APPROVATI NEGLI ULTIMI 3 ANNI DA EMA ED AMMESSI ALLA RIMBORSABILITÀ)			
NUOVI FARMACI VALUTATI PER INSERIMENTO IN PDTA	0%	0%	0%
DEFINIRE ATTRAVERSO LA PATOLOGIA	0%	0%	0%
POSSIBILITÀ DI ACCESSO ALL'INNOVAZIONE A LIVELLO TERRITORIALE	13%	0%	0%
RAPPORTARE L'INDICATORE ALLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	0%	0%	0%
INNOVAZIONE TECNOLOGICA (CHIRURGICA E DIAGNOSTICA)	0%	0%	0%
ALTRO	0%	0%	88%
INNOVAZIONE NEL CAMPO PROCEDURALE			
N. DI PDTA IMPLEMENTATI O MODIFICATI NEGLI ULTIMI 5 ANNI	0%	0%	0%
LIVELLO DI IMPLEMENTAZIONE DEL PDTA	0%	0%	0%
PDTA NAZIONALI, REGIONALI O DI STRUTTURA	0%	0%	0%
INDIVIDUARE PDTA EFFETTIVAMENTE IMPLEMENTATI	13%	25%	0%
N. *REPORT* HTA, LINEE DI INDIRIZZO E PDTA	0%	0%	0%
N. DI PRESTAZIONI INSERITE IN PDTA EROGATE ALL'INTERNO DEL PERCORSO/NUMERO TOT. DELLE STESSE PRESTAZIONI	0%	0%	0%
N. PDTA REGIONALI IMPLEMENTATI SULLA BASE DI MODELLI CONCORDATI ED OMOGENEI	25%	0%	0%
ALTRO	0%	0%	50%
QUOTA DI AZIENDE SANITARIE CHE ALIMENTANO IL FSE			
MODELLI INNOVATIVI DI INTEGRAZIONE PUBBLICO- NO-PROFIT	0%	0%	0%
N. DI PZ CHE SONO STATI PRESI IN CARICO CON APPROCCIO NUOVO	0%	0%	0%
N. DI LETTERE DI DIMISSIONE RESE DISPONIBILI NEI FSE SUL TOT.	0%	0%	0%
% ASSISTITI CON FSE ATTIVATO	25%	13%	0%
QUOTA ENTI CON SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO	0%	0%	0%
SPESA PRO-CAPITE PER ICT	0%	0%	0%
QUOTA AZIENDE SANITARIE CHE UTILIZZANO CARTELLA INFORMATIZZATA OSPEDALIERA E/O TERRITORIALE	38%	0%	0%
RETE INFORMATICA MMG INTEGRATA CON LE AZIENDE SANITARIE	0%	0%	0%
ALTRO	0%	0%	0%

CREA Sanità

SCHEDE INDICATORI

CREA Sanità

Università di Roma Tor Vergata

DIMENSIONE	ID	INDICATORE
Sociale (Equità)	1	Quota famiglie impoverite a causa di spese sanitarie *Out of Pocket*
	2	Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
	3	Quota famiglie con spese sanitarie *Out of Pocket* catastrofiche
Economico-Finanziaria	4	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	5	Disavanzo pro-capite
	6	Incidenza spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL
Appropriatezza	7	Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 2 giorni
	8	Quota pazienti *over* 75 dimessi non al domicilio
	9	Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati
Esiti	10	Prevalenza di persone senza disabilità
	11	Aspettativa di vita in buona salute
	12	Quota persone molto soddisfatte dall'assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL
Innovazione	13	Consumo pro-capite annuo per farmaci approvati da *European Medicine Agency* negli ultimi 3 anni e ammessi alla rimborsabilità
	14	Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni
	15	Quota di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

PROSPETTIVA SOCIALE

INDICATORE N. 1 Quota famiglie impoverite a causa di spese sanitarie *Out of Pocket*	
Descrizione	L'indicatore esprime l'incidenza di fenomeni di impoverimento, ovvero di famiglie che cadono sotto della soglia di povertà relativa a causa delle spese sanitarie *Out of Pocket* (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.),
Numeratore	Famiglie impoverite per spese sanitarie *Out of Pocket*
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 sanitarie per motivi economici	
Descrizione	L'indicatore esprime l'incidenza di casi di famiglie che rinunciano a sostenere spese sanitarie (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.) per motivi economici
Numeratore	Numero di persone che rinuncia alle spese sanitarie per motivi economici
Denominatore	Popolazione
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su indagine 'Spesa delle famiglie' Istat

