

# Una misura di Performance dei SSR



**III° edizione**

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

## Indice

<b>Prefazione</b>	11
<b>1. Introduzione</b>	12
<b>2. Metodologia</b>	14
<b>3. Risultati</b>	16
3.1 I <i>Step</i> : 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 dalla Categoria 'Utenti'	22
Indicatori più votati dalla Categoria 'Professioni sanitarie'	26
Indicatori più votati dalla Categoria 'Industria medica'	30
Indicatori più votati dalla Categoria ' <i>Management</i> aziendale'	34
Indicatori più votati dalla Categoria 'Istituzioni'	38
3.3 Riflessioni sulla scelta degli indicatori	42
3.4 Il <i>step</i> : le funzioni di valore degli indicatori	43
3.5 Riflessioni sulle funzioni di utilità degli indicatori	56
3.6 Il <i>step</i> : la sostituibilità fra indicatori	56
3.7 Il contributo degli indicatori alla <i>Performance</i>	58
3.8 Il contributo delle dimensioni alla <i>Performance</i>	61
3.9 Misure di <i>Performance</i> dei SSR	62
Misura di <i>Performance</i> SSR Categoria 'Utenti'	65
Misura di <i>Performance</i> SSR Categoria 'Professioni sanitarie'	66
Misura di <i>Performance</i> SSR Categoria ' <i>Management</i> aziendale'	67
Misura di <i>Performance</i> SSR Categoria 'Istituzioni'	68
Misura di <i>Performance</i> SSR Categoria 'Industria medica'	69
3.10 Riflessioni sui <i>ranking</i> di <i>Performance</i>	70
<b>4. Confronti con altri sistemi di valutazione</b>	72
<b>5. Contributi alla Politica Sanitaria</b>	75

## Indice delle Figure

<b>Figura 3.1</b> Esito votazione per indicatore Dimensione 'Sociale'	18	<b>Figura 3.21</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale'	
<b>Figura 3.2</b> Esito votazione per indicatore Dimensione 'Economico-finanziaria'	19	Categoria 'Istituzioni'	38
<b>Figura 3.3</b> Esito votazione per indicatore Dimensione 'Appropriatezza'	19	<b>Figura 3.22</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-finanziaria'	
<b>Figura 3.4</b> Esito votazione per indicatore Dimensione 'Esiti'	20	Categoria 'Istituzioni'	39
<b>Figura 3.5</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale' Categoria 'Utenti'	22	<b>Figura 3.23</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti'	
<b>Figura 3.6</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-finanziaria'		Categoria 'Istituzioni'	40
Categoria 'Utenti'	23	<b>Figura 3.24</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza'	
<b>Figura 3.7</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti' Categoria 'Utenti'	24	Categoria 'Istituzioni'	41
<b>Figura 3.8</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza'		<b>Figura 3.25</b> Funzione utilità indicatore Quota famiglie impoverite -	
Categoria 'Utenti'	25	Per Categoria	44
<b>Figura 3.9</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale' Categoria		<b>Figura 3.26</b> Funzione utilità indicatore Quota famiglie soggette a spese	
'Professioni sanitarie'	26	socio-sanitarie catastrofiche - Per Categoria	45
<b>Figura 3.10</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-finanziaria'		<b>Figura 3.27</b> Funzione utilità indicatore Quota di popolazione che rinuncia	
Categoria 'Professioni sanitarie'	27	a spese sanitarie per motivi economici - Per Categoria	46
<b>Figura 3.11</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti'		<b>Figura 3.28</b> Funzione utilità indicatore Spesa sanitaria totale standardizzata	
Categoria 'Professioni sanitarie'	28	pro-capite - Per Categoria	47
<b>Figura 3.12</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza'		<b>Figura 3.29</b> Funzione utilità indicatore Spesa farmaceutica pubblica	
Categoria 'Professioni sanitarie'	29	standardizzata pro-capite - Per Categoria	48
<b>Figura 3.13</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale'		<b>Figura 3.30</b> Funzione utilità indicatore Spesa per partecipazioni	
Categoria 'Industria medicale'	30	pro-capite - Per Categoria	49
<b>Figura 3.14</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-finanziaria'		<b>Figura 3.31</b> Funzione utilità indicatore Adesione agli <i>screening</i> di	
Categoria 'Industria medicale'	31	prevenzione femminili (mammogr. 40+ e <i>pap-test</i> ) - Per Categoria	50
<b>Figura 3.15</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti'		<b>Figura 3.32</b> Funzione di utilità indicatore Tasso di ricovero ordinario in	
Categoria 'Industria medicale'	32	acuzie per patologie croniche - Per Categoria	51
<b>Figura 3.16</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza'		<b>Figura 3.33</b> Funzione utilità indicatore Quota di ricoveri ospedalieri	
Categoria 'Industria medicale'	33	con DRG a rischio di inappropriatezza - Per Categoria	52
<b>Figura 3.17</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale'		<b>Figura 3.34</b> Funzione utilità indicatore Tasso standardizzato di obesità -	
Categoria 'Management aziendale'	34	Per Categoria	53
<b>Figura 3.18</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-finanziaria'		<b>Figura 3.35</b> Funzione utilità indicatore Tasso di mortalità evitabile -	
Categoria 'Management aziendale'	35	Per Categoria	54
<b>Figura 3.19</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti'		<b>Figura 3.36</b> Funzione utilità indicatore Speranza di vita libera da	
Categoria 'Management aziendale'	36	disabilità a 75 anni - Per Categoria	55
<b>Figura 3.20</b> Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza'		<b>Figura 3.37</b> Contributo degli indicatori alla <i>Performance</i> dei SSR -	
Categoria 'Management aziendale'	37	Valore %	58

