

Una misura di Performance dei SSR



IV° edizione

A cura di:
F. Spandonaro
D. d'Angela

Indice

1. Introduzione	11
2. Metodologia	12
3. Risultati	16
3.1 Scelta degli indicatori di <i>Performance</i> per Dimensione	16
3.2 Esiti delle votazioni	18
Indicatori più votati Dimensione 'Sociale'	18
Indicatori più votati Dimensione 'Economico-Finanziaria'	19
Indicatori più votati Dimensione 'Appropriatezza'	19
Indicatori più votati Dimensione 'Esiti'	20
Votazione indicatori: sintesi	21
Indicatori più votati Categoria 'Utenti'	22
Indicatori più votati Categoria 'Professioni sanitarie'	27
Indicatori più votati Categoria ' <i>Management</i> aziendale'	31
Indicatori più votati Categoria 'Istituzioni'	35
Indicatori più votati Categoria 'Industria medica'	39
3.3 Le funzioni di valore degli indicatori	42
3.4 La sostituibilità	56
3.5 Riflessioni sul contributo delle dimensioni alla <i>Performance</i>	62
3.6 Dinamiche del contributo delle dimensioni alla <i>Performance</i>	64
4.0 La Performance dei SSR	70
Misura di <i>Performance</i> SSR Categoria 'Utenti'	71
Misura di <i>Performance</i> SSR Categoria 'Professioni sanitarie'	72
Misura di <i>Performance</i> SSR Categoria ' <i>Management</i> aziendale'	73
Misura di <i>Performance</i> SSR Categoria 'Istituzioni'	74
Misura di <i>Performance</i> SSR Categoria 'Industria medica'	75
Riflessioni sui <i>ranking</i> di <i>Performance</i>	76
5.0 Contributi alla politica sanitaria	78

Indice delle Tabelle

Tabella 1 Indicatori di <i>Performance</i>	17
Tabella 3.2 Indicatori di <i>Performance</i>	21
Tabella 4.1 Variazione <i>ranking</i> Categorie vs <i>ranking</i> generale	76

Indice delle Figure

Figura 3.1 Esito votazione per indicatore Dimensione 'Sociale'	18
Figura 3.2 Esito votazione per indicatore Dimensione 'Economico-Finanziaria'	19
Figura 3.3 Esito votazione per indicatore Dimensione 'Appropriatezza'	19
Figura 3.4 Esito votazione per indicatore Dimensione 'Esiti'	20
Figura 3.5 Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale' Categoria 'Utenti'	23
Figura 3.6 Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-Finanziaria' Categoria 'Utenti'	24
Figura 3.7 Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza' Categoria 'Utenti'	25
Figura 3.8 Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti' Categoria 'Utenti'	26
Figura 3.9 Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale' Categoria 'Professioni sanitarie'	27
Figura 3.10 Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-Finanziaria' Categoria 'Professioni sanitarie'	28
Figura 3.11 Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza' Categoria 'Professioni sanitarie'	29
Figura 3.12 Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti' Categoria 'Professioni sanitarie'	30
Figura 3.13 Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale' Categoria 'Management aziendale'	31
Figura 3.14 Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-Finanziaria' Categoria 'Management aziendale'	32
Figura 3.15 Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza' Categoria 'Management aziendale'	33
Figura 3.16 Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti' Categoria 'Management aziendale'	34
Figura 3.17 Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale' Categoria 'Istituzioni'	35
Figura 3.18 Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-Finanziaria' Categoria 'Istituzioni'	36
Figura 3.19 Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza' Categoria 'Istituzioni'	37

Figura 3.20 Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti' Categoria 'Istituzioni'	38
Figura 3.21 Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale' Categoria 'Industria medicale'	39
Figura 3.22 Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-Finanziaria' Categoria 'Industria medicale'	40
Figura 3.23 Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza' Categoria 'Industria medicale'	41
Figura 3.24 Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti' Categoria 'Industria medicale'	42
Figura 3.25 Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie Funzione valore per Categoria	43
Figura 3.26 Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici - Funzione valore per Categoria	44
Figura 3.27 Quota di persone che rinuncia a curarsi Funzione valore per Categoria	45
Figura 3.28 Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata Funzione valore per Categoria	46
Figura 3.29 Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata Funzione valore per Categoria	47
Figura 3.30 Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente Funzione valore per Categoria	48
Figura 3.31 Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati Funzione valore per Categoria	49
Figura 3.32 Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie Funzione valore per Categoria	50
Figura 3.33 Tasso ricorso al pronto soccorso Funzione valore per Categoria	51
Figura 3.34 Tasso di variazione medio annuo del numero di persone con patologie croniche - Funzione valore per Categoria	52
Figura 3.35 Speranza di vita libera di disabilità (75+) Funzione valore per Categoria	53
Figura 3.36 Tasso di mortalità evitabile Funzione valore per Categoria	54
Figura 3.37 Contributo degli indicatori alla <i>Performance</i> dei SSR Per Categoria - Valore %	57
Figura 3.38 Contributo degli indicatori alla <i>Performance</i> dei SSR Sociale - Valore %	59
Figura 3.39 Contributo degli indicatori alla <i>Performance</i> dei SSR Economico-Finanziaria - Valore %	60
Figura 3.40 Contributo degli indicatori alla <i>Performance</i> dei SSR Appropriatezza - Valore %	61

Figura 3.41 Contributo degli indicatori alla <i>Performance</i> dei SSR Esiti - Valore %	62
Figura 3.42 Contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> dei SSR Per Categoria - Valore %	63
Figura 3.43 Contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> dei SSR Per annualità - Valore %	64
Figura 3.44 Contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> dei SSR Utenti - Per annualità - Valore %	65
Figura 3.45 Contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> dei SSR Professioni Sanitarie - Per annualità - Valore %	66
Figura 3.46 Contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> dei SSR <i>Management</i> aziendale - Per annualità - Valore %	67
Figura 3.47 Contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> dei SSR Istituzioni - Per annualità - Valore %	68
Figura 3.48 Contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> dei SSR Industria medicale - Per annualità - Valore %	69
Figura 4.1 <i>Performance</i> dei SSR	70
Figura 4.2 <i>Performance</i> dei SSR - Categoria Utenti	71
Figura 4.3 <i>Performance</i> dei SSR - Categoria Professioni sanitarie	72
Figura 4.4 <i>Performance</i> dei SSR - Categoria <i>Management</i> aziendale	73
Figura 4.5 <i>Performance</i> dei SSR - Categoria Istituzioni	74
Figura 4.6 <i>Performance</i> dei SSR - Categoria Industria medicale	75

Credits

- D'ANGELA Daniela, C.R.E.A. Sanita - Università di Roma Tor Vergata (Project leader)
- SPANDONARO Federico, C.R.E.A. Sanita - Università di Roma Tor Vergata (Supervisore scientifico)

HANNO COLLABORATO

- CARRIERI Ciro, C.R.E.A. Sanita - Università di Roma Tor Vergata
- CIOPPA Marco, C.R.E.A. Sanità - Università di Roma Tor Vergata
- FAZZARI Amy, C.R.E.A. Sanità - Università di Roma Tor Vergata
- GIORDANI Cristina, C.R.E.A. Sanità - Università di Roma Tor Vergata
- PASTORELLI Giorgia, C.R.E.A. Sanità - Università di Roma Tor Vergata
- PLONER Esmeralda, C.R.E.A. Sanità - Università di Roma Tor Vergata
- POLISTENA Barbara, C.R.E.A. Sanità - Università di Roma Tor Vergata

SUPERVISOR

- BARBON GALLUPPI Renza, Past President UNIAMO
- DOTTI Carla, Direttore Sanitario Casa di Cura Ambrosiana SPA e Responsabile Sanitario Istituto Sacra Famiglia onlus
- LATTARULO Michele, già Direttore farmacia Policlinico di Bari e Presidente Collegio Probiviri SIFO

Componenti Panel di Esperti

- ACETI Tonino, Coordinatore nazionale Tribunale dei Diritti del Malato, Cittadinanzattiva
- ALGHISI Marco, Nestle Health Science
- ANDRETTA Margherita, Centro Regionale Unico del Farmaco, Regione Veneto
- ANNICCHIARICO Giuseppina, Coordinatrice del CO.RE.MA.R. Puglia, A.RE.S Puglia
- BALZANELLI Mario Giosue', Direttore S.E.U. 118 Taranto, Segretario nazionale SIS118
- BARBIERA Maurizio, Boehringer Ingelheim
- BIANCHI Cosetta, Bayer
- BOLOGNESE Leonardo, Presidente Federazione Italiana di Cardiologia
- BORGHI Claudio, Past President Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa
- CALANDRIELLO Mario, Daiichi Sankyo Italia
- CARRADORI Tiziano, Direttore Generale A.O.U. di Ferrara
- CARTABELLOTTA Nino, Presidente Fondazione GIMBE, Bologna
- CASTOLDI Massimo, Direttore Sanitario Centro Cardiologico Monzino, Milano
- CATTINA Grazia, Direttore Generale ASL Lanusei
- CELANO Antonella, Presidente APMAR
- CELESTE Maria Grazia, Direttore farmacia Policlinico Tor Vergata, Roma
- CHILELLI Enzo, Direttore Generale Federsanità ANCI
- CIRMI Paolo, 3M Healthcare
- COBELLO Francesco, Direttore Generale A.O.U di Verona
- CUGNO Giuseppe, Direttore Generale IRCCS CROB, Rionero in Vulture (PZ)
- CUNSOLO Rosario, Direttore Sanitario Policlinico Catania
- DAL MASO Maurizio, Direttore Generale A.O. Santa Maria di Terni
- D'ANTONA Rosanna, Presidente Europa Donna
- D'ARPINO Alessandro, Segretario Nazionale SIFO
- DE BIASI Emilia Grazia, Presidente della XII Commissione Permanente Igiene e Sanità del Senato
- DE FILIPPIS Giuseppe, Direttore Sanitario ASST Ovest Milano
- DE GIORGI Serafino, Presidente Società Italiana di Psichiatria Psicosociale e Direttore DSM ASL Lecce

- DE LORENZO Francesco, FAVO
- DEGRASSI Flori, Commissario ASL Roma 2
- DEI Simona, Direttore Sanitario Azienda USL Toscana Sud Est
- DEL FAVERO Angelo Lino, Direttore Generale Istituto Superiore di Sanità
- DESIDERI Enrico, Direttore Generale Azienda USL Toscana Sud Est
- D'URSO Antonio, Direttore Generale Ospedale. S.Camillo Forlanini, Roma
- FAVARETTI Carlo, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano
- FIORENTINO Francesco, U.O.D. 08 Politica del farmaco e dispositivi Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR Assessorato alla Sanità, Regione Campania
- FLOR Luciano, Direttore Generale A.O.U. Padova
- FRITTELLI Tiziana, Direttore Generale Policlinico Tor Vergata, Roma
- GADDO Flego, Coordinatore Rete Ligure HTA, Regione Liguria
- GASPARI Achille, Direttore Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Professore Ordinario, Università di Roma Tor Vergata
- GORGONI Giovanni, Direttore Generale Dipartimento promozione della Salute, Benessere Sociale e Sport, Regione Puglia
- GRISILLO Dario, Segretario provinciale FIMMG Toscana
- GUERRA Ranieri, Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute
- LISPI Lucia, Direttore Ufficio X Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute
- LODATO Sergio, Commissario Straordinario IRCCS Istituto Tumori di Napoli Fondazione "G. Pascale"
- LOMBARDO Massimo, Direttore Generale ASST Ovest Milano
- MARCHISELLI Andrea, Biogen
- MANGONE Monica, Novartis
- MANTOAN Domenico, Direttore Generale Area Sanità e Sociale, Regione Veneto
- MANTOVANI Andrea, Sanofi
- MANZI Pietro, Direttore Generale ASL Umbria 2
- MARCOLONGO Adriano, Direzione Generale Centrale Salute, Regione Friuli Venezia Giulia
- MERANTE Giovanni, Lilly
- MILILLO Giacomo, Segretario nazionale FIMMG
- MOLINARI Sergio, Direttore Sanitario IRCCS CROB, Rionero in Vulture (PZ)
- MONCHIERO Giovanni, Componente XII Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati
- MORONI Chiara, Bristol Myers Squibb
- MURGO Roberto, Responsabile dell'U.O.C. di Chirurgia Senologica dell'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo e Presidente A.N.I.S.C
- MUSACCHIO Nicoletta, Presidente AMD (Associazione Medici Diabetologi)
- MUSUMECI Giuseppe, Presidente GISE
- OLDRINI Massimo, Presidente Lega Italiana per la lotta contro l'AIDS
- ONNIS Antonio, Commissario Straordinario ASL Carbonia
- PANELLA Vincenzo, Direttore Direzione Generale Salute e Politiche Sociali Assessorato Sanità, Regione Lazio
- PANNUTI Raffaella, Presidente Fondazione ANT Italia Onlus
- PELLISSERO Gabriele, Presidente Associazione Italiana Ospedalità Privata
- PERUSELLI Carlo, Presidente Società Italiana Cure Palliative
- PIAZZOLA Vito, Direttore Generale ASL Foggia
- PINTO Carmine, Presidente Associazione Italiana di Oncologia Medica
- RINALDI Alessandro, Sanofi Pasteur MSD
- RIZZO Giuseppe, Presidente Società di Ecocardiografia Ostetrica e Ginecologica e Metodologie Biofisiche
- ROCCO Gennaro, Direttore corso di Laurea in Infermieristica Università di Roma Tor Vergata
- RUTIGLIANO Claudia, Fondazione MSD
- SCARCELLA Carmelo, Direttore Generale ATS Brescia
- SCHAEEL Thomas, Direttore Generale ASL Bolzano
- SCHITTULLI Francesco, Presidente Lega Italiana Lotta ai Tumori
- SERRA Federico, Novonordisk
- SILVESTRI Norberto, Direttore Sanitario Istituto Clinico Humanitas, Rozzano (MI)
- SPINELLI Nicola, Presidente Federazione UNIAMO
- TANESE Angelo, Direttore Generale ASL Roma 1
- TURCO Lucia, Direttore Sanitario Azienda USL 3 Pistoia
- TURNO Roberto, Vice Direttore Il Sole 24 Ore Sanità
- VIORA Ugo, Presidente ANMAR Piemonte
- ZENI Luca, Assessore alla Salute e Politiche Sociali, Provincia Autonoma di Trento
- ZUCCATELLI Giuseppe, Presidente f.f. AGE.NA.S.

Ringraziamenti

La IV edizione del progetto “Una misura di Performance dei SSR” è stato realizzato grazie ai grant incondizionati di:



e al supporto organizzativo di:
Sidera S.r.l. (Chiari, BS)



1. Introduzione

Il progetto *Una misura di Performance dei SSR*, giunto nel 2016 alla sua quarta annualità, ha il duplice obiettivo di fornire una valutazione dell'evoluzione dei servizi sanitari, e anche allo sviluppo delle metodologie utilizzabili per le valutazioni di *Performance*, focalizzandosi in particolare sulla sua multidimensionalità e sulla composizione delle diverse prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder* dei sistemi sanitari.

Il Progetto, reso possibile grazie al contributo di un qualificato Panel di Esperti, nonché al contributo incondizionato offerto da un gruppo di aziende del settore medicale, si fonda 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”.

Rimandando ai report conclusivi delle precedenti edizioni del progetto, ricordiamo qui in sintesi che la metodologia sviluppata si basa sull'elicitazione del valore attribuito alle varie dimensioni di *Performance* da parte di un *Panel* di esperti; sin dalla prima annualità (2013), che fu prevalentemente dedicata allo sviluppo e alla implementazione della metodologia, si è palesata la effettiva dipendenza della misura di *Performance* dalle prospettive adottate, evidentemente diverse per i diversi *stakeholder*, giustificando la rilevanza dell'approccio prescelto.

La quarta annualità del progetto si è, in particolare, caratterizzata per un ulteriore aumento del numero di componenti del *Panel*, che ha ormai raggiunto le 83 unità, aumentandone la rappresentatività; inoltre è anche aumentato considerevolmente il numero di indicatori sottoposti a valutazione; sul piano metodologico, è stato poi migliorato il processo di elicitazione delle preferenze, aggiornando il *software* utilizzato per la conduzione dell'esperimento.

Il report è organizzato come segue: dopo una breve descrizione del progetto viene riportata la metodologia di lavoro; seguono i risultati, che descrivono la selezione degli indicatori per dimensione e categoria di *stakeholder*, le funzioni di valore attribuite agli indicatori, nonché il grado di sostituibilità tra questi ultimi; seguono i contributi che le Dimensioni e i singoli indicatori forniscono alla *Performance*, analizzati per categorie e nella loro dinamica nel tempo; chiude l'analisi del *ranking* dei SSR, anch'esso analizzato in generale e per singola categoria di *stakeholder*, corredata da alcune riflessioni sulle implicazioni della valutazione, e sul potenziale contributo che fornisce alle politiche sanitarie.

2. Metodologia

La natura della *Performance* in campo sanitario è multi dimensionale e da questo assunto derivano almeno due conseguenze fra loro strettamente interrelate.

La prima evidenza come sia certamente necessario identificare e, quindi, esplicitare le diverse Dimensioni di valutazione che generano la *Performance*. Questa ha in essenza il significato di una “media” (composizione) di singole *Performance* (specifiche) attribuite alle diverse Dimensioni: per fornire un esempio che aiuti a comprendere l’affermazione precedente, immaginiamo che efficienza, efficacia e qualità siano diverse Dimensioni della *Performance* e che per ognuna sia possibile una autonoma valutazione; la *Performance* (complessiva) sarà allora una sintesi finale, capace di riassumere in un’unica espressione quantitativa il grado di *Performance* (specifico) raggiunto nelle singole Dimensioni.

Ogni Dimensione può a sua volta essere rappresentata in modo alternativo, e quindi descritta da diversi indicatori, portandoci alla seconda conseguenza: gli indicatori hanno unità naturali diverse e, quindi, per giungere ad una *Performance* complessiva, è prima necessario riportare tutti gli indicatori (e di conseguenza le Dimensioni) ad una stessa unità di misura.

Un elemento aggiuntivo di riflessione è dato dalla natura dei sistemi sanitari oggetto di analisi: nel caso specifico italiano, la natura pubblica dei SSR va certamente tenuta nel debito conto, condizionando così tanto la scelta delle Dimensioni, quanto la prospettiva dell’analisi.

Ad esempio, l’equità è una Dimensione propria della *Performance* di un servizio pubblico, ma non lo sarebbe necessariamente di uno “privatistico”.

Secondo un approccio peraltro tipico della scienza economica, la funzione di composizione delle varie Dimensioni (e all’interno di queste dei vari indicatori che la rappresentano) si ritiene debba rappresentare la preferenza Sociale per le diverse conseguenze prodotte dai SSR.

La logica della proposta, che verrà nel dettaglio descritta, si fonda quindi sull’idea che gli *stakeholder* del sistema perseguano obiettivi (Dimensioni) condivisi ma plurimi, a cui attribuiscono gradi di utilità diversificati, per effetto delle diverse prospettive derivanti dagli interessi di cui sono portatori.

In termini economici, potremmo dire che ogni *stakeholder*, in base alle sue preferenze soggettive, sconta un saggio marginale di sostituzione degli obiettivi diverso.

In pratica, nella nostra visione di *Performance* 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* di un indicatore può compensare il peggioramento di un altro (e viceversa) ai fini del risultato finale: un esempio potrebbe essere l’accettazione di una maggiore spesa, in “cambio” di migliori esiti (o il viceversa).

Il progetto *Una misura di Performance dei SSR* si fonda, in sintesi, sull’impostazione di una metodologia atta a misurare la *Performance* (comprensiva di soddisfazione per i servizi, di esiti clinici, di impatto Sociale, economico, etc.) dei SSR, che “componesse” le prospettive di differenti stakeholder del sistema sanitario sulle plurime dimensioni di valutazione possibili.

L’approccio metodologico, replicando di fatto il processo decisionale che è alla base della teoria del consumatore sviluppata nelle scienze economiche, non è evidentemente nuovo, ma risulta, per quanto di nostra conoscenza, originale in campo sanitario: finora, la ricerca delle misure di *Performance* si è, infatti, basata su composizioni i cui “pesi” sono definiti (spesso in modo non del tutto trasparente) a priori, seguendo così logiche implicite caratteristiche delle tecnostutture che le hanno proposte. Tale approccio assume un atteggiamento paternalistico, ovvero l’esistenza di un rapporto di agenzia perfetto, tale per cui le azioni sviluppate dai gestori dell’offerta rappresenterebbero risposte perfettamente allineate alle istanze della domanda, ovvero degli utilizzatori dei servizi.