INDICATORE N. 3 Quota famiglie con spese sanitarie *Out of Pocket* catastrofiche	
Descrizione	L'indicatore esprime l'incidenza dei casi di famiglie che sostengono spese sanitarie *Out of Pocket* (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.) molto elevate, ovvero che assorbono oltre il 40% della loro Capacity To Pay (proxy della loro disponibilità al netto delle spese di sussistenza)
Numeratore	Famiglie soggette a spese sanitarie *Out of Pocket* catastrofiche
Denominatore	Famiglie residenti
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su indagine 'Spesa delle famiglie' Istat

PROSPETTIVA ECONOMICA-FINANZIARIA

INDICATORE N. 4 Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata	
Descrizione	L'indicatore rappresenta l'onere medio complessivo sostenuto dai cittadini per il consumo di beni e servizi sanitari
Numeratore	Spesa sanitaria totale pro-capite
Denominatore	Popolazione standardizzata
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Istat (SHA), Ministero della Salute e ANIA

INDICATORE N. 5 Disavanzo pro-capite	
Descrizione	L'indicatore rappresenta la spesa pubblica sostenuta per ciascun residente, in eccesso rispetto al finanziamento programmato; indica anche l'onere su ciascun residente per la copertura del disavanzo del SSN (sono considerate le sole Regioni in disavanzo)
Numeratore	Disavanzo regionale per la Sanità
Denominatore	Popolazione
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute

INDICATORE N. 6 Incidenza spesa sanitaria totale standardizzata sul PIL	
Descrizione	L'indicatore esprime l'incidenza della spesa sanitaria totale (pubblica e privata) sul PIL
Numeratore	Spesa sanitaria totale pro-capite
Denominatore	PIL
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Istat

PROSPETTIVA APPROPRIATEZZA

INDICATORE N. 7 Quota di pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PCTA entro 2 giorni	
Descrizione	L'indicatore esprime l'incidenza di Infarti Miocardici Acuti (IMA) trattati come atteso, ovvero a cui è stata effettuata una PTCA entro 2 giorni dal ricovero in ospedale
Numeratore	Casi incidenti di IMA a cui è stata effettuata una PTCA entro 2 giorni
Denominatore	Casi incidenti di IMA
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Programma Nazionale Esiti (Age.na.s.)

INDICATORE N. 8 Quota di pazienti *over* 75 dimessi non al domicilio	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota di pazienti *over* 75 residenti che sono stati dimessi vivi da reparti di medicina generale in luoghi diversi dal domicilio (per regione di ricovero)
Numeratore	Numero di pazienti *over* 75 dimessi non al domicilio, da ricoveri ordinari in acuzie in reparti di medicina generale
Denominatore	Totale pazienti *over* 75 dimessi da ricoveri ordinari in acuzie in reparti di medicina generale
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute (SDO)

INDICATORE N. 9 Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie afferenti a DRG potenzialmente inappropriati	
Descrizione	L'indicatore rappresenta la quota di dimissioni da ricoveri ordinari in acuzie afferenti a DRG considerati a potenziale rischio di inappropriatezza
Numeratore	Ricoveri ordinari in acuzie con DRG ad alto rischio di inappropriatezza
Denominatore	Ricoveri ordinari in acuzie
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute (SDO)

PROSPETTIVA ESITI

INDICATORE N. 10 Prevalenza nella popolazione di persone senza disabilità	
Descrizione	L'indicatore rappresenta il numero di persone *over* 6 anni che non presentano alcuna disabilità (confinamento, limitazioni nelle funzioni, limitazioni nel movimento, limitazioni vista, udito e parola)
Numeratore	Persone di età superiore ai 6 anni senza limitazioni funzionali
Denominatore	Popolazione *over* 6 anni
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Istat

INDICATORE N. 11 Aspettativa di vita in buona salute	
Descrizione	L'indicatore esprime l'aspettativa di vita (numero medio di anni) alla nascita
Numeratore	Numero di anni che un individuo si aspetta di vivere in buona salute
Denominatore	-
Unità di misura	Valore in anni
Fonte	Istat