<b>Figura 3.38</b> Contributo degli indicatori alla <i>Performance</i> dei SSR	
Per Categoria - Valore %	60
<b>Figura 3.39</b> Contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i> dei SSR	
Per Categoria - Valore %	62
<b>Figura 3.40</b> Misura di <i>Performance</i> dei SSR	63
<b>Figura 3.41</b> Misura di <i>Performance</i> dei SSR Categoria 'Utenti'	65
<b>Figura 3.42</b> Misura di <i>Performance</i> dei SSR Categoria 'Professioni sanitarie'	66
<b>Figura 3.43</b> Misura di <i>Performance</i> dei SSR Categoria 'Industria medicale'	67
<b>Figura 3.44</b> Misura di <i>Performance</i> dei SSR Categoria 'Management aziendale'	68
<b>Figura 3.45</b> Misura di <i>Performance</i> dei SSR Categoria 'Istituzioni'	69
<b>Figura 3.46</b> Variazione <i>ranking</i> Categorie vs <i>ranking</i> generale	70
<b>Figura 4.1</b> Misura di <i>Performance</i> dei SSR e risultati 'Griglia LEA'	74

## Credits

D'ANGELA Daniela, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata  
(Project leader)

SPANDONARO Federico, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata  
(Supervisore scientifico)

### HANNO COLLABORATO

CIOPPA Marco, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata  
GIORDANI Cristina, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata  
MANCUSI Rossella Letizia, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata  
PASTORELLI Giorgia, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata  
PIASINI Laura, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata  
PLONER Esmeralda, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata  
POLISTENA Barbara, CREA Sanità - Univ. di Roma Tor Vergata

## Componenti Panel di Esperti

ACETI Tonino, Coordinatore nazionale Tribunale dei Diritti del Malato, Cittadinanzattiva  
ARRU Luigi Benedetto, Assessore Sanità, Regione Sardegna  
BALZANELLI Mario Giosue', Direttore S.E.U. 118 Taranto, Segretario nazionale SIS118  
BARBON GALLUPPI Renza, Past President UNIAMO  
CAPELLI Paolo, 3M Healthcare  
CARRADORI Tiziano, Direttore Generale A.O.U. di Ferrara  
CARTABELLOTTA Nino, Presidente Fondazione GIMBE, Bologna  
CASTOLDI Massimo, Direttore Sanitario Centro Cardiologico Monzino, Milano  
CATTANEO Maria Grazia, Vice Presidente SIFO  
CATTINA Maria Grazia, Direttore Sanitario ASL Lanusei  
CELANO Antonella, Presidente APMAR  
CELESTE Maria Grazia, Direttore farmacia Policlinico Tor Vergata, Roma  
CERBO Marina, Area funzionale Innovazione Sperimentazione e Sviluppo - AGE.NA.S.  
CHILELLI Enzo, Direttore Generale Federsanità ANCI  
CIVERCHIA Leonardo, Daiichi Sankyo Italia  
COBELLO Francesco, Direttore Generale A.O.U di Verona  
COLOMBO Maria Grazia, Direttore Amministrativo A.O. Fondazione Macchi di Varese  
DAL MASO Maurizio, Direttore Sanitario ASL 1 Massa e Carrara  
D'ARPINO Alessandro, Direttore farmacia, A.O. di Perugia  
DE BENEDETTO Fernando, Past President AIMAR  
DE CARLI Luigi, Boehringer Ingelheim Italia  
DE CRISTOFANO Barbara, Biogen Idec  
DE FILIPPIS Giuseppe, Direttore Sanitario ASL di Vercelli  
DE GRASSI Flori, Commissario ASL Roma B  
DEI Simona, Direttore Sanitario ASL 7 di Siena  
DEL FAVERO Angelo Lino, Direttore Generale Istituto Superiore di Sanità  
DELITALA Alberto, Presidente SINcH  
DELLE FRATTE Franca, Vice Presidente ANDOS Roma  
DESIDERI Enrico, Direttore Generale AUSL 8 Toscana  
D'INNOCENZO Marinella, Direttore Generale Direzione Generale per la Salute, Regione Molise  
DOTTI Carla, Direttore Generale A.O. di Legnano