Un siffatto approccio è certamente accettabile nella autovalutazione della propria *Performance* da parte dei responsabili, ai vari livelli, dell’erogazione dei servizi: ma, in una logica di Sussidiarietà, non può essere esteso *tout court*, alla valutazione della *Performance* Sociale dei servizi pubblici.

Il progetto, vuole quindi superare il limite esposto adottando una prospettiva di valutazione democratica, basata sulla elicitazione delle preferenze soggettive di tutti gli *stakeholder*.

Sebbene la metodologia sia stata ampiamente descritta nei *report* delle precedenti annualità del progetto (reperibili su www.creasanita.it e a cui rimandiamo), si ritiene opportuno riassumerne qui i tratti salienti.

L’approccio adottato prende spunto dal paradigma dell’analisi delle decisioni, largamente utilizzato nel *Project Management*; in termini pratici, a partire da un set finito di obiettivi pre-fissati, e da un set di indicatori capaci di rappresentarli; sulla base delle determinazioni di questi ultimi si generano potenziali *Performance* alternative, e

la finalità del ricercatore è giungere alla determinazione di quella ritenuta “migliore”. Nella teoria delle decisioni la scelta dell’alternativa migliore avviene determinandone l’ordine di preferenza.

Trattandosi di scelte tipicamente multi dimensionali, si pone la questione di comporre valutazioni di *outcomes* di natura differente. A tal fine, gli indicatori sono valutati in base alla “Utilità”, o valore, da essi prodotta, associando ad ognuno di essi una funzione di valore, che ne trasforma le determinazioni numeriche in espressioni di Utilità.

La funzione di valore è, a sua volta, elicitata a partire dalle preferenze individuali degli *stakeholder*.

Il contributo dei diversi indicatori alla *Performance* è peraltro considerato potenzialmente difforme: per elicitarlo, si identificano, sempre sulla base delle preferenze individuali, le “costanti di scambio”, che esprimono il contributo relativo di ogni indicatore alla *Performance* finale.

Gli obiettivi perseguibili dai SSR sono stati “rappresentati” con 4 Dimensioni: l’impatto Sociale (equità), quello Economico-Finanziario, gli Esiti (di salute) prodotti e l’Appropriatezza nella erogazione dell’assistenza.

La metodologia prevede la costituzione di un *Panel* di esperti, scelti in funzione delle loro competenze e della loro appartenenza a diverse categorie di *stakeholder*; le categorie considerate sono:

- Utenti, ovvero rappresentanti di associazioni dei pazienti o della stampa
- Professioni sanitarie, ovvero medici di famiglia, medici ospedalieri, del servizio di emergenza urgenza 118, infermieri, farmacisti, etc.
- *Management* aziendale rappresentato da Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi di aziende sanitarie
- Istituzioni, rappresentate da membri di assessorati regionali, agenzie nazionali e regionali, politici, etc.
- Industria medica, ovvero appartenenti a industrie del settore di produzione medica (farmaceutiche, dispositivi medici, etc.).
- Nel mese di Aprile 2016 gli 83 (attuali) componenti del *Panel* sono stati chiamati a selezionare, avvalendosi di un applicativo web-based, i 5 (numero massimo predeterminato) indicatori ritenuti più rappresentativi di ogni Dimensione; la selezione è stata condotta a partire da un *set* pre-selezionato di 144 indicatori elaborati dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità, prescelti per le loro caratteristiche di standardizzabilità e rilevanza.

Successivamente, il 22 Giugno 2016, il *Panel* (53 membri presenti degli 83) si è riunito, per determinare, mediante una ulteriore selezione il *set* finale di 20 indicatori ritenuti maggiormente rappresentativi della *Performance* dei SSR.

I membri del *Panel*, sempre durante il *meeting*, adjuvati da un sistema informatico *web-based* sviluppato ad hoc dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità, hanno poi partecipato ad un processo di elicitazione, prima delle preferenze in tema di Utilità/valore attribuito ai livelli dei vari indicatori; quindi della sostituibilità tra gli *outcome* prodotti dai diversi indicatori.

Ogni membro del *Panel* ha effettuato le valutazioni singolarmente utilizzando procedure *computer assisted*; tutte le elicitazioni sono state, infine, elaborate da un applicativo (*Logical Decision*®) che, mediante l’implementazione di funzioni di utilità multi-attributo, permette di produrre la sintesi, espressa da una misura unica di *Performance*.

3. Risultati

3.1 Scelta degli indicatori di Performance per Dimensione

Come anticipato nella descrizione della metodologia, la valutazione della Performance è stata effettuata su un set di 12 indicatori, 3 per dimensione, selezionati dal Panel di esperti per la loro rilevanza e attendibilità.

Il Panel si è espresso prima con una preselezione di 22 indicatori, avvenuta con una procedura di votazione a distanza e, successivamente, votando in presenza i tre indicatori ritenuti maggiormente rappresentativi di ogni singola Dimensione.

I 22 indicatori iniziali, frutto della preselezione a distanza, sono stati individuati fra 144 elaborati dal gruppo di ricerca del C.R.E.A. Sanità in base a criteri di replicabilità, specificità, standardizzabilità, robustezza e infine di disponibilità a livello regionale.

La preselezione è stata effettuata in base al criterio di inclusione degli indicatori che fossero stati votati da almeno il 20% dei membri del Panel.

Nella Tabella 3.1 è riportato il set di indicatori selezionati (in appendice sono riportate le schede sintetiche descrittive dei singoli indicatori).

Tabella 1. Indicatori di Performance

DIMENSIONE	INDICATORE
Sociale (Equità)	Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie
	Quota famiglie con persona di riferim. over 65 impoverite a causa di spese socio-sanitarie
	Quota famiglie con due o più figli minorenni impoverite a causa di spese socio-sanitarie
	Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
	Quota di persone che rinuncia a curarsi
	Spesa per compartecipazioni alla spesa sanitaria pro-capite
	Quota spesa pubblica sanitaria
	Quota spesa sanitaria delle famiglie

Tabella 1. Indicatori di Performance

DIMENSIONE	INDICATORE
Economico finanziaria	Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	Spesa farmaceutica pubblica standardizzata totale pro-capite
	Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente
	Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria delle famiglie
	Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria totale
	Spesa per vaccini pro-capite
Appropriatezza	Spesa per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro pro-capite
	Adesione complessiva screening prevenzione donna (mammogr. 40+ e pap-test 25-34)
	Tasso di cop. vaccinale bambini a 24 mesi per una dose di vaccino MPR
	Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinarie in acuzie
	Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinarie in riabilitazione e lungodegenza
	Quota ricoveri ospedalieri ordinarie in acuzie con DRG inappropriati
	Tasso ricorso al pronto soccorso
Esiti	Quota di parti con taglio cesareo primario
	Tasso di variazione medio annuo del numero di persone con patologie croniche
	Tasso di mortalità neonatale
	Speranza di vita libera di disabilità (75+)
	Tasso di mortalità evitabile

3.2 Esiti delle votazioni

Gli esiti delle successive “votazioni” in presenza, che hanno portato ad individuare il set finale di indicatori utilizzati per valutare la *Performance* sono riportati di seguito per singola Dimensione.

Dimensione Sociale

Per la Dimensione Sociale, i tre indicatori più votati (a fianco le % di voti ricevute) sono risultati:

- Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici (69,4%)
- Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie (51,0%)
- Quota di persone che rinuncia a curarsi (42,9%)

Figura 3.1
Esito votazione per indicatore
Dimensione Sociale



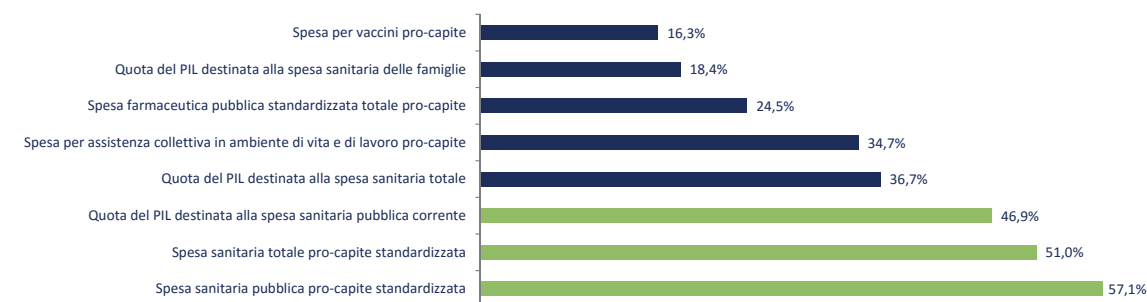
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Dimensione Economico-Finanziaria

Per quanto riguarda la Dimensione Economico-Finanziaria i tre indicatori più votati sono risultati:

- Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata (57,1%)
- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata (51,0%)
- Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente (46,9%)

Figura 3.2
Esito votazione per indicatore
Dimensione Economico - Finanziaria



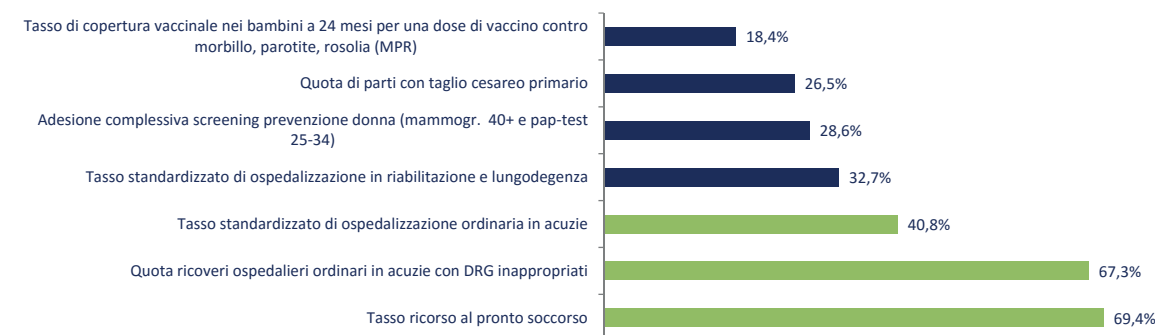
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Dimensione Appropriata

In questo caso i più votati sono stati:

- Tasso di ricorso al pronto soccorso (69,4%)
- Quota ricoveri di ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati (67,3%)
- Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie (40,8%)

Figura 3.3
Esito votazione per indicatore
Dimensione Appropriata



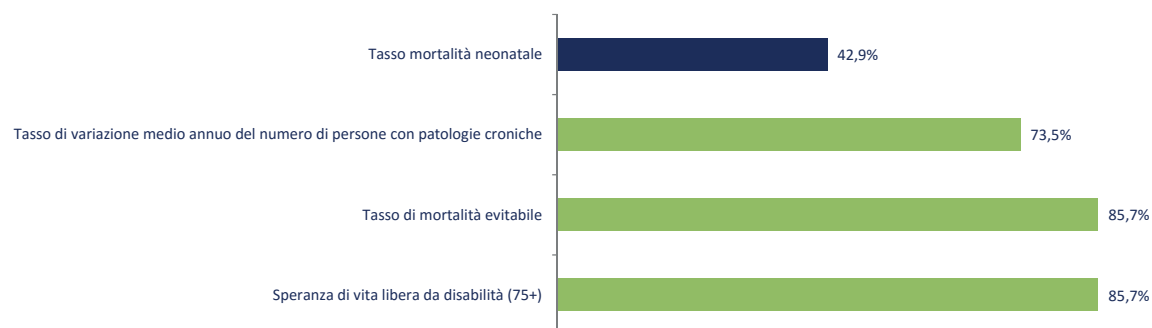
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Dimensione esiti

Per la Dimensione Esiti i tre indicatori più votati sono invece risultati:

- Speranza di vita libera di disabilità (75+) (85,7%)
- Tasso di mortalità evitabile (85,7%)
- Tasso di variazione medio annuo del numero di persone con patologie croniche (73,5%).

Figura 3.4
Esito votazione per indicatore
Dimensione Esiti



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Sintesi

La tabella che segue presenta i dodici indicatori più votati, ovvero ritenuti dai componenti del *Panel* i maggiormente rappresentativi ai fini della valutazione della *Performance* dei SSR:

Tabella 3.2. Indicatori di Performance

DIMENSIONE	INDICATORE
Sociale (Equità)	Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
	Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie
	Quota di persone che rinuncia a curarsi
Economico - Finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
	Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente
Esiti	Tasso di variazione medio annuo del numero di persone con patologie croniche
	Tasso di mortalità evitabile
	Speranza di vita libera di disabilità (75+)
Appropriatezza	Tasso di ricorso al pronto soccorso
	Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati
	Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie

Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto del Panel

Cinque indicatori risultano già adottati nell'edizione precedente.

In particolare:

- Dimensione Sociale
 - » Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici
- Dimensione Economico-Finanziaria
 - » Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
- Dimensione Appropriatezza
 - » Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati

- Dimensione Esiti
 - » Tasso di mortalità evitabile
 - » Speranza di vita libera di disabilità (75+)

Quattro indicatori erano stati scelti anche nella II edizione:

- Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici
- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
- Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
- Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati.

Sei, infine, erano presenti anche nel *set* utilizzato nella I edizione:

- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
- Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
- Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati
- Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie
- Tasso di mortalità evitabile
- Speranza di vita libera di disabilità (75+).

In particolare, risultano essere stati confermati in tutte le edizioni:

- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
- Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati.

Si conferma che le preferenze sugli indicatori dipendono dalla prospettiva, e quindi dall'appartenenza dei votanti alle diverse categorie di *stakeholder*, come appare evidente dalla rilettura dei risultati per singola categoria di *stakeholder*.

Categoria Utenti

Gli appartenenti alla categoria Utenti, per quanto concerne la Dimensione Sociale avrebbero messo sullo stesso livello quattro indicatori:

- Quota spesa sanitaria delle famiglie
- Spesa per compartecipazioni alla spesa sanitaria pro-capite
- Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
- Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie

Di questi solo due sono poi confluiti nel *set* selezionato.

Restano invece esclusi:

- Quota spesa sanitaria pubblica
- Spesa per compartecipazioni alla spesa sanitaria pubblica.

Figura 3.5
Esito votazione indicatori Dimensione Sociale
Categoria Utenti



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Si noti che due indicatori non sono stati scelti da nessuno dei votanti.

Per la dimensione Economico-Finanziaria, l'indicatore Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata è risultato essere il più votato dagli Utenti.

Seguono cinque indicatori con lo stesso livello di preferenza, di cui solo gli ultimi due della lista sono poi entrati a far parte del *set* finale selezionato:

- Spesa per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro pro-capite
- Spesa farmaceutica pubblica standardizzata totale pro-capite
- Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria delle famiglie
- Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente
- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata.

Per l'Appropriatezza, l'indicatore Tasso ricorso al pronto soccorso è stato ritenuto il più rappresentativo.

Seguono con lo stesso livello:

- Adesione complessiva *screening* prevenzione donna (mammogr. 40+ e *pap-test* 25-34)
- Tasso standardizzato di ospedalizzazione in riabilitazione e lungodegenza
- Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati

Nessuna preferenza è stata invece espressa per l'indicatore Quota di parti con taglio cesareo primario.

Entrano nel *set* finale il primo e l'ultimo della lista sopra riportata.

Figura 3.6
Esito votazione indicatori Dimensione Economico - Finanziaria
Categoria Utenti



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Figura 3.7
Esito votazione indicatori Dimensione Appropriatezza
Categoria Utenti



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

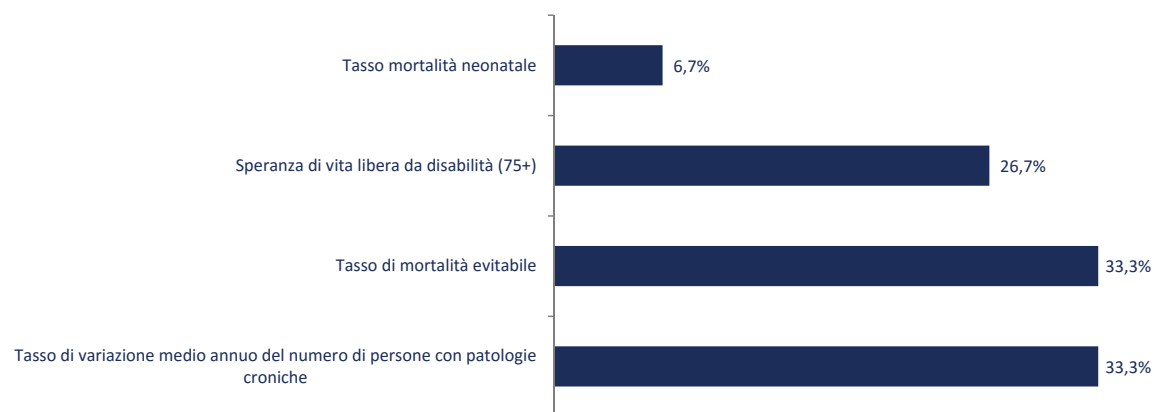
Per gli Esiti i due indicatori più votati (a pari merito) sono:

- Tasso di mortalità evitabile
- Tasso di variazione medio annuo del numero di persone con patologie croniche

entrati entrambi nel set finale; a poca distanza segue il terzo indicatore del set finale: la Speranza di vita libera da disabilità (75+).

Poche preferenze ha ricevuto il Tasso mortalità neonatale.

Figura 3.8
Esito votazione indicatori Dimensione Esiti
Categoria Utenti



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Categoria Professioni Sanitarie

Per la Dimensione Sociale la categoria Professioni sanitarie ha espresso maggiore interesse per gli indicatori:

- Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
- Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie entrambi poi rientrati nel set finale selezionato.

Il terzo indicatore presente nel set finale, Quota di persone che rinuncia a curarsi, è invece stato ritenuto meno rappresentativo dalla categoria Professioni sanitarie, che avrebbe votato come terzo la Spesa per compartecipazioni alla spesa sanitaria pro-capite.

Il meno votato è risultato essere l'indicatore Quota famiglie con due o più figli minorenni impoverite a causa di spese socio-sanitarie.

Figura 3.9
Esito votazione indicatori Dimensione Sociale
Categoria Professioni sanitarie



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione “Economico-Finanziaria” le Professioni sanitarie hanno attribuito maggiore rilevanza, sullo stesso livello, a due indicatori che rientrano anche nel *set* finale selezionato:

- Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
- Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente.

Sarebbe invece stato ritenuto meno rappresentativo il terzo indicatore presente nel *set* finale, ovvero la Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata.

Come terzo indicatore la categoria avrebbe scelto la Spesa per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro pro-capite.

Meno rappresentativi sono risultati anche la Spesa per vaccini pro-capite, la Spesa farmaceutica pubblica standardizzata totale pro-capite e la Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria delle famiglie.

Anche per la Dimensione “Appropriatezza” i due più votati:

- Tasso ricorso al pronto soccorso
- Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati rientrano fra quelli del *set* finale.

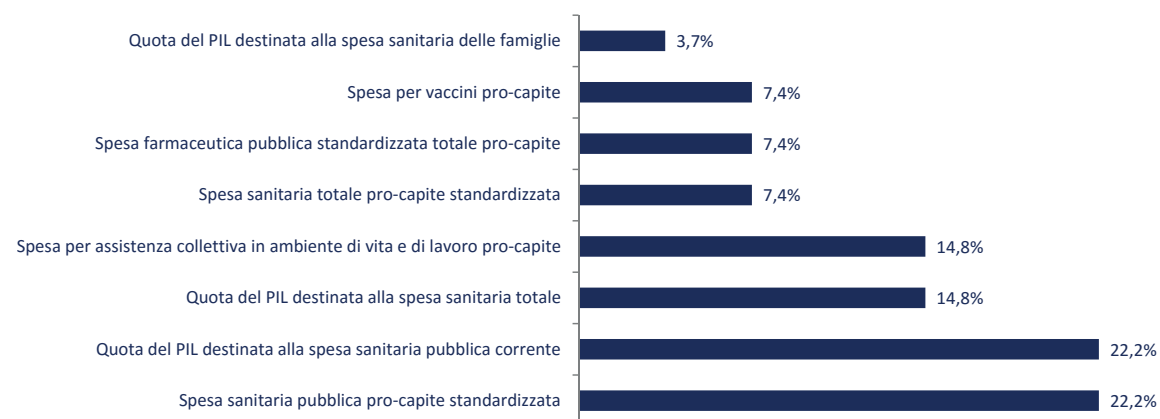
La categoria Professioni sanitarie avrebbe invece ritenuto meno rappresentativo il terzo indicatore del *set*, ovvero il Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie, messo allo stesso livello di:

- Tasso di copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
- Adesione complessiva *screening* prevenzione donna (mammogr. 40+ e pap-test 25-34).