INDICATORE N. 12 Quota di persone molto soddisfatte dall'assistenza medica e infermieristica ospedaliera o dei servizi ASL	
Descrizione	L'indicatore esprime quante persone in media sono risultate molto soddisfatte dell'assistenza in ospedale o dei servizi erogati dalle ASL
Numeratore	Somme delle persone ricoverate molto soddisfatte dell'assistenza medica ospedaliera, infermieristica ospedaliera, e delle persone che hanno espresso un giudizio molto positivo sui servizi delle ASL
Denominatore	Persone ricoverate e persone che si sono recate in ASL negli ultimi 12 mesi
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Istat

PROSPETTIVA INNOVAZIONE

INDICATORE N. 13 Consumo pro-capite annuo per farmaci approvati da *European Medicine Agency* negli ultimi 3 anni e ammessi alla rimborsabilità	
Descrizione	L'indicatore esprime il consumo farmaci "nuovi" ovvero approvati dall'EMA negli ultimi 3 anni e ammessi alla rimborsabilità
Numeratore	Consumo, espresso in *Counting Units* (CU), di farmaci approvati da EMA negli ultimi 3 anni
Denominatore	Popolazione
Unità di misura	Valore in CU pro-capite/anno
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Farmindustria

INDICATORE N. 14 Numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni	
Descrizione	L'indicatore esprime la capacità di redazione dei PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale)
Numeratore	Numero di PDTA approvati negli ultimi 5 anni
Denominatore	Popolazione
Unità di misura	Valore assoluto
Fonte	Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati PDTA-LAB

INDICATORE N. 15 Quota di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	
Descrizione	L'indicatore esprime l'impegno delle Aziende Sanitarie nell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
Numeratore	Numero di aziende sanitarie che alimentano il FSE
Denominatore	Numero di aziende sanitarie
Unità di misura	Valori in %
Fonte	Ministero della Salute

CREA Sanità

WORKGROUP:
CONFRONTO FRA *STAKEHOLDER*

CREA Sanità

Università di Roma Tor Vergata

DIMENSIONE ESITI			
STATEMENT - PROPOSTE			
Statement: Per quanto concerne l'aspettativa di vita l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è quello della aspettativa di vita in buona salute, in quanto si ritiene essenziale integrare la dimensione della quantità e quella della qualità di vita fruibile dalla popolazione. L'indicatore, inoltre, implicitamente considera l'aspetto della mortalità			
TAVOLO 1	TAVOLO 2	TAVOLO 3	TAVOLO 4
	2) Anni di vita in autosufficienza		2) Anni di vita in autosufficienza
Statement: Per quanto concerne la disabilità l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è il complemento ad 1 della prevalenza di disabilità nella popolazione, in quanto questa ultima viene misurata con le ADL (Activities of Daily Living), che sono costruite sul principio della capacità di svolgere le funzioni tipiche della vita quotidiana			
Statement: Per quanto concerne la *customer satisfation*, in assenza di misurazioni disponibili che riassumano la soddisfazione media della popolazione per il sistema sanitario, l'indicatore migliore disponibile sembra possa essere individuato nella soddisfazione per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero			
	Limitativo solo ambito ospedaliero, ma tramite istat raccogliere la percezione dei cittadini sul proprio perscorso di salute presso i servizi sanitari	11) Soddisfazione nella assistenza sanitaria distrettuale	1) Soddisfazione per i tempi e le liste di attesa delle prestazioni sanitarie + assistenza territoriale e di continuità di cure

LEGENDA:
- scelta di indicatore tra quelli proposti con fonte dati disponibile
- scelta di indicatore tra quelli proposti senza fonte dati disponibile
- nuova proposta di indicatore