I meno votati dalla categoria risultano:

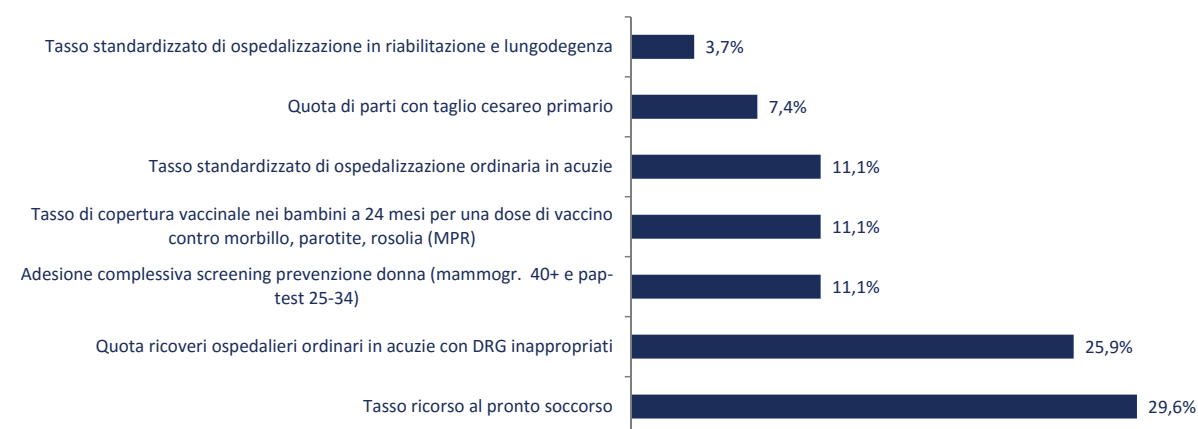
- Quota di parti con taglio cesareo primario
- Tasso standardizzato di ospedalizzazione in riabilitazione e lungodegenza.

Figura 3.10
Esito votazione indicatori Dimensione Economico - Finanziaria
Categoria Professioni sanitarie



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Figura 3.11
Esito votazione indicatori Dimensione Appropriatezza
Categoria Professioni sanitarie



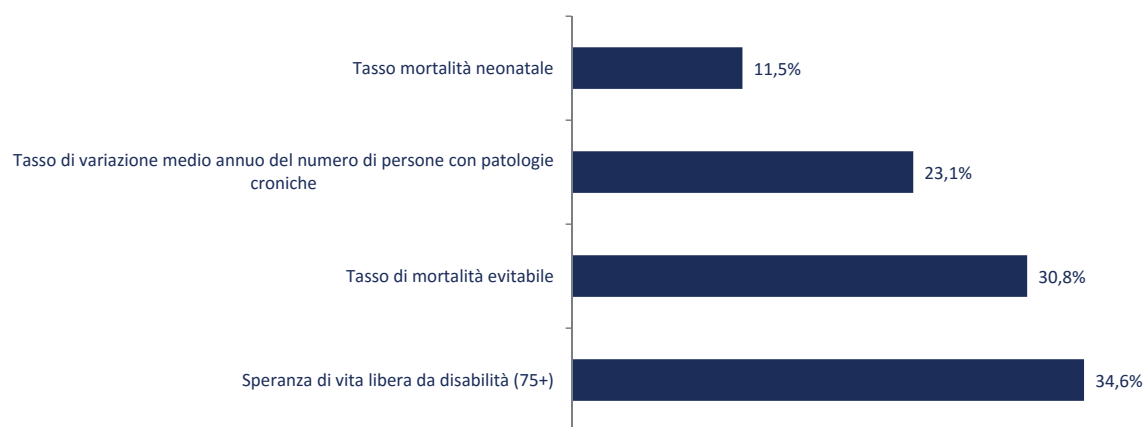
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Per la dimensione Esiti, infine, le maggiori preferenze coincidono con quelle complessive del *Panel*:

- Speranza di vita libera da disabilità
- Tasso di mortalità evitabile
- Tasso di variazione medio annuo del numero di persone con patologie croniche.

L'indicatore Tasso mortalità neonatale è stato votato solo dall'11,5% degli appartenenti alla categoria.

Figura 3.12
Esito votazione indicatori Dimensione Esiti
Categoria Professioni sanitarie



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Categoria *Management aziendale*
Per la Dimensione "Sociale" il *Management aziendale* ha ritenuto maggiormente rappresentativi gli stessi indicatori poi entrati nel *set finale*:

- Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
- Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie e Quota di persone che rinuncia a curarsi

Seguono:

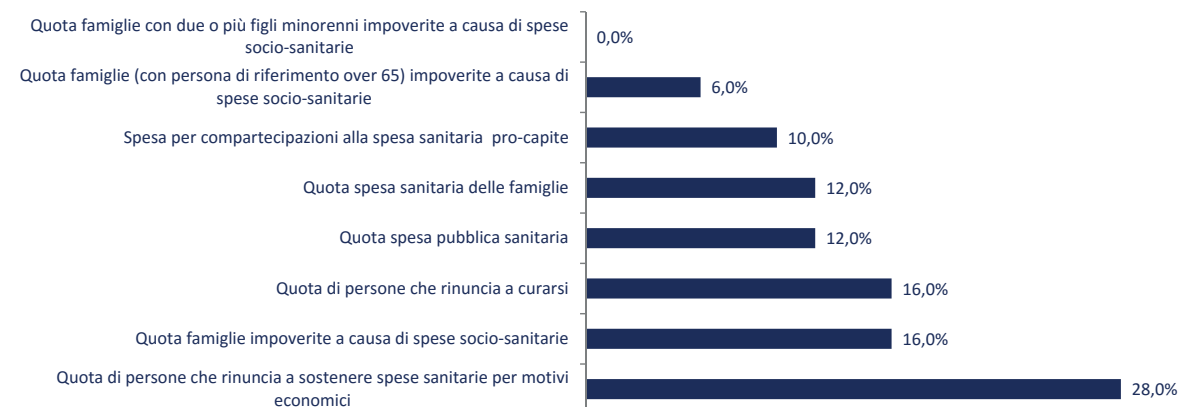
- Quota spesa pubblica sanitaria
- Quota spesa sanitaria delle famiglie
- Spesa per compartecipazioni alla spesa sanitaria pro-capite.

Minori consensi hanno avuto:

- Quota famiglie (con persona di riferimento *over 65*) impoverite a causa di spese socio-sanitarie
- Quota famiglie con due o più figli minorenni impoverite a causa di spese socio-sanitarie.

L'ultimo non ha ricevuto alcuna preferenza.

Figura 3.13
Esito votazione indicatori Dimensione Sociale
Categoria *Management aziendale*



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione “Economico-Finanziaria” i due indicatori fanno ancora parte del *set* finale selezionato:

- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
- Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata.

La categoria ha attribuito poi la stessa importanza a tre indicatori, di cui il primo è fra quelli rientrati nel *set* finale:

- Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente
- Spesa per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro pro-capite
- Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria totale.

Seguono a “distanza”:

- Spesa farmaceutica pubblica standardizzata totale pro-capite
- Spesa per vaccini pro-capite
- Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria delle famiglie.

Per la Dimensione “Appropriatezza” il *Management* aziendale ha posto sullo stesso livello due degli indicatori rientrati poi nel *set* finale selezionato:

- Tasso ricorso al pronto soccorso
- Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati.

Seguono, tutti sullo stesso livello:

- Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie
- Adesione complessiva *screening* prevenzione donna
- Tasso standardizzato di ospedalizzazione in riabilitazione e lungodegenza di cui il primo è fra quelli del *set* finale.

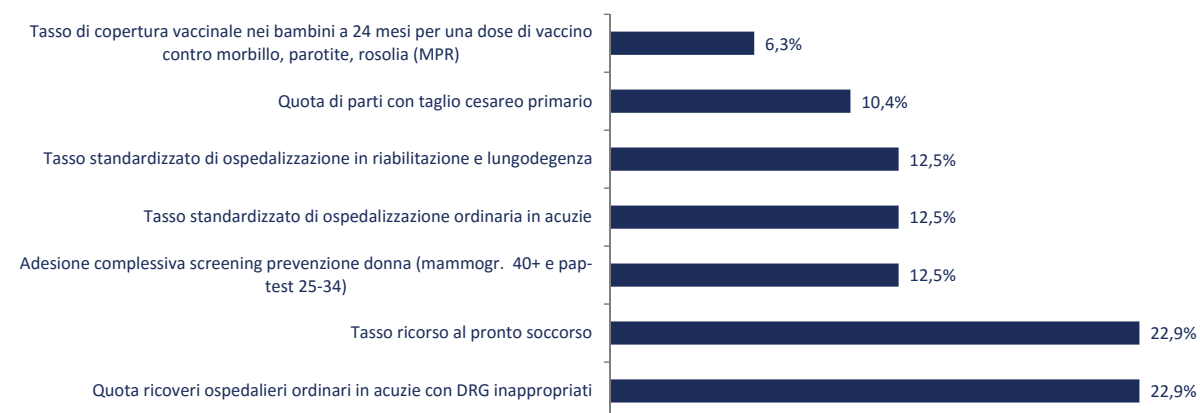
Quello ritenuto meno rappresentativo è il Tasso di copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).

Figura 3.14
Esito votazione indicatori Dimensione Economico - Finanziaria
Categoria *Management* aziendale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

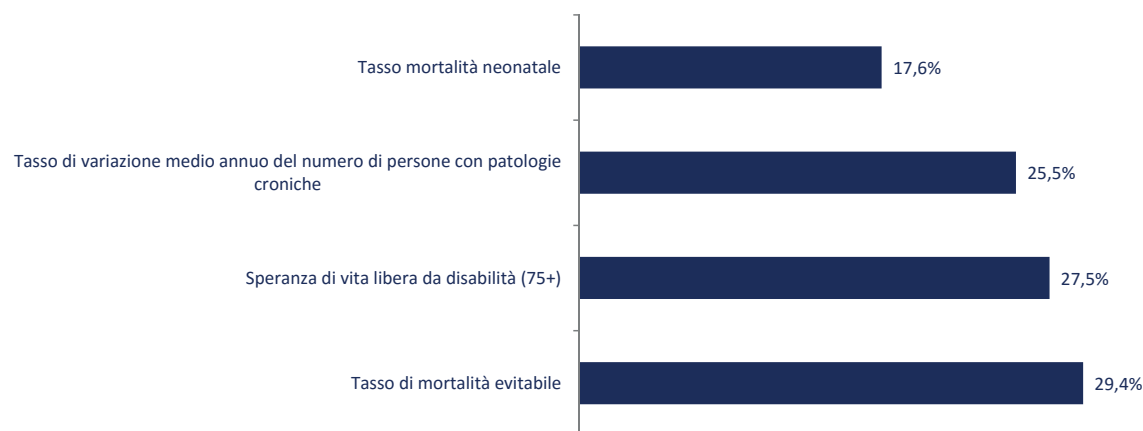
Figura 3.15
Esito votazione indicatori Dimensione Appropriatezza
Categoria *Management* aziendale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Esiti i rappresentanti del *Management* aziendale sono allineati con le scelte medie del *Panel*; il meno rappresentativo (ed escluso dal set finale) il Tasso di mortalità neonatale”, sebbene i voti non siano distanti da quelli ricevuti dagli altri indicatori.

Figura 3.16
Esito votazione indicatori Dimensione Esiti
Categoria *Management* aziendale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Categoria Istituzioni

Gli appartenenti alla categoria Istituzioni, per la dimensione “Sociale” avrebbero messo sullo stesso livello:

- Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
- Spesa per compartecipazioni alla spesa sanitaria pro-capite di cui solo il primo è stato condiviso dalle altre categorie.

Gli altri due indicatori del set finale seguono immediatamente:

- Quota di persone che rinuncia a curarsi
- Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie.

Due indicatori non hanno ricevuto alcuna preferenza.

Figura 3.17
Esito votazione indicatori Dimensione Sociale
Categoria Istituzioni



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Per quanto riguarda la dimensione “Economico-Finanziaria”, i rappresentanti delle Istituzioni hanno attribuito la stessa importanza ai due indicatori (che fanno parte del set finale):

- Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata.

Seguono a pari merito tre indicatori di cui solo il primo entra nel set finale:

- Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente
- Spesa per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro pro-capite
- Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria delle famiglie.

Solo il 5,9% va ai tre indicatori:

- Spesa per vaccini pro-capite
- Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria totale
- Spesa farmaceutica pubblica standardizzata totale pro-capite.

Per la dimensione Appropriatezza i primi tre posti sono per gli indicatori del set finale:

- Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati
 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie
 - Tasso di ricorso al pronto soccorso
- sebbene il terzo abbia avuto meno consensi.

Nessun rappresentante della Categoria ha invece ritenuto rappresentativi gli indicatori:

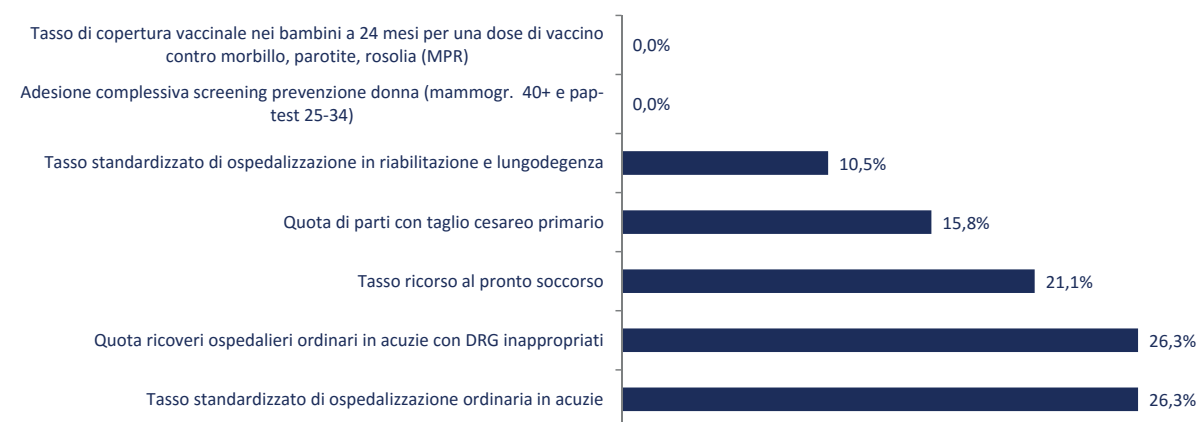
- Adesione complessiva screening prevenzione donna (mammogr. 40+ e pap-test 25-34)
- Tasso di copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).

Figura 3.18
Esito votazione indicatori Dimensione Economico - Finanziaria
Categoria Istituzioni



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Figura 3.19
Esito votazione indicatori Dimensione Appropriatezza
Categoria Istituzioni



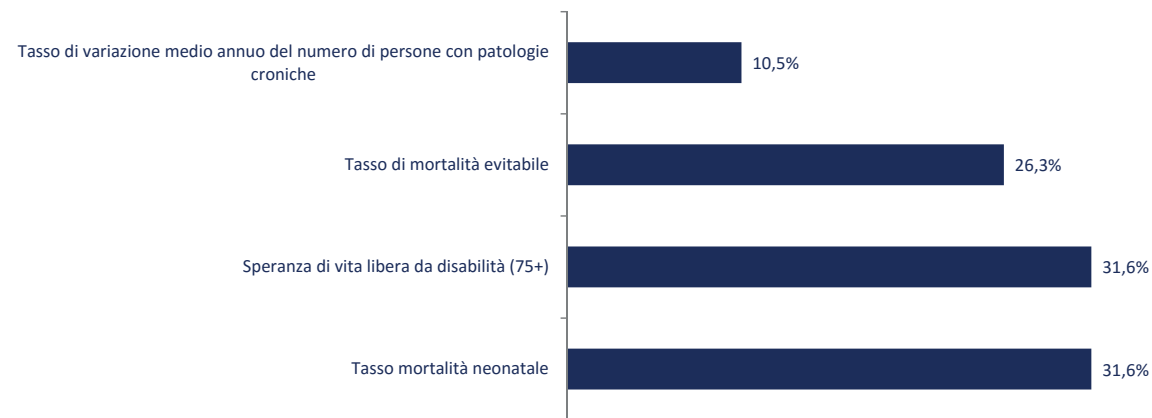
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Per quanto concerne, infine, la dimensione Esiti, il più votato è il Tasso di mortalità neonatale, che non entra però nel set finale, a pari merito con la Speranza di vita libera da disabilità (75+).

Gli altri due indicatori del set finale:

- Tasso di mortalità evitabile
- Tasso di variazione medio annuo del numero di persone con patologie croniche seguono con l'ultimo che ha raggiunto il livello minimo di consenso.

Figura 3.20
Esito votazione indicatori Dimensione Esiti
Categoria Istituzioni



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Categoria Industria medicale

Gli appartenenti alla categoria Industria medicale per la Dimensione Sociale sono allineati con la media del *Panel*.

Nel dettaglio, sono ritenuti maggiormente rappresentativi:

- Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie
- Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici

e, a seguire, Quota di persone che rinuncia a curarsi.

Sono stati ritenuti poco rappresentativi:

- Quota di famiglie con due o più figli minorenni impoverite a causa di spese socio-sanitarie
- Quota famiglie (con persona di riferimento over 65) impoverite a causa di spese socio-sanitarie.

Figura 3.21
Esito votazione indicatori Dimensione Sociale
Categoria Industria medicale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

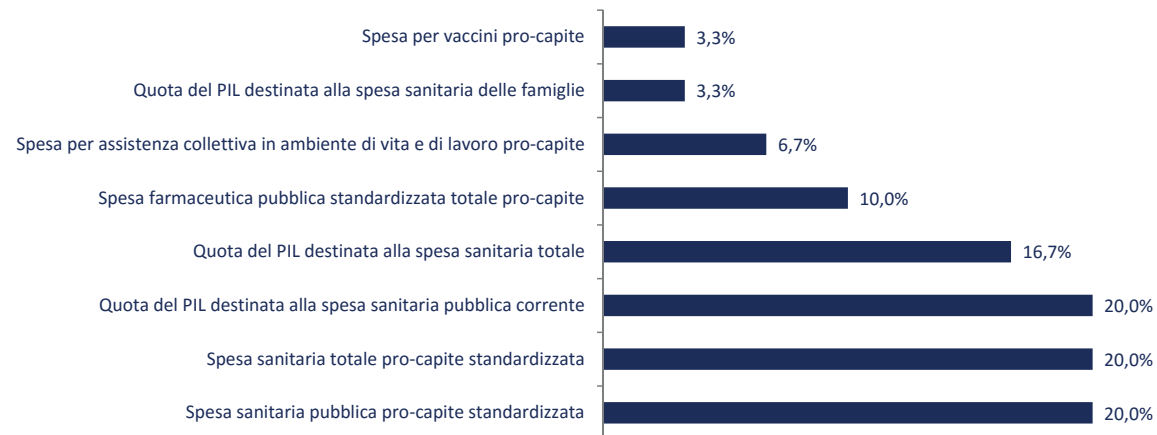
Anche per la dimensione “Economico-Finanziaria”, gli appartenenti alla Categoria Industria medica sono allineati con la media del *Panel*, avendo posto sullo stesso livello i tre indicatori che fanno anche parte del *set* finale selezionato:

- Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente
- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
- Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata

La Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria totale è stato votato poco meno, mentre hanno avuto pochi consensi:

- Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria delle famiglie
- Spesa per vaccini pro-capite.

Figura 3.22
Esito votazione indicatori Dimensione Economico - Finanziaria
Categoria Industria medica



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

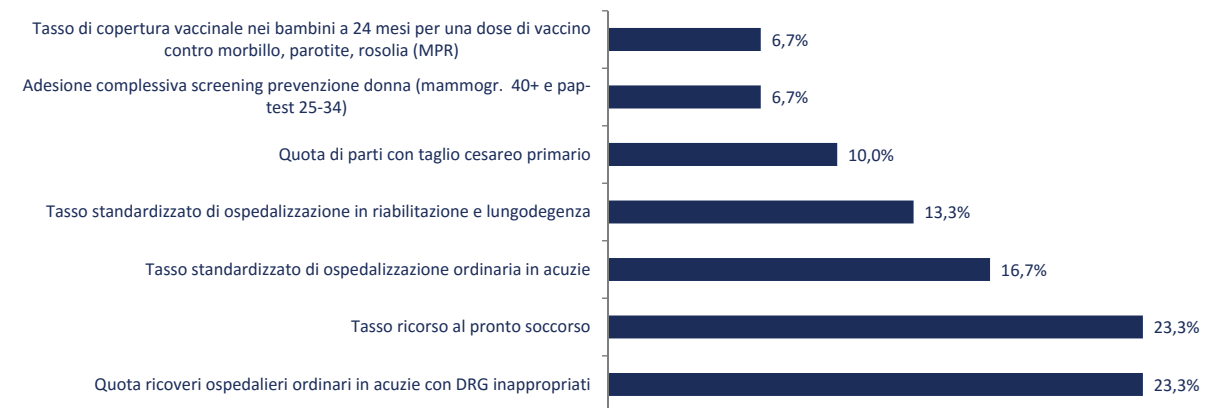
Anche per la dimensione Appropriatezza, i più votati fanno anche parte del *set* finale:

- Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati
- Tasso ricorso al pronto soccorso
- Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie (a seguire di poco).

I meno rappresentativi sono risultati:

- Adesione complessiva *screening* prevenzione donna (mammogr. 40+ e *pap-test* 25-34)
- Tasso di copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).

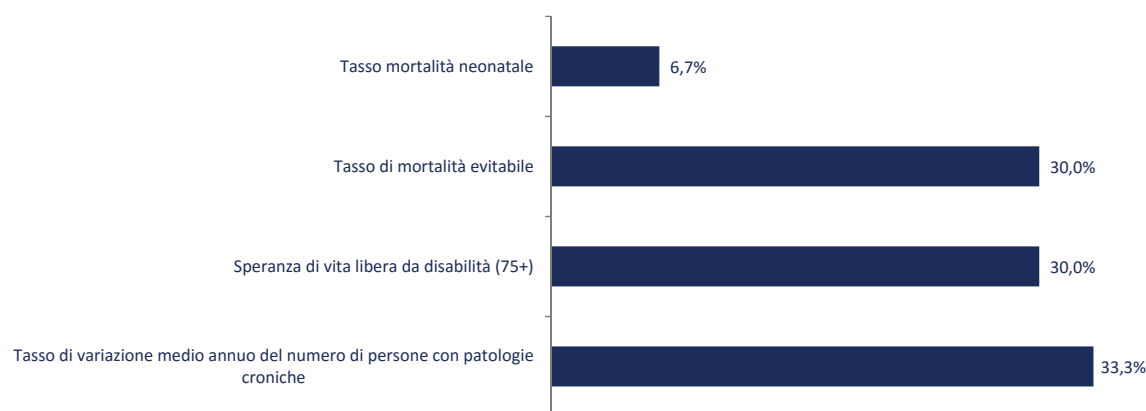
Figura 3.23
Esito votazione indicatori Dimensione Appropriatezza
Categoria Industria medica



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

Per la dimensione Esiti, infine, il Tasso di mortalità neonatale è ritenuto poco rappresentativo e gli altri tre sono quelli condivisi anche dal resto del *Panel*.

Figura 3.24
Esito votazione indicatori Dimensione Esiti
Categoria Industria medicale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su risultati televoto

3.3 Le funzioni di valore degli indicatori

Come descritto sopra, la metodologia adottata assume che non sia automaticamente attribuibile agli indicatori un “valore” proporzionale alle loro determinazioni (ovvero alle espressioni numeriche dell’indicatore): per esemplificare, questo vuol dire che un raddoppio o un dimezzamento del valore assunto dell’indicatore corrisponda sempre un raddoppio o dimezzamento del contributo offerto alla *Performance*.

Questo implica la necessità di elicitare il valore attribuito ad ogni punto della funzione che descrive l’indicatore.

Per far ciò, avvalendosi di un *software* appositamente sviluppato dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità, è stato chiesto ai partecipanti di esprimere le proprie valutazioni attribuendo ad ogni singolo valore che l’indicatore può assumere una corrispettiva “Utilità”, espressa in una scala 0-1 dove 0 equivale a utilità nulla, ovvero nessun contributo alla *Performance*, e 1 (utilità massima e quindi massimo contributo alla *Performance*).

Evidentemente si è dovuto operare per interpolazione, registrando le valutazioni in un numero discreto di punti (8 in tutto): la determinazione dell’indicatore “migliore”, “peggiore” e 6 punti intermedi; dove l’indicatore possa assumere valori su

una scala aperta, è stato posto come “peggiore” il risultato pari a meno tre deviazioni standard dal valore peggiore nazionale e simmetricamente come migliore risultato possibile quello pari a più tre deviazioni standard dal valore migliore nazionale.

Dimensione Sociale - Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie

La funzione di valore ottenuta per l’indicatore risulta dipendente dalla categoria.

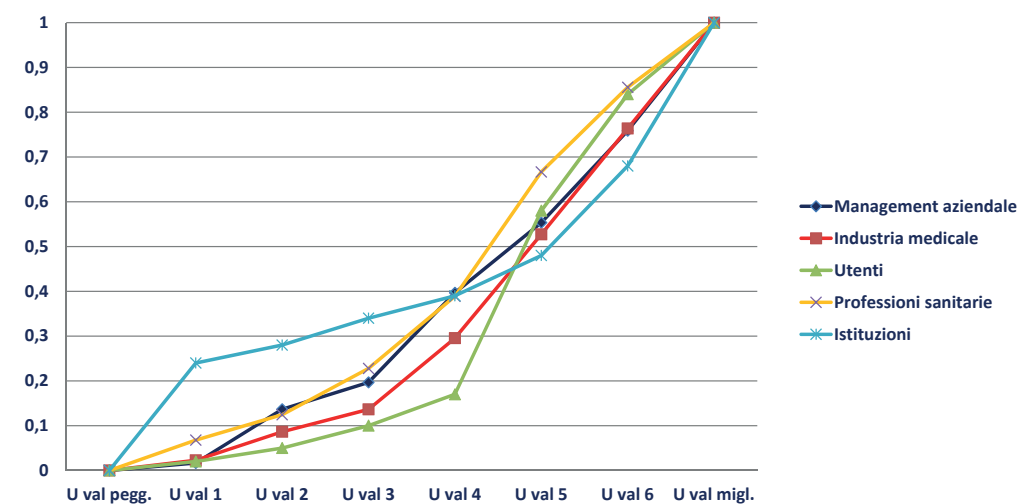
Per gli appartenenti alle Istituzioni nella prima metà l’andamento vede incrementi di utilità meno che proporzionali rispetto all’incremento dei valori dell’indicatore e, all’opposto più che proporzionali all’avvicinarsi ai valori migliori.

Questo andamento è coerente con una forte priorità data all’elemento equitativo, peraltro insita nel ruolo istituzionale, per cui sono penalizzati i valori peggiori e premiati quelli che risultano maggiormente virtuosi.

Management e Utenti propendono per un andamento più regolare, con una premialità per i miglioramenti, più che proporzionale ai valori.

Professionisti e appartenenti all’Industria (in modo più evidente) sembrano propendere per un atteggiamento neutrale di proporzionalità.

Figura 3.25
Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie
Funzione valore per Categoria

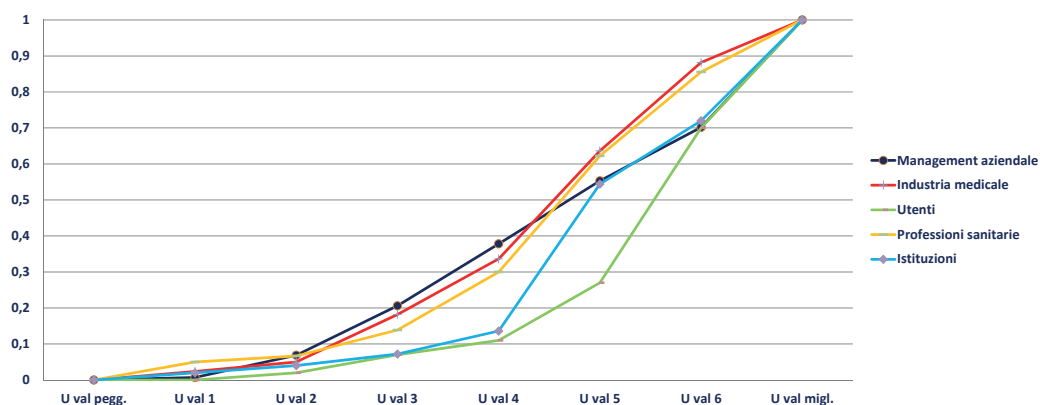


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Sociale - Quota di popolazione che rinuncia a spese sanitarie per motivi economici

Le analisi precedenti sono estensibili anche alla funzione di valore dell'indicatore Quota di popolazione che rinuncia a spese sanitarie per motivi economici, con la parziale eccezione del *Management* che assume in tal caso un atteggiamento più neutrale, evidentemente adottando una posizione più prudente sul significato equitativo dell'indicatore.

Figura 3.26
Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
Funzione valore per Categoria



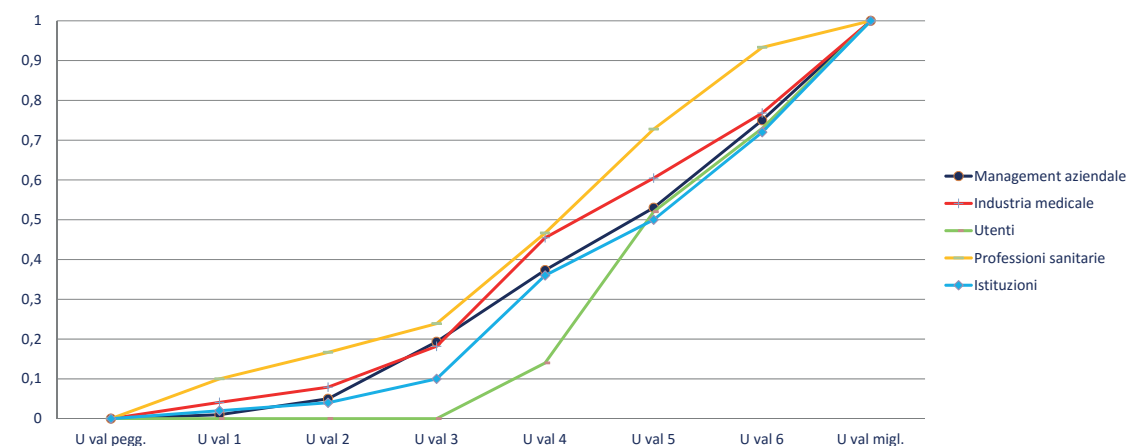
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Sociale - Quota di persone che rinuncia a curarsi

Per l'indicatore Quota di persone che rinuncia a curarsi, si confermano ancora le indicazioni precedenti e si registra una progressiva linearizzazione delle funzioni, indice del fatto che l'indicatore è ritenuto meno "sensibile" a fattori equitativi.

Da notare che i valori peggiori, fino a circa metà della distribuzione dei valori registrati, sono associati a utilità quasi costanti e molto basse, a indicare che ove il fenomeno è rilevante è considerato inaccettabile.

Figura 3.27
Quota di persone che rinuncia a curarsi
Funzione valore per Categoria



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

Dimensione Sociale – Sintesi funzioni di valore

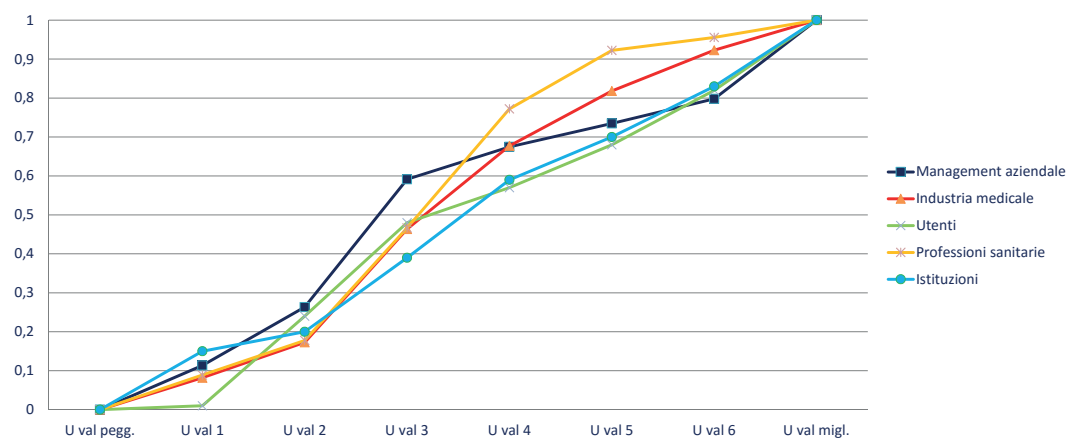
Complessivamente, confermando quanto riscontrato nelle precedenti edizioni, sulla Dimensione Sociale si registrano valori che tendono a descrivere una proposizione che ritiene inaccettabili le situazioni di maggiori iniquità, e in qualche caso attribuiscono anche una "premierità" alle situazioni maggiormente virtuose.

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

Passando alla Dimensione Economico-Finanziaria la funzione di valore relativa all'indicatore Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata presenta un andamento pressoché lineare, quindi neutrale (utilità proporzionale alle determinazioni numeriche), con una tendenza per il *Management* e le Professioni Sanitarie ad assumere una concavità verso il basso, ad indicare una utilità marginale decrescente.

In altri termini le categorie "più tecniche" ritengono che l'utilità dei miglioramenti economici ottenibili sia progressivamente meno che proporzionale.

Figura 3.28
Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
Funzione valore per Categoria

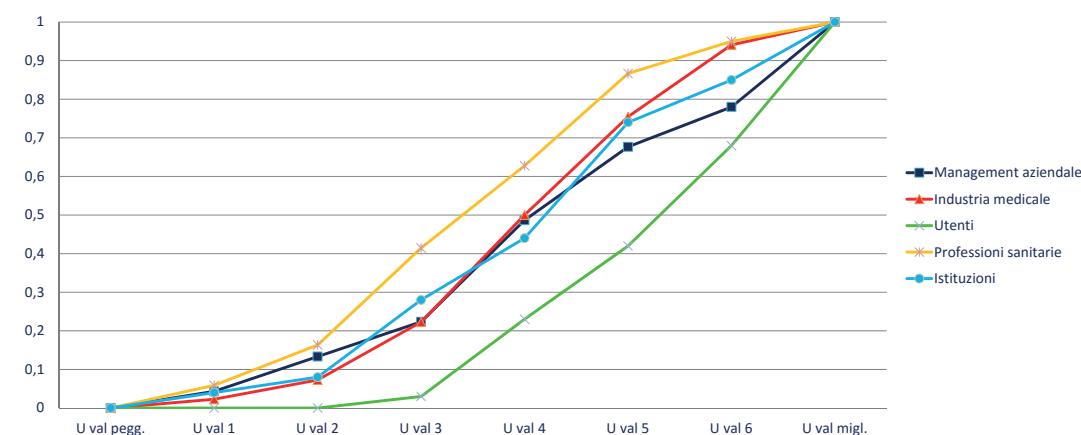


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Economico-Finanziaria - Spesa sanitaria totale standardizzata pro capite

Per la funzione di valore dell'indicatore Spesa sanitaria totale standardizzata pro capite si possono ripetere le osservazioni fatte per il precedente indicatore, con l'eccezione degli Utenti che comprensibilmente attribuiscono una netta premialità alle riduzioni di spesa pro-capite: fenomeno comprensibile in quanto l'indicatore, a differenza del precedente, contiene la spesa sostenuta direttamente dalle famiglie.

Figura 3.29
Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
Funzione valore per Categoria



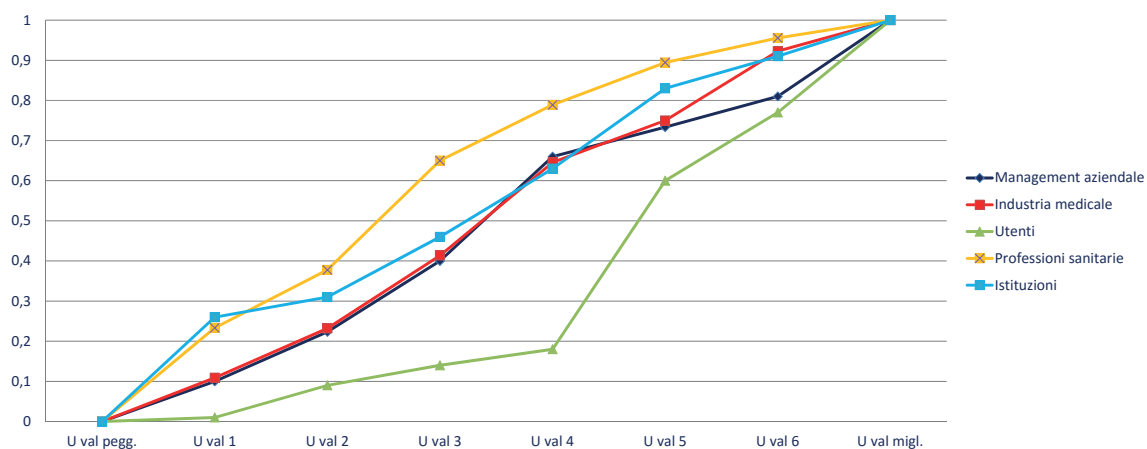
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Economico-Finanziaria - Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente

Anche il terzo indicatore della Dimensione Economico-Finanziaria, ovvero la Quota del *PIL* destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente, assume un andamento lineare (proporzionalità fra valori e utilità) in 3 categorie su 5.

Fanno eccezioni gli Utenti per cui la riduzione della spesa sanitaria sul *PIL* sembra essere un obiettivo “prioritario”; al contrario il *Management* ritiene che i vantaggi tendano via via ad annullarsi, fenomeno che potremmo leggere con la “paura” che la riduzione delle risorse oltre un certo limite provochi cali di efficienza.

Figura 3.30
Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente
Funzione valore per Categoria



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

Dimensione Economico-Finanziaria – Sintesi funzioni di valore

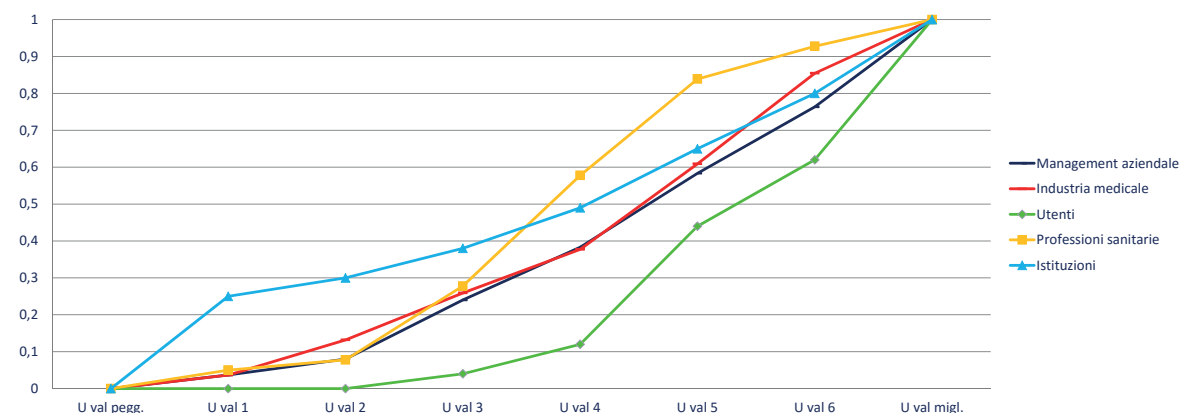
Per gli indicatori della Dimensione Economico-Finanziaria prevale in generale un atteggiamento di neutralità, con alcune eccezioni da parte delle tecno-strutture (in primis il *Management*) e degli Utenti.

Dimensione Appropriatelyzza - Quota di ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati

La funzione di valore ottenuta per l'indicatore Quota di ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati presenta andamenti differenti tra le Categorie. Quattro categorie su cinque assumono un atteggiamento pressoché neutrale, mentre per gli Utenti i valori peggiori dell'indicatore sono chiaramente considerati inaccettabili e i miglioramenti presentano una utilità crescente in modo più che proporzionale rispetto alle determinazioni numeriche.

Si noti che appartenenti alle Professioni sanitarie e alle Istituzioni hanno “idee” diverse sul valore da attribuire all'indicatore: per le Istituzioni piccoli miglioramenti dei livelli peggiori forniscono un sostanziale contributo alla *Performance*; per i *Professionisti* questo non si verifica e ritengono anche che miglioramenti di livelli già buoni aggiungano solo modesti contributi alla *Performance*.