DIMENSIONE ESITI			
STATEMENT - PROPOSTE			
Statement: Per quanto concerne l'aspettativa di vita l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è quello della aspettativa di vita in buona salute, in quanto si ritiene essenziale integrare la dimensione della quantità e quella della qualità di vita fruibile dalla popolazione. L'indicatore, inoltre, implicitamente considera l'aspetto della mortalità			
TAVOLO 5	TAVOLO 6	TAVOLO 7	TAVOLO 8
		2) Anni di vita in autosufficienza	2) Anni di vita in autosufficienza
Statement: Per quanto concerne la disabilità l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è il complemento ad 1 della prevalenza di disabilità nella popolazione, in quanto questa ultima viene misurata con le ADL (Activities of Daily Living), che sono costruite sul principio della capacità di svolgere le funzioni tipiche della vita quotidiana			
3) Deve includere informazioni sulla frequenza di aiuto, limitazione solo in particolari attività e livello di indipendenza fuori dal contesto della propria abitazione, dal punto di vista della qualità di vita sono le risposte che il sistema è in grado di dare a parità di condizioni cliniche	2) Prendere in considerazione anche la disabilità sociale, non solo fisica	2) Prendere in considerazione anche la disabilità sociale, non solo fisica	1) Integrare con correttivo della condizione socio-economica tratta dall'ISEE + presa in carico
Statement: Per quanto concerne la *customer satisfation*, in assenza di misurazioni disponibili che riassumano la soddisfazione media della popolazione per il sistema sanitario, l'indicatore migliore disponibile sembra possa essere individuato nella soddisfazione per l'assistenza medica ed infermieristica in ambito ospedaliero			
4) Soddisfazione per l'assistenza ospedaliera-territoriale e/o domiciliare, necessaria per la continuità delle cure anche fuori dall'ospedale	4) Soddisfazione per l'assistenza ospedaliera-territoriale e/o domiciliare, necessaria per la continuità delle cure anche fuori dall'ospedale	6) Soddisfazione per la "presa in carico" di problemi sanitari complessi	4) Soddisfazione per l'assistenza ospedaliera-territoriale e/o domiciliare, necessaria per la continuità delle cure anche fuori dall'ospedale

DIMENSIONE ECONOMICO-FINANZIARIA			
STATEMENT - PROPOSTE			
Statement: Per quanto concerne la spesa sanitaria l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è quello della spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata, in quanto l'ambito di osservazione è sia quello pubblico che privato; la standardizzazione è necessaria in quanto i bisogni delle popolazioni non sono omogenei			
TAVOLO 1	TAVOLO 2	TAVOLO 3	TAVOLO 4
	2) Mantenere un'evidenza distinta della Spesa Sanitaria Pubblica e Spesa Sanitaria Privata, e per quest'ultima tra quota direttamente finanziata dal cittadino e quota intermediata da Forme Sanitarie Integrative, considerando la spesa privata pura e quella integrativa		2) Mantenere un'evidenza distinta della Spesa Sanitaria Pubblica e Spesa Sanitaria Privata, e per quest'ultima tra quota direttamente finanziata dal cittadino e quota intermediata da Forme Sanitarie Integrative, considerando la spesa privata pura e quella integrativa
Statement: Per quanto concerne il rispetto dei budget pubblici l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è il disavanzo SSR pro-capite, che è già "naturalmente" standardizzato per effetto dei meccanismi di riparto			
	3) Considerare le peculiarità delle Autonomie speciali che finanziano il Servizio Sanitario Regionale con proprie risorse e che non partecipano al riparto SSN		2) La spesa va considerata in relazione alle prestazione LEA ed extra LEA oltre al *Out of Pocket* a carico del cittadino
Statement: Per quanto concerne la sostenibilità l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è quello del rapporto fra spesa sanitaria totale pro-capite e PIL pro-capite, in quanto riassume il rapporto fra disponibilità di risorse e spesa sanitaria sostenuta			
	4) Bisognerebbe partire dalla misurazione del fabbisogno di salute ed associarne i costi per valutare la coerenza dei fondi disponibili	1) Rapporto tra costi e fondo sanitario; Rapporto tra finanziamento e LEA	

LEGENDA:
- scelta di indicatore tra quelli proposti con fonte dati disponibile
- scelta di indicatore tra quelli proposti senza fonte dati disponibile
- nuova proposta di indicatore