Figura 3.31
Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati
Funzione valore per Categoria

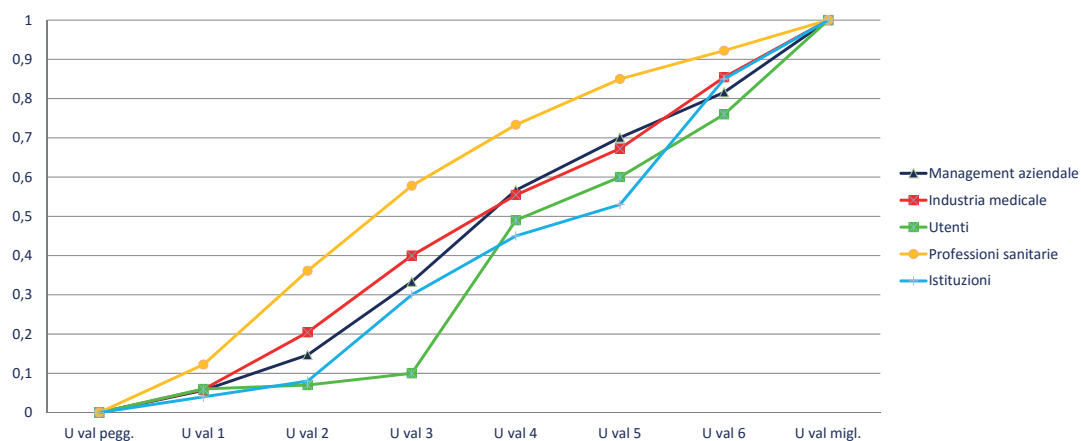


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Appropriatelyzza - Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie

Anche per il Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie prevale un atteggiamento “neutrale”; per gli Utenti i valori peggiori dell'indicatore sono inaccettabili, mentre nuovamente i professionisti sanitari ritengono che miglioramenti di livelli già buoni aggiungano solo modesti contributi alla *Performance*.

Figura 3.32
Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie
Funzione valore per Categoria

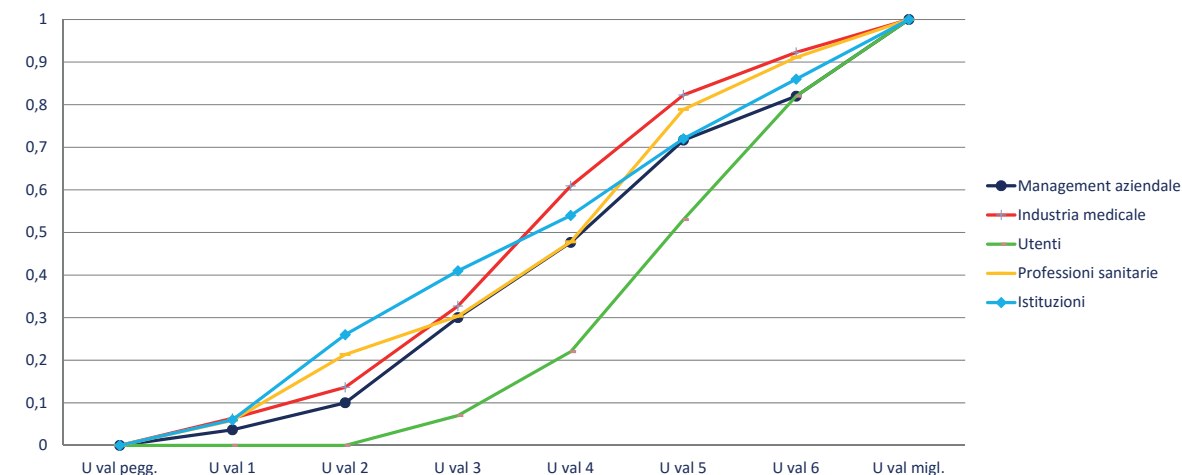


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Appropriatelyzza - Tasso ricorso al pronto soccorso

L'ultimo indicatore relativo alla dimensione Appropriatelyzza è il Tasso ricorso al pronto soccorso, che registra ancora un andamento lineare per tutte le Categorie ad eccezione degli Utenti, i quali evidentemente stigmatizzano i valori peggiori dell'indicatore: fino quasi a metà della distribuzione il contributo alla *Performance* è ritenuto quasi nullo.

Figura 3.33
Tasso ricorso al pronto soccorso
Funzione valore per Categoria



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

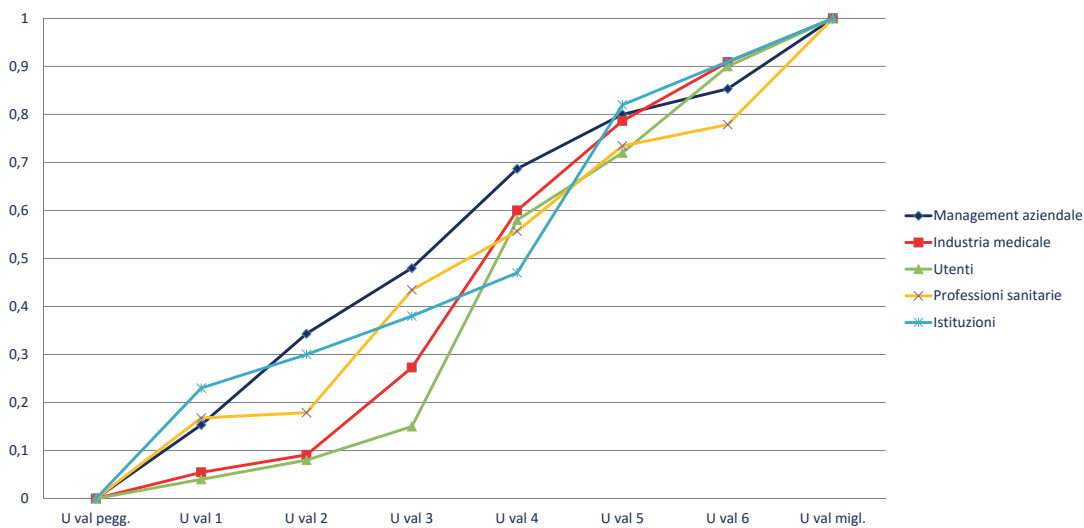
Dimensione Appropriatelyzza – Sintesi funzioni di valore

Anche in questa dimensione prevalgono atteggiamenti di neutralità, ma con il distinguo degli utenti che ritengono inaccettabili i valori peggiori degli indicatori di (in) appropriatezza, assumendo così una posizione di “salvaguardia”; e i Professionisti che, invece, ritengono che oltre un certo limite, miglioramenti ulteriori portino contributi alla *Performance* via via meno che proporzionali.

Dimensione Esiti – Tasso di variazione medio annuo del numero di persone con patologie croniche

Nella Dimensione Esiti, l'andamento della funzione valore dell'indicatore Tasso di variazione medio annuo del numero di persone con patologie croniche risulta pressoché lineare per tutte le categorie: gli appartenenti all'Industria medicale e gli Utenti stigmatizzano però i valori peggiori dell'indicatore: si può presumere che i primi ci vedano sottostante un uso inadeguato delle tecnologie e i secondi livelli assistenziali qualitativamente inadeguati.

Figura 3.34
Tasso di variazione medio annuo del numero di persone con patologie croniche - Funzione valore per Categoria

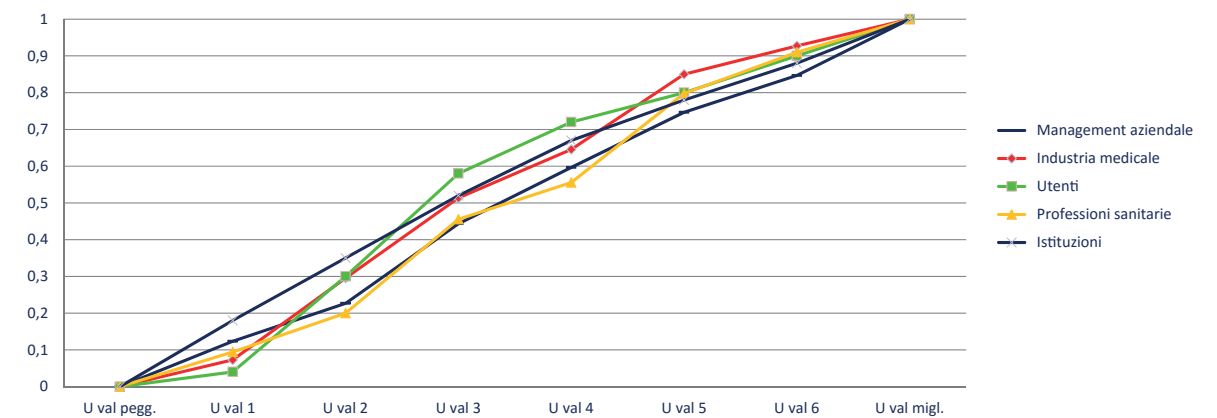


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Esiti – Speranza di vita libera di disabilità (75+)

Il secondo indicatore della Dimensione Esiti è la Speranza di vita libera da disabilità a 75 più anni. In questo caso si osservano risultati sovrapponibili e lineari per tutte le categorie.

Figura 3.35
Speranza di vita libera di disabilità (75+) Funzione valore per Categoria

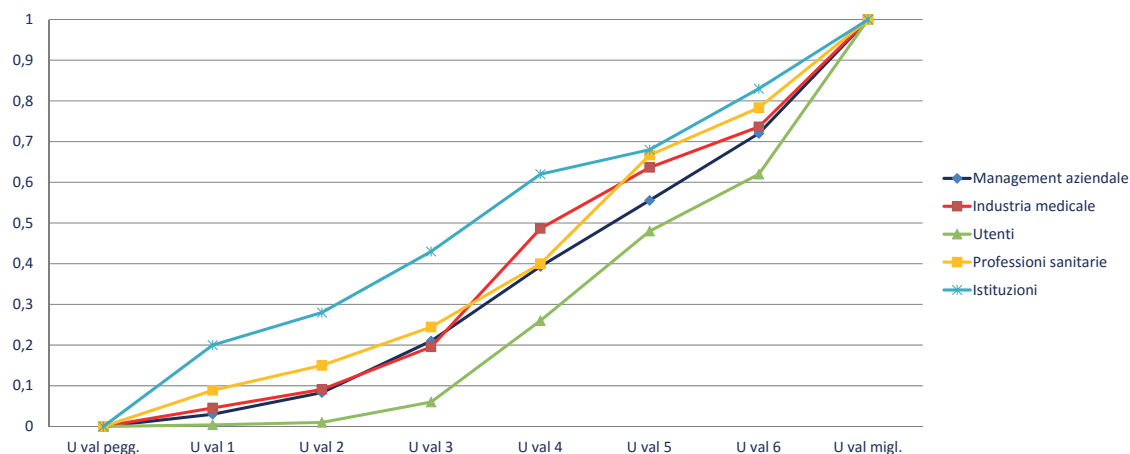


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Dimensione Esiti – Tasso di mortalità evitabile

Un andamento analogo al primo (tassi di variazione delle cronicità) si ottiene per il Tasso di mortalità evitabile; anche in questo caso gli Utenti “bollano” come inaccettabili le *Performances* peggiori. Peraltro valutazioni dello stesso “segno”, anche se meno marcate, si registrano anche per altre categorie, con le Istituzioni che sembrano le più “tolleranti” verso le peggiori *Performances*.

Figura 3.36
Tasso di mortalità evitabile
Funzione valore per Categoria



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

Dimensione Esiti – Sintesi funzioni di valore

Complessivamente anche per la dimensione Esiti si riscontrano valutazioni coerenti fra le Categorie; è, però, interessante notare come risulti *tranchant* il giudizio degli Utenti verso le *Performance* peggiori.

Riflessioni finali sulle funzioni valore degli indicatori

Le funzioni di valore elicitate risultano in linea di massima coerenti con le aspettative a priori, formulate sulla base della constatazione dei diversi interessi di cui i gruppi di *stakeholder* sono portatori.

Le funzioni di utilità degli indicatori Sociali assumono un andamento che evidenzia la priorità data agli aspetti equitativi (almeno in via di principio).

Per la dimensione Economico-Finanziaria le funzioni di valore assumono un andamento sostanzialmente lineare per quasi tutte le Categorie: gli Utenti sono molto sensibili ai livelli della spesa privata delle famiglie.

Le funzioni di valore della dimensione Appropriatezza ed esiti hanno anch'esse un andamento sostanzialmente lineare; gli Utenti però stigmatizzano fortemente le *Performances* peggiori, attribuendogli valori pressoché nulli.

I Professionisti sanitari tendono a essere meno “critici” e ad attribuire vantaggi meno che proporzionali ai miglioramenti di livelli già alti degli indicatori.

È interessante rimarcare che per quattro indicatori:

- Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici
- Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriately
- Tasso di mortalità evitabile
- Speranza di vita libera da disabilità

l'andamento “qualitativo” della funzione valore è stabile nel tempo (ovvero nelle varie annualità del progetto).

Di contro, per l'indicatore Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite l'andamento si è invece progressivamente linearizzato, suggerendo forse una minore determinazione nel porre le riduzioni di spesa in cima all'agenda della politica sanitaria.

3.4 La sostituibilità

Come premesso, una ulteriore assunzione della metodologia utilizzata è che una variazione del contributo alla *Performance* di un singolo indicatore possa essere compensato da variazioni (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, operativamente avviene mediante un *trade-off* (confronti a coppie) fra gli indicatori stessi, ricostruendo poi ex post il quadro d'insieme delle coerenze fra gli scambi.

I membri del *Panel* hanno svolto un esercizio di *trade-off* "scambiando", fino ad ottenere una condizione di indifferenza, miglioramenti di un indicatore con peggioramenti di un altro.

Per semplificare l'operazione di ricostruzione delle coerenze implicite nelle risposte, si è imposta a priori la forma analitica della funzione di utilità multi-attributo, adottando in particolare quella moltiplicativa, che si assume la forma:

$$U(\bar{X}) = \frac{1}{k} \left\{ \prod_{i=1}^N [1 + k k_i U_i(x_i)] - 1 \right\}$$

Tale assunzione permette di ricostruire per via analitica il quadro delle coerenze, evitando così di dover effettuare i (numerosi) confronti fra tutte le possibili coppie di indicatori; il quadro delle preferenze (coerenti) viene ricostruito dal *software Logical Decisions for groups®*, dopo avere proposto al *Panel* di esprimersi su un sottoinsieme di coppie di indicatori, casualmente determinate.

Le coppie di indicatori sottoposte all'esercizio di "scambio", sono state:

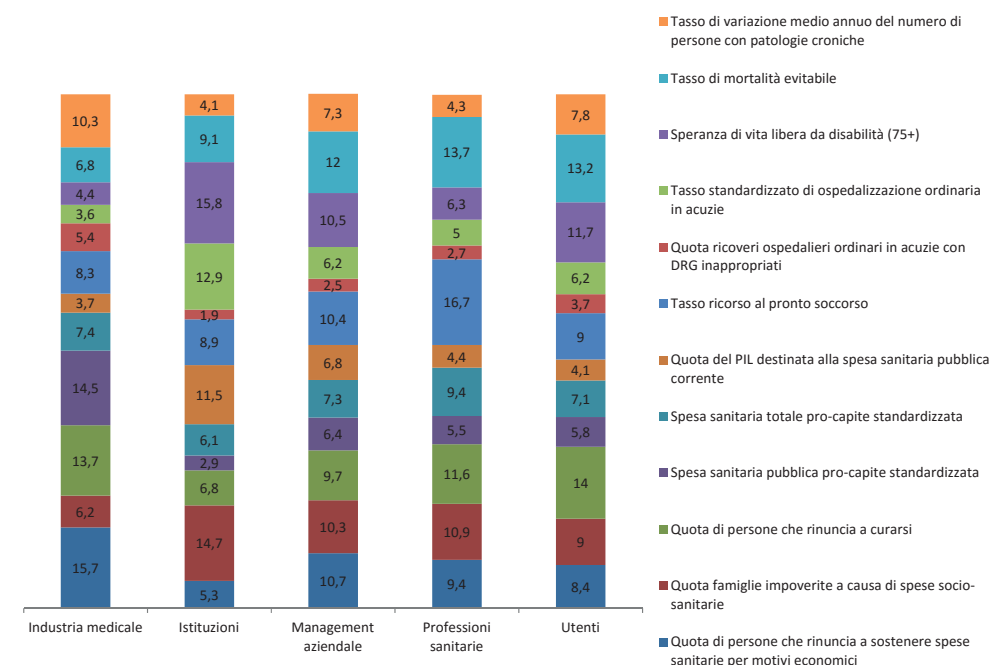
- Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici vs Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
- Quota di persone che rinuncia a curarsi vs Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
- Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie vs Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente
- Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata vs Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati
- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata vs Tasso ricorso al pronto soccorso
- Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente vs Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie

- Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati vs Tasso di variazione medio annuo del numero di persone con patologie croniche
- Tasso ricorso al pronto soccorso vs Tasso di mortalità evitabile
- Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie vs Speranza di vita libera di disabilità (75+)
- Tasso di variazione medio annuo del numero di persone con patologie croniche vs Quota di persone che rinuncia a curarsi
- Tasso di mortalità evitabile vs Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie.

L'esercizio permette, in altri termini, di attribuire un ordine di "importanza", intesa come contributo alla determinazione della *Performance*, a vari indicatori e quindi alle varie dimensioni.

Come si evince dal grafico sottostante, anche in questo caso l'importanza relativa attribuita ai singoli indicatori è risultata diversa a seconda della Categoria di *stakeholder*.

Figura 3.37
Contributo degli indicatori alla *Performance* dei SSR
Per Categoria - Valore %



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

Per gli Utenti gli indicatori che maggiormente contribuiscono alla *Performance* risultano essere la “rinuncia alle cure”, “la mortalità evitabile” e la “disabilità” (con pesi rispettivamente pari a 14,0%, 13,2% e 11,7%).

Per le Professioni sanitarie prevale, invece, il “Tasso di ricorso al pronto soccorso” (16,7%), seguito dal “Tasso di mortalità evitabile” (13,7%) e dalla “Quota di persone che rinuncia a curarsi” (11,6%).

Per il *Management* aziendale sono particolarmente importanti la “mortalità evitabile”, la “disabilità”, ma anche la “rinuncia per motivi economici”, con pesi rispettivamente del 12,0%, 10,5% e 10,7%.

Diversamente, per le Istituzioni, i fattori predominanti sono di esito ma anche equitativi: la “disabilità” e l’“impoverimento causato dalle spese sanitarie *Out Of Pocket*”, con un contributo pari rispettivamente al 15,8% e al 14,7%.

Per gli appartenenti all’Industria il fenomeno della “rinuncia alla cura”, sia in generale, che per motivi economici, oltre la Spesa sanitaria pubblica pro capite standardizzata, rappresentano i fenomeni che contribuiscono maggiormente alla *Performance* di un SSR, con quote rispettivamente del 13,7%, 15,7% e 14,5%.

In sintesi, pur nella diversa scelta degli indicatori predominanti, la dimensione Sociale risulta essere in generale un elemento chiave della determinazione della *Performance*: per gli Utenti, le Istituzioni e il *Management* aziendale viene a seguire la dimensione degli Esiti; mentre per l’Industria quella della dimensione economica, e per le Professioni sanitarie quella dell’appropriatezza.

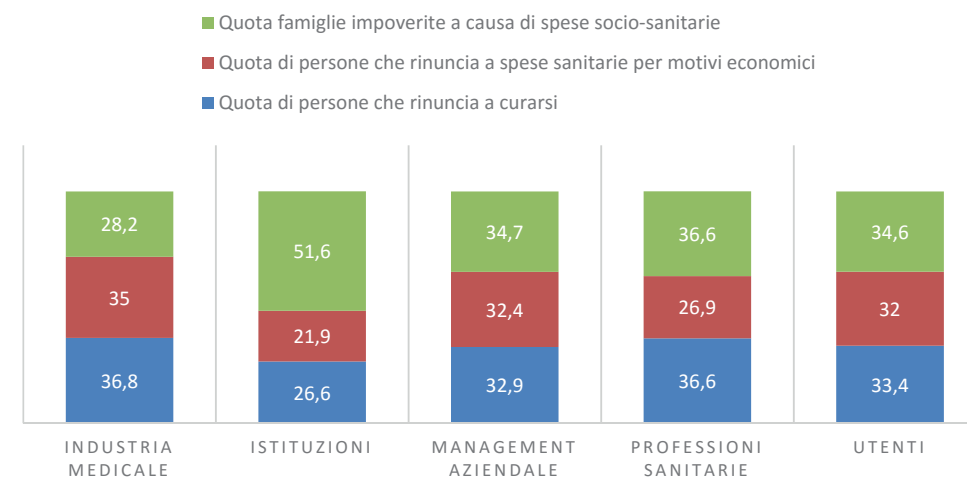
Di seguito si riassumono i pesi che le categorie hanno attribuito ai singoli indicatori, riassumendoli per Dimensione.

Nella Dimensione Sociale, gli appartenenti alla categoria Industria medica ritengono che:

- Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
- Quota di persone che rinuncia a curarsi

contribuiscono per il 71,5% alla *Performance*; la quota scende per gli Utenti al 65,4%, per il Management aziendale al 65,3%, per le Professioni sanitarie al 63,5%, mentre per le Istituzioni il fenomeno dell’impoverimento pesa più di quello delle rinunce (51,6%).

Figura 3.38
Contributo degli indicatori alla *Performance* dei SSR Sociale – Valore %



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

Per la dimensione Economico-Finanziaria

- Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata

rappresentano i due indicatori che contribuiscono in maggior misura alla *Performance* per Industria, Professioni sanitarie e Utenti: 74,3% per la prima, 73,3% per la seconda e 67,5% per la terza.

Per Istituzioni e *Management* aziendale

- Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente
- Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata

sono gli indicatori che contribuiscono in maggior misura alla *Performance*: 81,9% per la prima Categoria e 67,5% per la seconda.

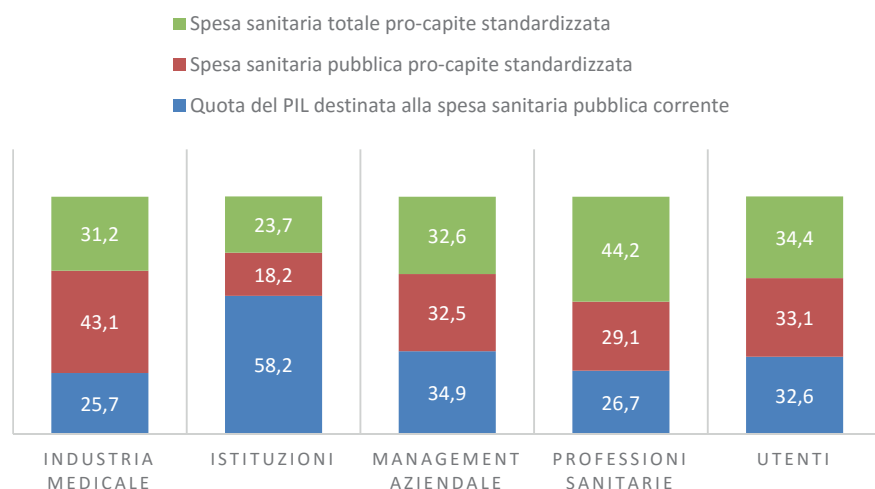
Relativamente alla dimensione Appropriatezza, tutte le categorie tranne le Istituzioni, indicano:

- Tasso di ricorso al pronto soccorso
- Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati come indicatori prioritari: sommandoli, per l'Industria contribuiscono per il 75,3% della *Performance*, per il 69,9% nel caso del *Management* aziendale, per il 76,5% in quello delle Professioni sanitarie e per il 66,3% in quello degli Utenti.

Per le Istituzioni l'indicatore

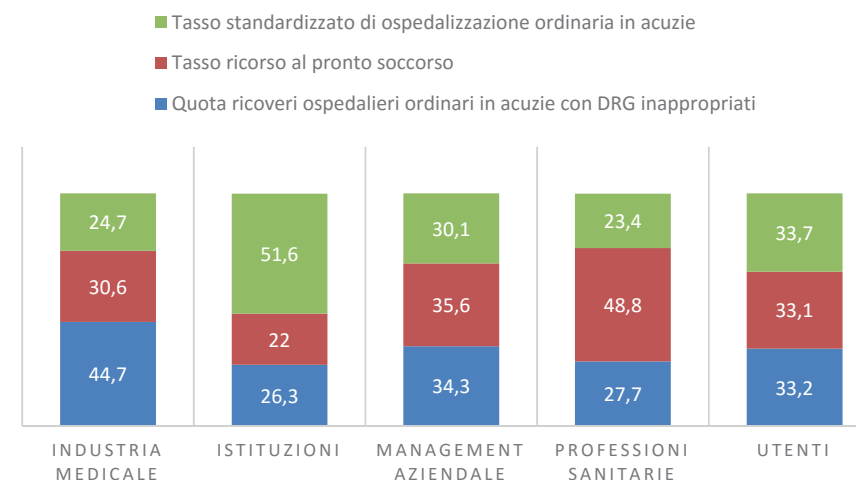
- Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie contribuisce da solo per il 51,6%, seguito poi dalla Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati (26,3%) e dal Tasso di ricorso al pronto soccorso.

Figura 3.39
Contributo degli indicatori alla *Performance* dei SSR Economico - Finanziaria – Valore %



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

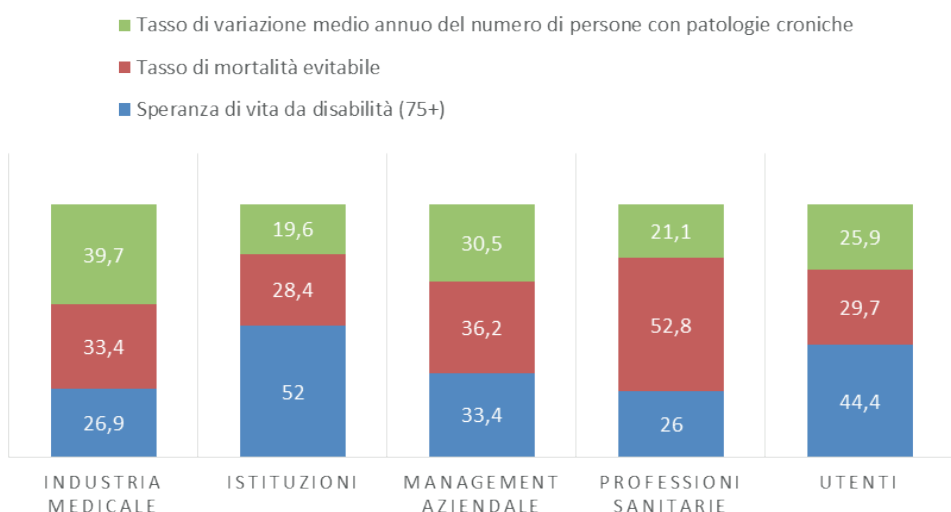
Figura 3.40
Contributo degli indicatori alla *Performance* dei SSR Appropriatezza – Valore %



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

Infine, per la dimensione Esiti, tutte le categorie hanno attribuito maggiore importanza alla “mortalità evitabile” e alla “disabilità”. Quest’ultima in particolare sembra essere molto importante per le Istituzioni (pesando per il 52,0%) e per gli Utenti (44,4%); il Tasso di mortalità evitabile risulta molto importante per le Professioni sanitarie (52,8%), e anche per il *Management* aziendale (36,2%).

Figura 3.41
Contributo degli indicatori alla *Performance* dei SSR
Esiti – Valore %



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

3.5 Riflessioni sul contributo delle dimensioni alla *Performance*

Confrontando i risultati con quelli delle precedenti annualità, in questa quarta edizione del progetto, pur confermandosi l’importanza della Dimensione Sociale, sembra osservarsi una riduzione del suo contributo, che scende al 24,4% (dal 27,6% nell’esercizio precedente).

Di contro aumenta il contributo della Dimensione Esiti, che sale dal 26,3% al 27,0%, e anche di quella Economico-Finanziaria che raggiunge il 24,1% (dal 20,5% nell’ultima edizione).

Infine la Dimensione Appropriatelyzza passa al 25,2% dal 24,9% della precedente edizione.

Analizzando i risultati per Categoria, nel caso degli Utenti le Dimensioni Esiti e Appropriatelyzza contribuiscono per quasi il 55% alla misura della *Performance* del sistema sanitario (30,2% e 23,6% rispettivamente); le altre Dimensioni, Sociale ed Economico-Finanziaria, seguono rispettivamente con il 23,5% e il 22,7%. Degna di nota è la grande attenzione che in questa edizione gli Utenti hanno attribuito alla dimensione Esiti, che rispetto alla precedente edizione ha guadagnato ben il 12%.

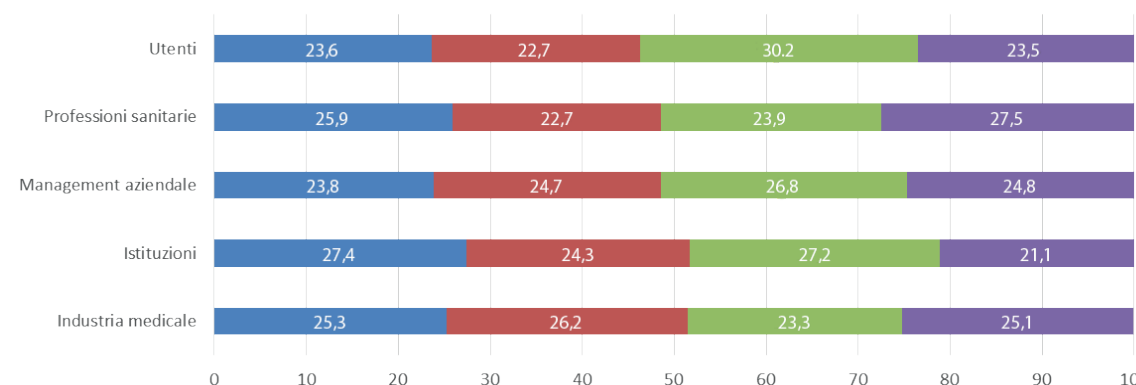
La Dimensione Sociale è predominante per le Professioni sanitarie, con il 27,5%, seguita dall’Appropriatelyzza (25,9), dagli Esiti (23,9%) e, infine, dalla Dimensione Economico-Finanziaria (22,7%).

La Dimensione Esiti contribuisce alla *Performance* in misura massima anche per il *Management* aziendale (26,8%), seguita dal Sociale (24,8%); seguono la Dimensione Economico-Finanziaria (24,7%) e l’Appropriatelyzza (23,8%).

Gli appartenenti alla categoria delle Istituzioni, attribuiscono alla Dimensione Appropriatelyzza il maggiore peso nella determinazione della *Performance* dei SSR, con il 27,4%; seguita dagli Esiti con il 27,2%; in questa edizione è notevolmente aumentato il peso attribuito alla Dimensione Economico-Finanziaria (24,3% contro il 15,4% della precedente edizione). La dimensione Sociale contribuisce per il 21,1%.

Gli appartenenti all’Industria, analogamente a quanto espresso nelle edizioni precedenti, continuano a mantenere un atteggiamento di sostanziale neutralità fra le varie Dimensioni, attribuendo loro pressoché lo stesso peso.

Figura 3.42
Contributo delle Dimensioni alla *Performance* dei SSR
Per Categoria – Valore %

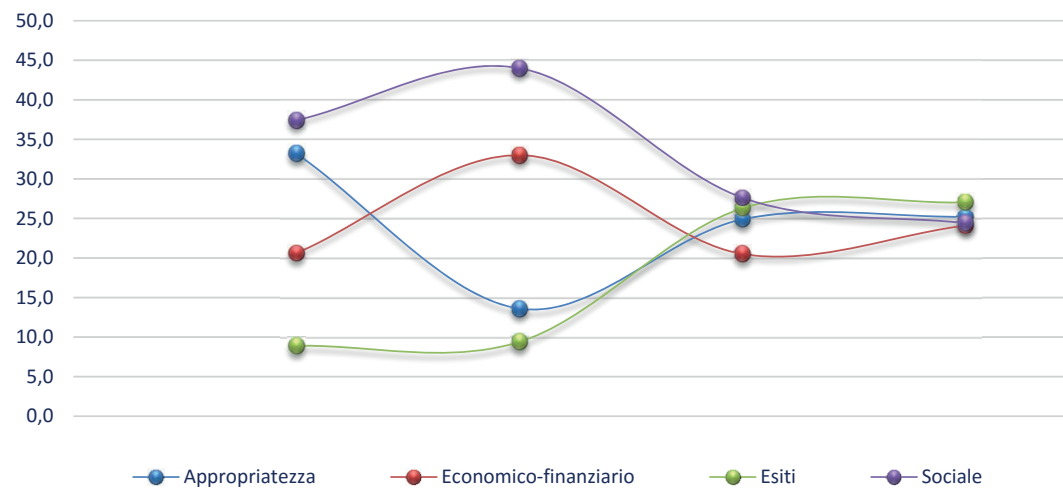


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

3.6 Dinamiche del contributo delle dimensioni alla Performance

Come già evidenziato nella precedente annualità, emerge ormai chiaramente come il contributo delle singole Dimensioni vari nel tempo: come tendenza generale osserviamo che, ad eccezione della categoria Industria, che ha mantenuto una attribuzione di neutralità alle dimensioni sin dall'inizio, per le altre stiamo assistendo ad una progressiva riduzione delle differenze di peso attribuite alle diverse Dimensioni.

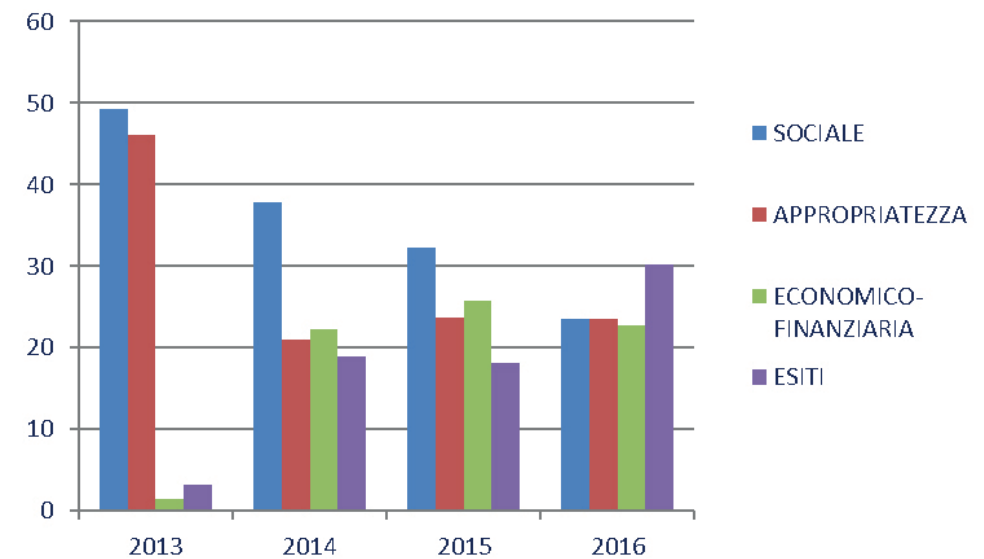
Figura 3.43
Contributo delle Dimensioni alla Performance dei SSR
Per annualità – Valore %



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

Gli Utenti hanno spostato negli anni la loro attenzione dal Sociale verso gli Esiti: il fenomeno potrebbe essere attribuito ad un maggior *empowerment* del paziente, sempre più informato e quindi consapevole.

Figura 3.44
Contributo delle Dimensioni alla Performance dei SSR Utenti
Per annualità – Valore %

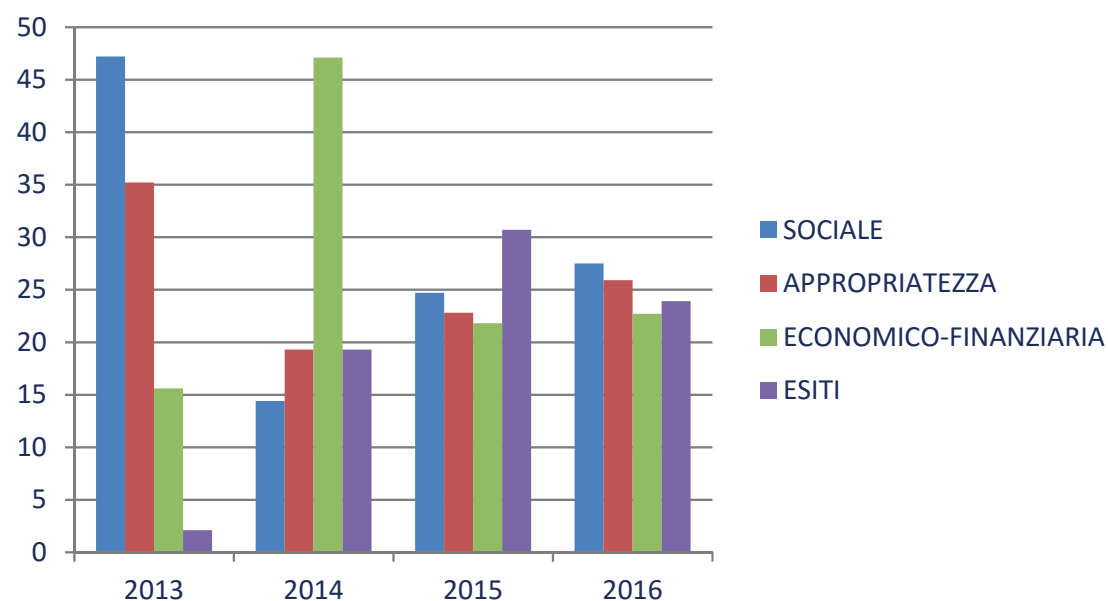


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

I Professionisti sanitari sembrano negli anni esser ritornati sulle “posizioni” iniziali, seppur con un atteggiamento meno “estremistico”: Sociale ed Appropriately tornano ad essere le Dimensioni più importanti per la categoria, dopo una fase di maggiore attenzione offerta alla Dimensione Economico-Finanziaria: peraltro coincidente, forse non a caso, con l’introduzione della *Spending Review*; la riduzione del peso di tale Dimensione potrebbe essere, peraltro, anche associata alla riduzione dei disavanzi dei SSR.

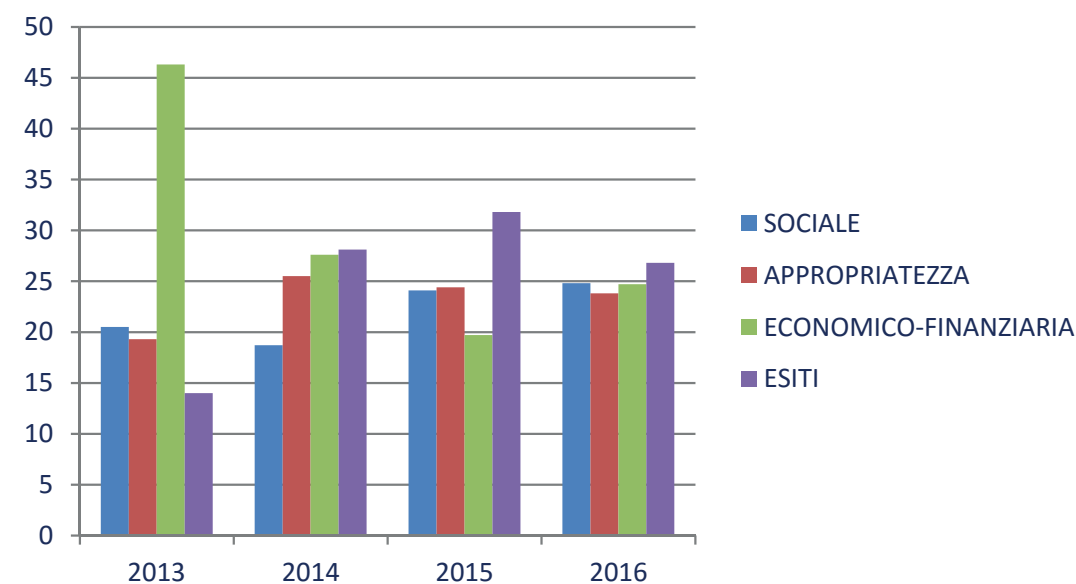
Una riduzione del peso (oggi attestato sul 20%) della Dimensione Economico-Finanziaria è riscontrabile anche fra il *Management* aziendale. Di contro è aumentata negli anni l’attenzione per il Sociale e gli Esiti: anche in questo caso la variazione sembra “razionale”, in ossequio alla sempre maggiore domanda di prestazioni sociali alle Aziende sanitarie, e alla crescente importanza dei sistemi di valutazione degli Esiti nel SSN italiano.