DIMENSIONE ECONOMICO-FINANZIARIA			
STATEMENT - PROPOSTE			
Statement: Per quanto concerne la spesa sanitaria l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è quello della spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata, in quanto l'ambito di osservazione è sia quello pubblico che privato; la standardizzazione è necessaria in quanto i bisogni delle popolazioni non sono omogenei			
TAVOLO 5	TAVOLO 6	TAVOLO 7	TAVOLO 8
2) Mantenere un'evidenza distinta della Spesa Sanitaria Pubblica e Spesa Sanitaria Privata, e per quest'ultima tra quota direttamente finanziata dal cittadino e quota intermediata da Forme Sanitarie Integrative, considerando la spesa privata pura e quella integrativa		2) Mantenere un'evidenza distinta della Spesa Sanitaria Pubblica e Spesa Sanitaria Privata, e per quest'ultima tra quota direttamente finanziata dal cittadino e quota intermediata da Forme Sanitarie Integrative	
Statement: Per quanto concerne il rispetto dei budget pubblici l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è il disavanzo SSR pro-capite, che è già "naturalmente" standardizzato per effetto dei meccanismi di riparto			
	Correlare l'indicatore proposto con i LEA uniformi		
Statement: Per quanto concerne la sostenibilità l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è quello del rapporto fra spesa sanitaria totale pro-capite e PIL pro-capite, in quanto riassume il rapporto fra disponibilità di risorse e spesa sanitaria sostenuta			
Utilizzare il PIL pro-capite nazionale e non regionale considerando che teoricamente i bisogni di salute sono invariati nelle varie regioni		4) Bisognerebbe partire dalla misurazione del fabbisogno di salute ed associarne i costi per valutare la coerenza dei fondi disponibili	Non indicativo della performance perché rappresentativo della situazione corrente, integrarlo con una % dei raggiungimento dei LEA

DIMENSIONE EQUITÀ

STATEMENT - PROPOSTE

Statement: Per quanto concerne il fenomeno delle rinunce alla cura l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è quello della quota di popolazione che rinuncia a sostenere spese sanitarie per ragioni economiche, in quanto si relaziona al principio di accesso universale alle cure

TAVOLO 1	TAVOLO 2	TAVOLO 3	TAVOLO 4
	Misurare l'aspettativa di vita per patologie legata a indicatori economici e socio culturali		Accessibilità delle cure

Statement: Per quanto concerne l'impoverimento causato dalle spese sanitarie sostenute, l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è la quota di popolazione che cade sotto la soglia di povertà relativa a causa di spesa sanitaria privata non intermediata (*Out of Pocket*), che rappresenta una misura diretta del disagio creato dalla spesa sanitaria privata

		1) Associare l'elevato utilizzo di *Out of Pocket* alle condizioni socio-economiche (molta gente utilizza questo strumento per avere la possibilità di scelta del professionista)	1) Associare l'elevato utilizzo di *Out of Pocket* alle condizioni socio-economiche (molta gente utilizza questo strumento per avere la possibilità di scelta del professionista) per evidenziare le differenze regionali

Statement: Per quanto concerne l'impatto della spesa sanitaria sul bilancio delle famiglie, l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è quello della quota di famiglie soggette a spese sanitarie private *Out of Pocket* catastrofiche, ovvero pari ad una quota rilevante (40% target proposto a livello internazionale) del livello complessivo di consumo

4) Valutare una soglia inferiore al 40% (30%?): sono numerose le patologie croniche causa di spese *Out of Pocket* importanti ma che non raggiungono il 40%			

LEGENDA:
- scelta di indicatore tra quelli proposti con fonte dati disponibile
- scelta di indicatore tra quelli proposti senza fonte dati disponibile
- nuova proposta di indicatore

DIMENSIONE EQUITÀ

STATEMENT - PROPOSTE

Statement: Per quanto concerne il fenomeno delle rinunce alla cura l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è quello della quota di popolazione che rinuncia a sostenere spese sanitarie per ragioni economiche, in quanto si relaziona al principio di accesso universale alle cure

TAVOLO 5	TAVOLO 6	TAVOLO 7	TAVOLO 8
			Suggerisce di chiedere all'Istat di rilevarlo diversamente: di numero di volte che il paziente rinuncia a prestazioni per ragioni economiche, peso diverso per chi rinuncia e ha spese continue

Statement: Per quanto concerne l'impoverimento causato dalle spese sanitarie sostenute, l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è la quota di popolazione che cade sotto la soglia di povertà relativa a causa di spesa sanitaria privata non intermediata *(Out of Pocket)*, che rappresenta una misura diretta del disagio creato dalla spesa sanitaria privata