Figura 3.45
Contributo delle Dimensioni alla Performance dei SSR
Professioni Sanitarie - Per annualità – Valore %



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

Figura 3.46
Contributo delle Dimensioni alla Performance dei SSR
Management aziendale - Per annualità – Valore %

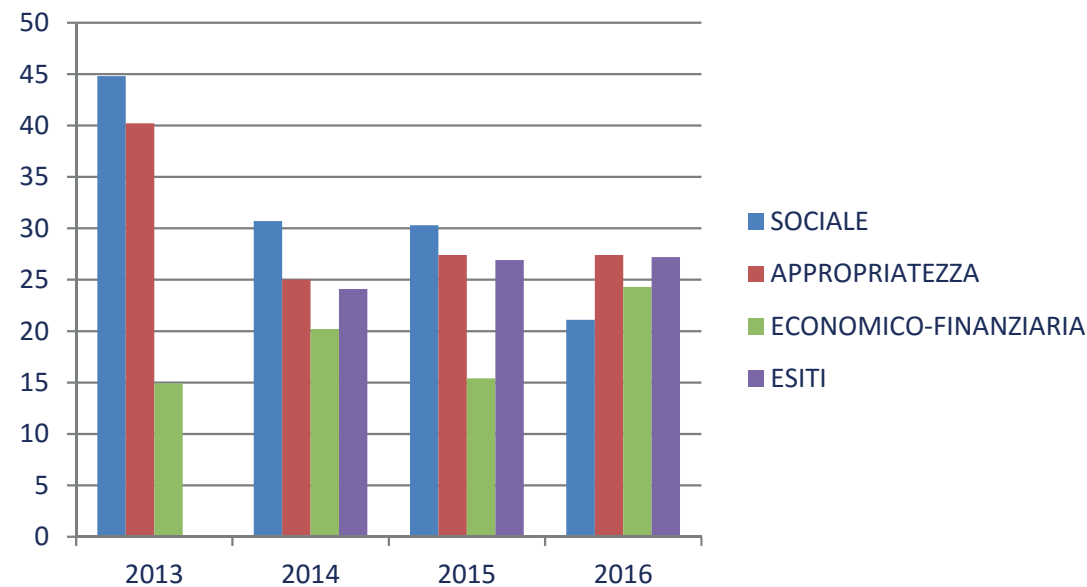


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Nella categoria delle Istituzioni va incrementandosi l'attenzione sull'Appropriatezza e gli Esiti, riducendosi corrispondentemente il peso attribuito al Sociale.

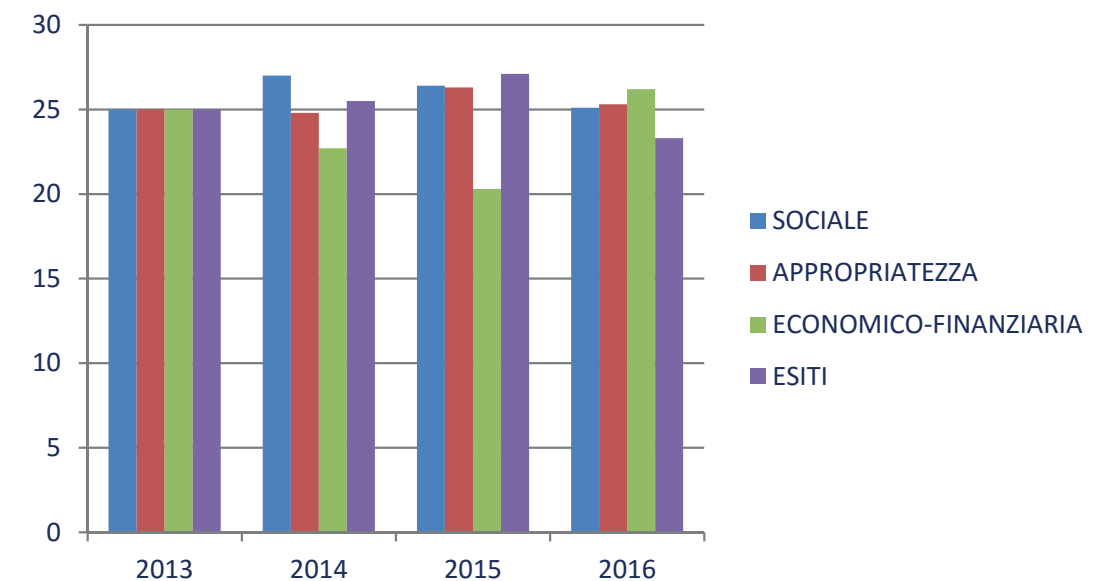
Infine, come anticipato, a differenza delle altre categorie, l'atteggiamento fra gli appartenenti all'Industria rimane "coerente e neutrale" nel tempo: i pesi delle quattro dimensioni alla Performance dei SSR sono infatti sempre rimasti pressoché uguali.

Figura 3.47
Contributo delle Dimensioni alla Performance dei SSR
Istituzioni - Per annualità - Valore %



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

Figura 3.48
Contributo delle Dimensioni alla Performance dei SSR
Industria medicale - Per annualità - Valore %



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

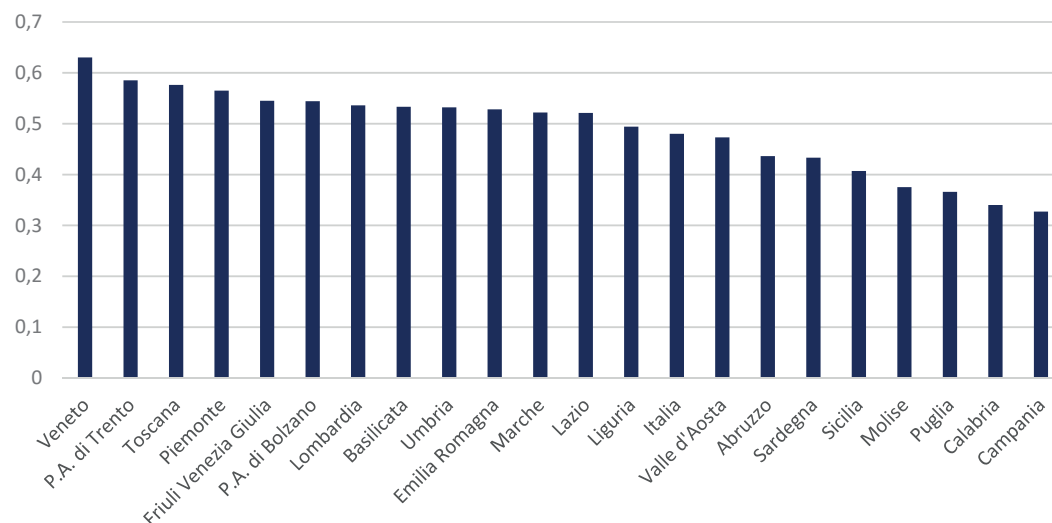
4.0 La Performance dei SSR

L'indice complessivo di *Performance* oscilla da un massimo di 0,63 ad un minimo di 0,33 (ricordiamo che il valore massimo è 1 e il minimo 0): il risultato migliore è ottenuto dal Veneto ed il peggiore dalla Regione Campania.

Il range tutto sommato ridotto 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 e il minimo della *Performance* a valori degli indicatori maggiori o minori di quelli effettivamente rilevati a livello nazionale.

Si conferma di conseguenza un atteggiamento "prudenziale" da parte dei componenti del *Panel* nella valutazione delle *Performance* attuali che porta a valutare il risultato migliore nell'ordine del 60% della *Performance* "ideale".

Figura 4.1
Performance dei SSR



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

Si possono distinguere ancora tre gruppi di Regioni in base ai livelli di *Performance*: a 4 SSR (che potremmo convenzionalmente individuare come l'area "dell'eccellenza") è associata una misura di *Performance* sensibilmente superiore al 57%, con modeste variazioni intra gruppo (Veneto, P.A. di Trento, Toscana, Piemonte); seguono altre 8 (Friuli Venezia Giulia, P.A. di Bolzano, Lombardia, Basilicata, Umbria, Emilia Romagna, Marche, Lazio), con livello abbastanza omogeneo e prestazioni intorno al 50% (nel range 52-55%)

Per le ultime 9, convenzionalmente l'area "critica", (Liguria, Valle d'Aosta, Abruzzo, Sardegna, Sicilia, Molise, Puglia, Calabria, Campania) si intravede uno "scalin" (negativo) della *Performance*, registrando valori che scendono progressivamente fino allo 0,33 dell'ultima.

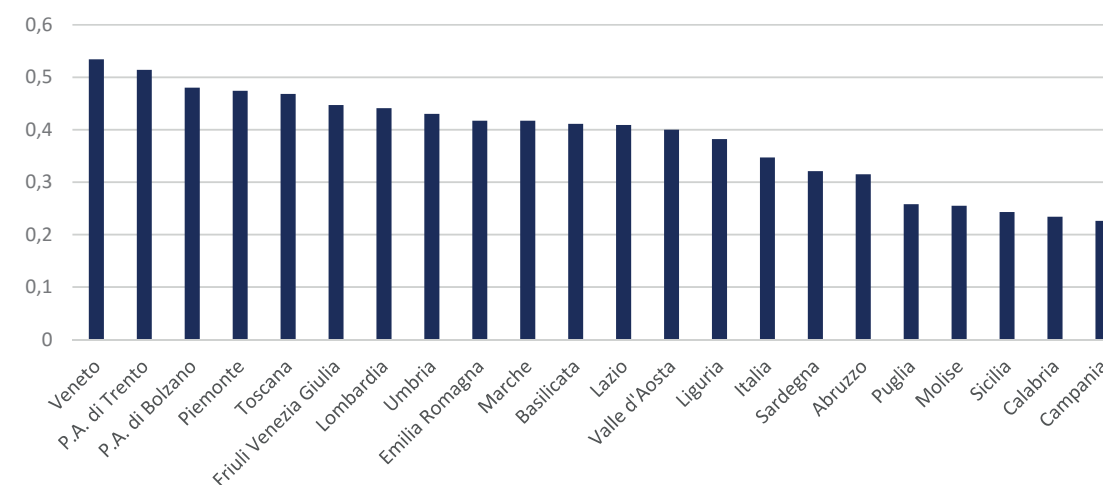
Ovviamente, alla luce della descrizione della metodologia e dei risultati, le valutazioni delle *Performance* dei SSR sono differenti a seconda della prospettiva di cui sono portatori i differenti *stakeholder*.

Categoria Utenti

Anche per la Categoria Utenti, Veneto e Campania sono agli estremi del ranking; la misura di *Performance* dei SSR però è giudicata di livello inferiore alla media, variando dallo 0,53 del Veneto allo 0,23 della Campania. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,32 ad eccezione della Basilicata (0,41); dopo il Veneto è la P.A. di Trento la Regione più "performante", con un indice dello 0,51, seguita poi da P.A. di Bolzano, Piemonte e Toscana, con una misura di *Performance* compresa tra 0,48 e 0,47.

All'altro estremo troviamo invece Puglia, Molise, Sicilia, Calabria e Campania, tutte con un indice inferiore a 0,26.

Figura 4.2
Performance dei SSR - Categoria Utenti



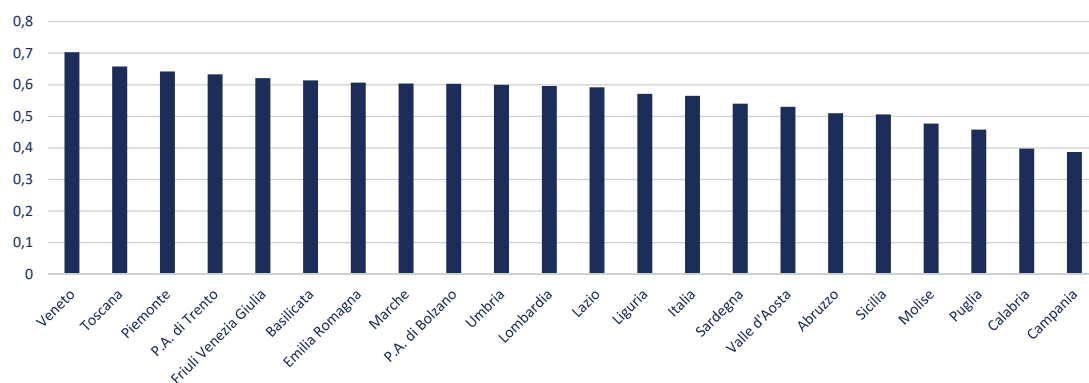
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Rispetto alla classifica generale, per gli Utenti il SSR di Bolzano scavalca la Toscana entrando nell'area di "eccellenza", facendo passare quest'ultima nell'area intermedia. Il Friuli Venezia Giulia perde una posizione diventando sesta; il SSR pugliese ne recupera due, non uscendo però dall'area "critica". Restano invece invariate le ultime due posizioni di Calabria e Campania.

Categoria Professioni sanitarie

Secondo la Categoria Professioni sanitarie la misura di *Performance* è migliore della media, variando ancora dallo 0,70 del Veneto allo 0,39 del SSR campano. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,57 ad eccezione della Basilicata con un indice pari a 0,61; Basilicata, Emilia Romagna, Marche, P.A. di Bolzano, Umbria, Lombardia, Lazio hanno un indice di *Performance* compreso tra 0,59 e 0,61.

Figura 4.3
Performance dei SSR - Categoria Professioni sanitarie



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

Rispetto alla classifica generale, la P.A. di Bolzano perde tre posizioni, restando però sempre nell'area intermedia, come anche la Lombardia che perde quattro posti e diventa undicesima.

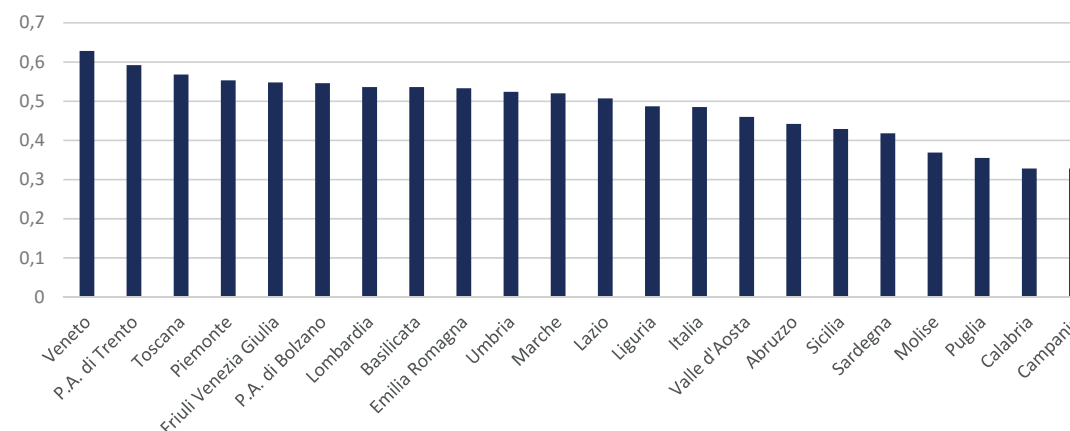
Nella prospettiva dei Professionisti sanitari il SSR della Valle d'Aosta perde una posizione (da quattordicesimo a quindicesimo) e quello sardo ne recupera due, restando comunque entrambi nell'area "critica".

Categoria Management aziendale

Per la Categoria *Management* aziendale la misura di *Performance* varia dallo 0,63 Veneto allo 0,33 del SSR campano, in modo sovrapponibile con la media generale. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,43 ad eccezione della Basilicata con un indice pari a 0,54; Piemonte, Friuli Venezia Giulia, P.A. di Bolzano, Lombardia, Basilicata, Emilia Romagna hanno valori compresi tra 0,53 e 0,55.

Anche nel caso del *Management* aziendale, si registrano modifiche di posizioni, ma per nessun SSR cambia l'area di afferenza.

Figura 4.4
Performance dei SSR - Categoria Management aziendale

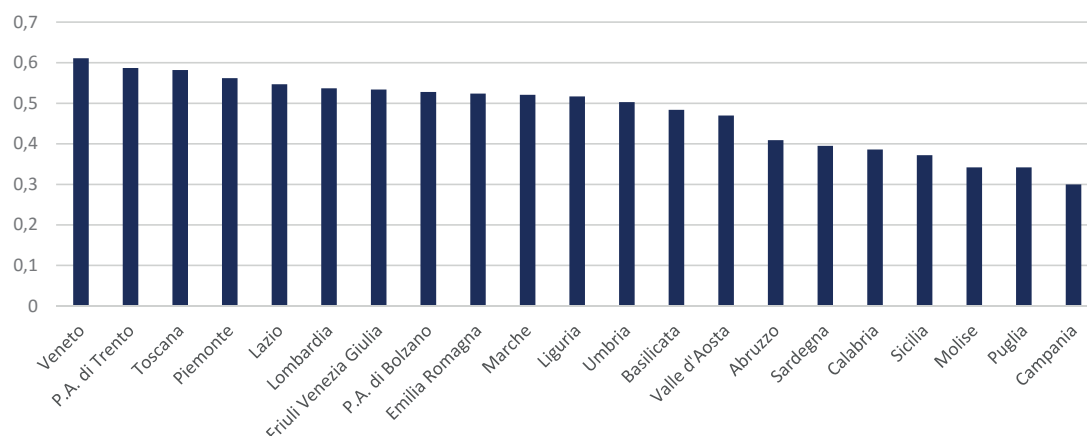


Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Categoria Istituzioni

Per la Categoria delle Istituzioni, la misura di *Performance* varia dallo 0,61 del Veneto allo 0,30 del SSR campano. Lombardia, Friuli Venezia Giulia, P.A. di Bolzano, Emilia Romagna, Marche e Liguria hanno valori di *Performance* sostanzialmente simili. I sistemi sanitari di Sicilia, Molise, Puglia e Campania risultano invece avere tutti indici di *Performance* inferiori a 0,37.

Figura 4.5
Performance dei SSR - Categoria Istituzioni



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

Come nella classifica generale, il Veneto mantiene la prima posizione, seguita però dalla P.A. di Trento e dalla Toscana.

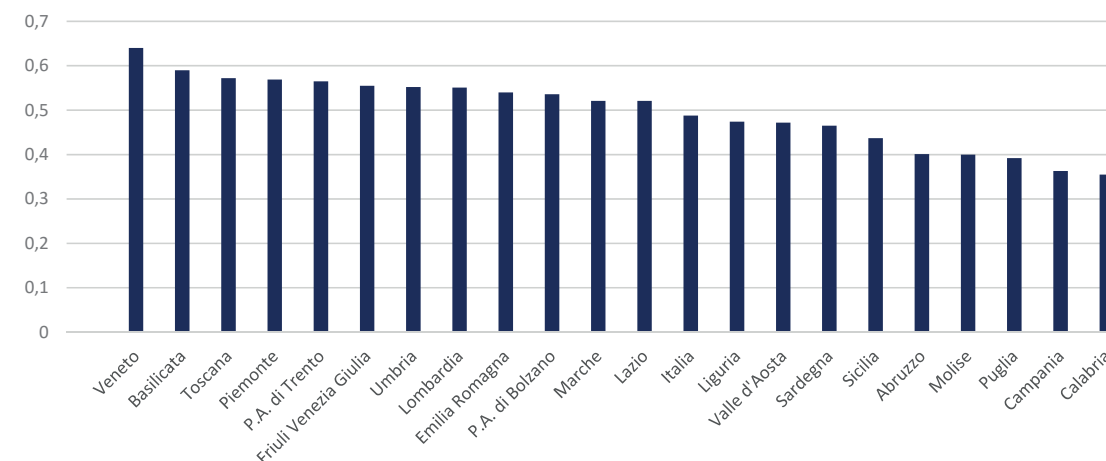
Il SSR friulano perde due posizioni rispetto alla valutazione complessiva, restando comunque nell'area intermedia, quello lucano ne perde cinque raggiungendo la tredicesima posizione ed entrando così nell'area "critica".

Nelle ultime tre posizioni, si registra un cambiamento nella terz'ultima posizione, con il Molise che prende il posto della Calabria, che balza al diciassettesimo posto. Un cambiamento rilevante riguarda la Regione Lazio, che recupera ben sette posizioni, restando sempre nell'area intermedia ma in una posizione prossima all'area dell'eccellenza.

Categoria Industria medicale

Per la Categoria Industria medicale, la misura di *Performance* varia dallo 0,64 del Veneto, allo 0,36 del SSR calabro: l'unico caso in cui si modifica una delle posizioni estreme. Cinque Regioni hanno un valore di *Performance* inferiore a 0,40: Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Calabria.

Figura 4.6
Performance dei SSR - Categoria Industria medicale



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

La Basilicata recupera sei posizioni diventando seconda, mentre la P.A. di Trento abbandona l'area di "eccellenza" entrando in quella intermedia. La Lombardia perde una posizione restando comunque nell'area intermedia.

Riflessioni sui ranking di Performance

Il ranking dei SSR varia, quindi, a seconda della prospettiva adottata, ma in maniera più significativa per le Regioni che occupano le posizioni centrali: Valle d'Aosta, Basilicata, Umbria e Marche. Fra le migliori il Veneto, che conserva la prima posizione in tutte le prospettive, mentre fra le ultime la Campania cede la posizione alla Calabria solo nella prospettiva dell'Industria.

La P.A. di Trento segue in generale il Veneto, anche se perde qualche posizione secondo le prospettive dell'Industria e delle Professioni Sanitarie (che hanno dato più peso agli indicatori di spesa sanitaria che, com'è noto, registrano valori elevati nella Provincia di Trento).

La valutazione sulla Basilicata è notevolmente migliore secondo le prospettive dell'Industria e delle Professioni sanitarie.

Le Marche sono valutate meglio della media dalle Istituzioni, le Professioni sanitarie e gli Utenti.

Tabella 4.1
Variazione ranking Categorie vs ranking generale

SSR\Categoria	Industria medicale	Istituzioni	Management aziendale	Professioni sanitarie	Utenti
P.A di Trento	--	=	=	--	=
Piemonte	=	=	=	+	=
Liguria	=	++	=	=	-
Toscana	=	=	=	+	--
P.A di Bolzano	---	--	=	--	++
Emilia Romagna	+	+	+	++	+
Veneto	=	=	=	=	=
Friuli Venezia Giulia	-	--	=	=	-

	Industria medicale	Istituzioni	Management aziendale	Professioni sanitarie	Utenti
Lombardia	-	+	=	---	=
Umbria	++	--	-	-	+
Marche	=	+	=	++	+
Basilicata	++++	---	=	++	--
Valle d'Aosta	=	=	=	-	+
Lazio	=	++++	=	=	=
Sardegna	+	=	-	++	+
Abruzzo	--	=	=	-	-
Sicilia	+	-	+	=	--
Molise	=	-	=	=	=
Calabria	-	++	=	=	=
Puglia	=	-	=	=	++
Campania	+	=	=	=	=

Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

- | | | | |
|------|-----------------------------|------|--------------------------|
| = | Posizione invariata | - | Perde una posizione |
| + | Recupera una posizione | -- | Perde da 2 a 3 posizioni |
| ++ | Recupera da 2 a 3 posizioni | --- | Perde da 4 a 5 posizioni |
| +++ | Recupera da 4 a 5 posizioni | ---- | Perde più di 6 posizioni |
| ++++ | Recupera più di 6 posizioni | | |

Complessivamente, le “classi di merito” si confermano: alcuni SSR risultano occupare stabilmente posizioni di eccellenza o viceversa critiche, indipendentemente dalla prospettiva adottata; per altri si è detto come la posizione risulti variabile a seconda della prospettiva adottata, rimanendo però più o meno nella stessa “area di merito”.

In sintesi emergono 4 Regioni con *Performance* “eccellenti” (Veneto, P.A. di Trento, Toscana, Piemonte) e nove con *Performance* “critiche” (Liguria, Valle d’Aosta, Abruzzo, Sardegna, Sicilia, Molise, Puglia, Calabria, Campania).

5.0 Contributi alla politica sanitaria

Il progetto “Una misura di *Performance* dei SSR” ha l’ambizione di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie, fornendo una lettura comparativa dei SSR che approfondisce due elementi sostanziali negli esercizi di valutazione della *Performance*: il primo è l’importanza di considerare la multi-dimensionalità degli obiettivi e il secondo è quello della prospettiva adottata.

Per quanto concerne la multi-dimensionalità degli obiettivi, si osserva come le politiche sanitarie siano molteplici e il “rendere conto”, intrinseco nel concetto di *accountability*, richiede trasparenza sul peso relativo attribuito ai diversi obiettivi; sul secondo ricordiamo che il metodo proposto conferma empiricamente come persone / gruppi di interesse (*stakeholder*) diversi abbiano, legittimamente, preferenze diverse in termini di priorità degli obiettivi.

Per rispondere alle esigenze citate, il team di ricerca di C.R.E.A. Sanità - Università di Roma “Tor Vergata” (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) cerca con questo progetto di fornire una valutazione delle *Performance* dei SSR basato sulla elicitazione delle preferenze di diversi gruppi di *stakeholder*.

Il metodo, adattato alle specifiche esigenze di una applicazione finalizzata a misurare la *Performance* dei sistemi sanitari a livello regionale, 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.

Dai risultati di questa quarta edizione del progetto (anno 2016) si conferma come:

- esistono differenze significative di valutazione dipendenti dalle prospettive dei diversi *stakeholder*
- 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
- si aggiunge che emerge come i partecipanti all’esperimento considerino anche i risultati migliori già raggiunti, non ancora ottimali
- il contributo che le varie Dimensioni di analisi danno alla *Performance* sono difforni sebbene progressivamente convergenti nel tempo; e, di nuovo, risultano dipendenti dalle preferenze di cui i diversi *stakeholder* sono portatori

Al di là di alcuni cambiamenti nei *ranking* regionali, legati anche al fatto che sono differenti gli indicatori di *Performance* selezionati di anno in anno dal *Panel*, la variazione nel tempo del contributo delle varie Dimensioni di analisi alla *Performance* ci sembra di poter dire sia coerentemente legata all’evoluzione del contesto istituzionale e politico.

Fenomeno quest’ultimo che non sembra invece influenzare l’andamento della funzione valore dei singoli indicatori, che rimane stabile in quasi tutti gli indicatori (quattro su cinque di quelli confermatasi nelle varie annualità).

In altri termini, questo indica che non varia il “valore” attribuito ai singoli indicatori, ma che è “dinamico” il peso a loro attribuito nella determinazione della *Performance*.

Prendendo in analisi il peso attribuito dalle diverse Categorie di *stakeholder* negli anni, dalla prima edizione del progetto alla presente (quarta), appare interessante osservare come per tutte le Categorie, ad eccezione dell’Industria che ha mantenuto una situazione di neutralità sin dall’inizio, si siano ridotte le differenze di peso attribuite alle diverse dimensioni. Dalla seconda edizione in poi si è riscontrato come la Dimensione Sociale e quella Economico-Finanziaria abbiano ridotto il loro peso, cedendolo progressivamente ad Esiti ed Appropriatezza.

In particolare gli Utenti hanno spostato negli anni la loro attenzione dal Sociale verso gli Esiti: fenomeno probabilmente spiegabile con lo sviluppo dell’*empowerment* dei pazienti.

Per i Professionisti sanitari, Sociale ed Appropriatezza si sono confermate essere le Dimensioni più importanti, a parte la parentesi, probabilmente attribuibile all’introduzione del decreto sulla *Spending Review*, che aveva spostato l’attenzione sulla

dimensione Economico-Finanziaria (edizione del 2014): il peso di quest'ultima si è poi ridotto, probabilmente anche alla luce della riduzione dei disavanzi economico finanziari dei SSR, mantenendosi comunque al di sopra del 22% nelle ultime due edizioni.

Per il *Management* aziendale è aumentata negli anni l'attenzione per il Sociale e gli Esiti, fenomeno, il primo, riferibile alla ormai evidente difficoltà delle famiglie ad accedere a prestazioni sociali spesso a pagamento, che comunque il top *management* di un'Azienda Sanitaria si trova a dover "gestire"; il secondo alla sempre maggior presenza di sistemi di valutazione degli Esiti che a cascata vengono ribaltati sugli obiettivi che gli stessi Direttori sono tenuti a raggiungere.

Le Istituzioni hanno invece spostato negli anni la loro attenzione su Appropriatezza ed Esiti, riducendo quella per il Sociale; il fenomeno probabilmente è spiegabile con l'acquisizione di una crescente consapevolezza da parte delle Istituzioni sulla possibilità che l'intervento su quelle due aree automaticamente "liberi" risorse, riducendo così le problematiche sociali di rinuncia alle cure e gli elevati carichi sulle famiglie in termini di spesa sanitaria privata *Out Of Pocket*.

Gli appartenenti alla categoria Industria invece hanno mantenuto negli anni un atteggiamento abbastanza coerente e neutrale, equi-pesando le quattro dimensioni della *Performance* dei SSR.

Il gap in termini di misura di *Performance* tra il SSR "migliore" ed il "peggiore" si sta riducendo, oscillando da un massimo di 0,63 ad un minimo di 0,33 (da 0,61 a 0,38 nella precedente edizione); malgrado alcune correzioni metodologiche sopra evidenziate, il risultato è probabilmente interpretabile come un lento ma progressivo riavvicinamento complessivo dei sistemi.

Ma il dato di fatto è che stabilmente una quota rilevante delle Regioni rimane nell'area critica, indicando chiaramente che continuano a rendersi necessari sforzi "speciali" per razionalizzare il sistema complessivo.

In conclusione, giunti ormai alla quarta edizione, possiamo affermare come lo strumento implementato consenta una misura coerente e significativa delle *Performance* dei SSR, che tiene conto tanto delle diverse "opinioni" dei diversi *stakeholder* del sistema, quanto dei cambiamenti indotti dalle modificazioni del contesto politico, ovvero delle priorità che lo stesso stabilisce.

Sicuramente il sistema presenta ancora dei limiti legati principalmente alla scelta degli indicatori, o meglio ad alcune carenze delle fonti informative ad oggi disponibili. Durante il *Panel meeting* è emerso che sarebbe opportuno integrare le aree di assistenza oggetto di valutazione attraverso un contestuale aggiornamento

delle fonti informative. Per alcune di tali aree, occorre far presente che, pur essendo disponibili fonti informative, esse non consentono la costruzione di indicatori che soddisfino i criteri riportati nella metodologia, in particolare di confrontabilità. Tra le aree individuate dal *Panel* si citano: Assistenza farmaceutica (appropriatezza prescrittiva), Assistenza primaria (MMG/PLS, Servizio di Emergenza Urgenza Territoriale 118), Prevenzione (anche relativa al settore alimentare), Disabilità, Malattie rare, Cronicità (prevalenza "reale" delle patologie), attività ospedaliera e territoriale erogata agli STP (stranieri temporaneamente presenti) o CSCS (comunitario senza copertura sanitaria).

Nonostante i limiti sopra esposti ed i margini di miglioramento possibili, si conferma che la misura di *Performance* proposta può rappresentare uno strumento finalizzato ad incentivare il miglioramento e la crescita delle Istituzioni sanitarie, nonché ad orientare gli interventi di politica sanitaria.



SCHEDE INDICATORI



INDICE

PROSPETTIVA	ID	INDICATORE
Sociale	1	Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie
	2	Quota famiglie (con persona di riferimento over 65) impoverite a causa di spese socio-sanitarie
	3	Quota famiglie con due o più figli minorenni impoverite a causa di spese socio-sanitarie
	4	Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
	5	Quota di persone che rinuncia a curarsi
	6	Spesa per compartecipazioni alla spesa sanitaria pro-capite
	7	Quota spesa pubblica sanitaria
	8	Quota spesa sanitaria delle famiglie
Economico-finanziaria	1	Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
	2	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	3	Spesa farmaceutica pubblica standardizzata totale pro-capite
	4	Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente
	5	Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria delle famiglie
	6	Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria totale
	7	Spesa per vaccini pro-capite
	8	Spesa per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro pro-capite
Appropriatezza	1	Adesione complessiva screening prevenzione donna (mammogr. 40+ e pap-test 25-34)
	2	Tasso di copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
	3	Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie
	4	Tasso standardizzato di ospedalizzazione in riabilitazione e lungodegenza
	5	Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati
	6	Tasso ricorso al pronto soccorso
	7	Quota di parti con taglio cesareo primario
Esiti	1	Tasso di variazione medio annuo del numero di persone con patologie croniche
	2	Tasso mortalità neonatale
	3	Speranza di vita libera da disabilità (75+)
	4	Tasso di mortalità evitabile

DIMENSIONE SOCIALE

INDICATORE N. 1	
Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie	
Descrizione	L'indicatore esprime le famiglie residenti che a causa delle spese sanitarie <i>out of pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.), si sono impoverite (sono scese al di sotto della soglia di povertà relativa)
Numeratore	Famiglie impoverite per spese sanitarie <i>out of pocket</i>
Denominatore	Famiglie residenti
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su 'Indagine sui consumi delle famiglie' ISTAT
INDICATORE N. 2	
Quota famiglie (con persona di riferimento over 65) impoverite a causa di spese socio-sanitarie	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota di famiglie residenti, la cui persona di riferimento abbia più di 65 anni, che si sono impoverite a causa delle spese sanitarie <i>out of pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.), ovvero che a causa di queste spese sono scese al di sotto della soglia di povertà
Numeratore	Famiglie con persona di riferimento over 65 impoverite per spese sanitarie <i>out of pocket</i>
Denominatore	Famiglie residenti con persona di riferimento over 65
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su 'Indagine sui consumi delle famiglie' ISTAT
INDICATORE N. 3	
Quota famiglie con due o più figli minorenni impoverite a causa di spese socio-sanitarie	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota di famiglie residenti, con due o più figli minorenni, che si sono impoverite a causa delle spese sanitarie <i>out of pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.), ovvero che a causa di queste spese sono scese al di sotto della soglia di povertà
Numeratore	Famiglie con due o più figli minorenni impoverite per spese sanitarie <i>out of pocket</i>
Denominatore	Famiglie residenti con due o più figli minorenni
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su 'Indagine sui consumi delle famiglie' ISTAT

DIMENSIONE SOCIALE

INDICATORE N. 4	
Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici	
Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, la quota di popolazione che rinuncia a spese sanitarie <i>out of pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.) per motivi economici
Numeratore	Numero di persone che rinuncia a spese sanitarie per motivi economici
Denominatore	Popolazione
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su 'Indagine sui consumi delle famiglie' ISTAT
INDICATORE N. 5	
Quota di persone che rinuncia a curarsi	
Descrizione	L'indicatore esprime, in termini percentuali, la quota di popolazione che rinuncia a spese sanitarie <i>out of pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.) per diversi motivi (liste d'attesa, mancanza di offerta, etc.)
Numeratore	Numero di persone che rinuncia a curarsi
Denominatore	Popolazione
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su 'Indagine IT SILC' ISTAT
INDICATORE N. 6	
Spesa per compartecipazioni alla spesa sanitaria pro-capite	
Descrizione	L'indicatore rappresenta quanto ciascun residente ha speso come compartecipazione alla spesa sanitaria pubblica. Nella voce <i>ticket</i> sono ricompresi i <i>ticket</i> sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento e <i>ticket</i> fisso per ricetta), i <i>ticket</i> sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, i <i>ticket</i> sul pronto soccorso e, infine, i <i>ticket</i> su altre prestazioni
Numeratore	Spesa per compartecipazioni alla spesa sanitaria
Denominatore	Popolazione
Unità di misura	€
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati OSMED, Corte dei Conti e ISTAT

DIMENSIONE SOCIALE

INDICATORE N. 7	
Quota spesa pubblica sanitaria	
Descrizione	L'indicatore rappresenta, in termini percentuali, la quota della spesa sanitaria pubblica corrente sulla spesa sanitaria totale
Numeratore	Spesa sanitaria pubblica corrente
Denominatore	Spesa sanitaria totale
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT
INDICATORE N. 8	
Quota spesa sanitaria delle famiglie	
Descrizione	L'indicatore esprime la percentuale della spesa sanitaria delle famiglie rispetto alla spesa totale
Numeratore	Spesa sanitaria delle famiglie
Denominatore	Spesa totale delle famiglie
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su 'Indagine sui consumi delle famiglie' ISTAT

DIMENSIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

INDICATORE N. 1 Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata	
Descrizione	L'indicatore rappresenta la spesa sanitaria pubblica annua per cittadino residente
Numeratore	Spesa sanitaria pubblica
Denominatore	Popolazione standardizzata
Unità di misura	€
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute
INDICATORE N. 2 Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata	
Descrizione	L'indicatore rappresenta la spesa sanitaria annua, pubblica e privata, per cittadino residente
Numeratore	Spesa sanitaria totale
Denominatore	Popolazione standardizzata
Unità di misura	€
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute
INDICATORE N. 3 Spesa farmaceutica pubblica standardizzata totale pro-capite	
Descrizione	L'indicatore esprime la spesa farmaceutica pubblica corrente per singolo cittadino
Numeratore	Spesa farmaceutica pubblica totale
Denominatore	Popolazione standardizzata
Unità di misura	€
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati OSMED e ISTAT
INDICATORE N. 4 Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica corrente	
Descrizione	L'indicatore esprime la percentuale della spesa sanitaria pubblica corrente rispetto al PIL
Numeratore	Spesa sanitaria pubblica corrente
Denominatore	PIL
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

DIMENSIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

INDICATORE N. 5 Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria delle famiglie	
Descrizione	L'indicatore esprime la percentuale della spesa sanitaria delle famiglie rispetto al PIL
Numeratore	Spesa sanitaria delle famiglie
Denominatore	PIL
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT
INDICATORE N. 6 Quota del PIL destinata alla spesa sanitaria totale	
Descrizione	L'indicatore esprime la percentuale della spesa sanitaria totale rispetto al PIL
Numeratore	Spesa sanitaria totale
Denominatore	PIL
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT
INDICATORE N. 7 Spesa per vaccini pro-capite	
Descrizione	L'indicatore rappresenta la spesa pro-capite sostenuta per i vaccini
Numeratore	Spesa per vaccini
Denominatore	Popolazione
Unità di misura	€
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute
INDICATORE N. 8 Spesa per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro pro-capite	
Descrizione	L'indicatore esprime la spesa per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro per abitante
Numeratore	Spesa per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro
Denominatore	Popolazione
Unità di misura	€
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT

DIMENSIONE APPROPRIATEZZA

INDICATORE N. 1	
Adesione complessiva screening prevenzione donna (mammogr. 40+ e pap-test 25-34)	
Descrizione	Rappresenta la quota di donne sottoposte a screening mammografico (> 40 anni) e a pap test (25-34 anni) sul totale della popolazione femminile per quelle fasce di età per l'anno 2013 (somma delle due quote diviso 2)
Numeratore	Numero di donne sottoposte a screening mammografico (> 40 anni) + Numero di donne sottoposte a pap test (25-34 anni)
Denominatore	Popolazione femminile totale per le fasce di età della popolazione target
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT
INDICATORE N. 2	
Tasso di copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	
Descrizione	Rappresenta le coperture vaccinali a 24 mesi, intese come numero di cicli vaccinali per Morbillo, Parotite e Rosolia (1 dose) completati nei bambini nati due anni prima dell'anno di riferimento (2013)
Numeratore	Cicli vaccinali MPR (1 dose) completati nei bambini nati due anni prima dell'anno di riferimento
Denominatore	Bambini nati due anni prima dell'anno di riferimento
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT
INDICATORE N. 3	
Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie	
Descrizione	L'indicatore esprime il numero di ricoveri in acuzie eseguiti in regime ordinario
Numeratore	Ricoveri ordinari in acuzie
Denominatore	Popolazione standardizzata
Unità di misura	x 10.000 ab.
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute (SDO)
INDICATORE N. 4	
Tasso standardizzato di ospedalizzazione in riabilitazione e lungodegenza	
Descrizione	L'indicatore rappresenta il numero dei ricoveri in lungodegenza e riabilitazione rispetto alla popolazione standardizzata per età
Numeratore	Ricoveri in riabilitazione e lungodegenza
Denominatore	Popolazione standardizzata
Unità di misura	x 10.000 ab.
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute (SDO)

DIMENSIONE APPROPRIATEZZA

INDICATORE N. 5	
Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati	
Descrizione	L'indicatore rappresenta la quota di ricoveri associati ai DRG ad alto rischio di inappropriatazza sul totale dei ricoveri
Numeratore	Ricoveri ordinari in acuzie con DRG ad alto rischio di inappropriatazza
Denominatore	Ricoveri ordinari in acuzie
Unità di misura	%
Fonte	Elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute (SDO)
INDICATORE N. 6	
Tasso ricorso al pronto soccorso	
Descrizione	L'indicatore esprime il numero di persone che hanno ricorso al pronto soccorso
Numeratore	Persone che hanno ricorso al pronto soccorso
Denominatore	Popolazione standardizzata
Unità di misura	x 10.000 ab.
Fonte	ISTAT
INDICATORE N. 7	
Quota di parti con taglio cesareo primario	
Descrizione	L'indicatore esprime la quota di parti con taglio cesareo primario sul numero di parti totali
Numeratore	Parti con taglio cesareo
Denominatore	Parti totali
Unità di misura	%
Fonte	ISTAT

NOTE