Statement: Per quanto concerne l'impatto della spesa sanitaria sul bilancio delle famiglie, l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è quello della quota di famiglie soggette a spese sanitarie private *Out of Pocket* catastrofiche, ovvero pari ad una quota rilevante (40% target proposto a livello internazionale) del livello complessivo di consumo

7) Impatto della spesa sanitaria totale sul bilancio delle famiglie per fasce di reddito	Mix 2) Quota di spesa *Out of Pocket*, comprensivo dei ticket, rispetto all'imponibile medio 3) Includere anche i costi per assicurazioni sanitarie private	4) Valutare una soglia inferiore al 40% (30%?): sono numerose le patologie croniche causa di spese *Out of Pocket* importanti ma che non raggiungono il 40%	4) Valutare una soglia inferiore al 40% (30%?): sono numerose le patologie croniche causa di spese *Out of Pocket* importanti ma che non raggiungono il 40%

DIMENSIONE APPROPRIATEZZA

STATEMENT - PROPOSTE

Statement: Per quanto concerne l'appropriatezza di regime, ed in particolare il corretto utilizzo del regime di presa in carico del paziente, l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è quello della quota di ricoveri acuti ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatezza, in quanto implica un corretto utilizzo delle risorse ospedaliere

TAVOLO 1	TAVOLO 2	TAVOLO 3	TAVOLO 4
2) Indicatore complesso, dal PNE e valutare i pesi dei diversi indicatori	3) Tasso di ospedalizzazione, eventualmente per fasce di età e per diagnosi d'ingresso di patologie croniche		Aggiungere la riammissione dei pazienti a 7 giorni

Statement: Per quanto concerne l'appropriatezza di regime, ed in particolare la corretta presa in carico del paziente, l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è quello della quota di pazienti *over* 75 dimessi in luoghi diversi dal domicilio, in quanto implica (per compensazione) la capacità di presa in carico da parte dell'assistenza primaria

4) Quota di pazienti con malattie croniche e/o disabilità prese in carico dai servizi territoriali e che fruiscono di un piano di trattamento integrato (Piano Assistenziale Individualizzato), Unità di Valutazione Multidisciplinare, Assistenza Domiciliare Integrata	4) Quota di pazienti con malattie croniche e/o disabilità prese in carico dai servizi territoriali e che fruiscono di un piano di trattamento integrato (Piano Assistenziale Individualizzato), Unità di Valutazione Multidisciplinare, Assistenza Domiciliare Integrata		

Statement: Per quanto concerne l'appropriatezza clinica sono numerosissimi gli indicatori utilizzabili; si propone di utilizzare la quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni, per l'evidenza disponibile sul tema e per l'impatto sulla salute della popolazione, essendo la cardiopatia ischemica la prima causa di morte in Italia

	2) Invalidità conseguenti a malattie croniche non adeguatamente trattate/ compensate (diabete, artrite reumatoide, etc.) 1) tassi di parto cesario 8) frattura femore		2) Invalidità conseguenti a malattie croniche non adeguatamente trattate/ compensate (diabete, artrite reumatoide, etc.)

LEGENDA:
- scelta di indicatore tra quelli proposti con fonte dati disponibile
- scelta di indicatore tra quelli proposti senza fonte dati disponibile
- nuova proposta di indicatore

DIMENSIONE APPROPRIATEZZA

STATEMENT - PROPOSTE

Statement: Per quanto concerne l'appropriatezza di regime, ed in particolare il corretto utilizzo del regime di presa in carico del paziente, l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è quello della quota di ricoveri acuti ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatezza, in quanto implica un corretto utilizzo delle risorse ospedaliere

TAVOLO 5	TAVOLO 6	TAVOLO 7	TAVOLO 8
	2) Numero di pazienti cronici / rari in ADI (assistenza domiciliare integrata)	Presenza di requisiti/ percorsi alternativi al domicilio, come strutture intermetdie e alternative al domicilio	

Statement: Per quanto concerne l'appropriatezza di regime, ed in particolare la corretta presa in carico del paziente, l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è quello della quota di pazienti *over* 75 dimessi in luoghi diversi dal domicilio, in quanto implica (per compensazione) la capacità di presa in carico da parte dell'assistenza primaria

4) Quota di pazienti con malattie croniche e/o disabilità prese in carico dai servizi territoriali e che fruiscono di un piano di trattamento integrato (Piano Assistenziale Individualizzato), Unità di Valutazione Multidisciplinare, Assistenza Domiciliare Integrata			

Statement: Per quanto concerne l'appropriatezza clinica sono numerosissimi gli indicatori utilizzabili; si propone di utilizzare la quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni, per l'evidenza disponibile sul tema e per l'impatto sulla salute della popolazione, essendo la cardiopatia ischemica la prima causa di morte in Italia

		Da integrare con 8) Fratture di femore negli *over* 65 operate entro 48 h	Da integrare con 8) Fratture di femore negli *over* 65 operate entro 48 h

DIMENSIONE INNOVAZIONE

STATEMENT - PROPOSTE

Statement: Per quanto concerne l'innovazione in campo farmaceutico, l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è quello del consumo pro-capite di farmaci nuovi espresso come Defined Daily Dose pro-capite annuo per farmaci approvati da European Medicine Agency negli ultimi 5 anni

TAVOLO 1	TAVOLO 2	TAVOLO 3	TAVOLO 4
Distinzione farmaci nuovi e innovativi, utilizzare il criterio di innovatività generato da AIFA	3) Possibilità di accesso all'innovazione a livello territoriale (disponibilità effettiva dei trattamenti appena registrati a livello nazionale)	Misurare i tempi che ci sono tra l'approvazione del farmaco da parte dell'AIFA e il tempo di inserimento e reperibilità del farmaco	Valutazione dei trattamenti a livello delle singole realtà

Statement: Per quanto concerne l'innovazione nel campo procedurale, l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è quello del numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni in rapporto alla popolazione

Verificare quanti pazienti vengono inseriti in un piano di PDTA rispetto al totale dei pazienti trattati, e PDTA non aziendali ma regionali		4) Bisogna individuare i PDTA effettivamente implementati	

Statement: Quota di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico

4) % Assistiti con FSE attivato e utilizzo cartella clinica informatizzata	4) % Assistiti con FSE attivato e utilizzo cartella clinica informatizzata		7) Quota di Aziende Sanitarie che utilizzano la cartella informatizzata ospedaliera e/o ambulatoriale

LEGENDA:
- scelta di indicatore tra quelli proposti con fonte dati disponibile
- scelta di indicatore tra quelli proposti senza fonte dati disponibile
- nuova proposta di indicatore

DIMENSIONE INNOVAZIONE

STATEMENT - PROPOSTE

Statement: Per quanto concerne l'innovazione in campo farmaceutico, l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è quello del consumo pro-capite di farmaci nuovi espresso come Defined Daily Dose pro-capite annuo per farmaci approvati da European Medicine Agency negli ultimi 5 anni

TAVOLO 5	TAVOLO 6	TAVOLO 7	TAVOLO 8
Considerare i farmaci valutati a livello regionale per inserimento in PDTA	Più interessante farmaci innovati e non nuovi, essendo già stato selezionato da AIFA cosa sia innovativo	Indicatore che tenga conto del farmaco innovativo ma anche un rapporto di efficacia secondo l'evidence DBM e rapportato alla qualità di vita del paziente nell'assunzione del farmaco stesso	Differenza farmaci nuovi e innovativi

Statement: Per quanto concerne l'innovazione nel campo procedurale, l'indicatore che sembra meglio sintetizzare il fenomeno è quello del numero di PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) redatti negli ultimi 5 anni in rapporto alla popolazione

Considerare anche la revisione dei PDTA	Interessante considerare la presa in carico	Indicatore che misuri i PDTA come applicazione effettiva non come produzione	4) Bisogna individuare i PDTA effettivamente implementati

Statement: Quota di aziende sanitarie che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico

		4) % Assistiti con FSE attivato	8) Indicatori sulla esistenza di una rete informatica dei MMG integrata con le aziende sanitarie (% di ambulatori di MMG collegati sul totale) oppure oltre ai referti dei laboratori aggiungere anche inserimento in fascicolo elettronico di quelli radiologici

CREA Sanità

NOTE

Finito di stampare
nel mese di giugno 2018 presso
Locopress industria grafica
Mesagne (Brindisi) - Italia
per conto di
Locorotondo editore
ISBN 978-88-99078-25-6