D'URSO Antonio, Direttore Generale Ospedale. S.Camillo Forlanini, Roma  
FARACI Marina, Bayer  
FASSARI Cesare, Direttore Quotidiano Sanità  
FRITTELLI Tiziana, Direttore Generale Policlinico Tor Vergata, Roma  
GADDO Flego, Direttore Sanitario ASL 4 Chiavarese  
GASPARI Achille, Direttore Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Professore ordinario, Università di Roma Tor Vergata  
GEMMI Fabrizio, Direttore Sanitario AO Pisa  
GIOVANNINI Walter, Direttore Generale Assessorato Sanità, Regione Toscana  
GIOVANNITTI Massimo, Eli Lilly  
GORGONI Giovanni, Direttore Generale Sanità Regione Puglia  
GRISILLO Dario, Segretario provinciale FIMMG di Arezzo  
LATTARULO Michele, Direttore farmacia Policlinico di Bari  
LODATO Sergio, Direttore Sanitario Aziendale IRCCS Istituto Tumori di Napoli "G. Pascale"  
LOMBARDOZZI Lorella, Dirigente Direzione Regionale Salute e Integrazione SocioSanitaria, Regione Lazio  
MESSORI Andrea, Vice segretario nazionale SIFACT  
MILILLO Giacomo, Segretario nazionale FIMMG  
MOBILIA Antonio, Direttore Generale ASL MILANO 2  
MONCHIERO Giovanni, Componente XII Commissione Affari Sociali) Camera dei Deputati  
MURGO Roberto, Responsabile dell'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Senologica dell'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo e Presidente A.N.I.S.C  
PANELLA Vincenzo, Direttore Assessorato Sanità, Regione Lazio  
PANFILO Marina, Sanofi Pasteur  
PELAGALLI Maddalena, Vice presidente APMAR  
PERRINI Maria Rosaria, Area funzionale Innovazione Sperimentazione e Sviluppo AGE.NA.S.  
PILERCI Claudio, Dirigente Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria, Regione Veneto  
RANIERI Pietro, Pfizer Italia  
RICCINI Carlo, Responsabile Centro Studi Farmindustria  
ROCCIA Alessandro, Novartis  
RUTIGLIANO Claudia, MSD  
SANGUEDOLCE Antonio, Direttore Sanitario ASL di Lecce  
SCARCELLA Carmelo, Direttore Generale ASL Brescia  
SCHAEEL Thomas, Direttore Generale ASL Bolzano  
SCIBETTA Domenico, Direttore Sanitario ULSS 16, Padova

SERRA Federico, Novonordisk  
SILVESTRI Norberto, Direttore Sanitario Istituto Clinico Humanitas, Rozzano (MI)  
TANESE Angelo, Direttore Generale ASL Roma E  
TURCO Lucia, Direttore Sanitario Azienda USL 3 Pistoia  
TURNO Roberto, Vice Direttore Il Sole 24 Ore Sanità  
VENTURA Maria Ilaria, GSK  
VIORA Ugo, Presidente ANMAR Piemonte  
VITA Antonio, Professore Ordinario Psichiatria, Università degli Studi di Brescia  
ZUCCATELLI Giuseppe, Presidente f.f. AGE.NA.S. e Sub Commissario Sanità Regione Abruzzo.

## RINGRAZIAMENTI

La III 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)



## Prefazione

Il progetto “Una misura di *Performance* dei SSR”, giunto alla sua terza annualità, ha come obiettivo quello di contribuire alla valutazione della *Performance* dei servizi sanitari e, parallelamente, allo sviluppo di metodologie di valutazione innovative; focalizzandosi su due aspetti specifici: la multidimensionalità della *Performance* e la composizione delle diverse prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder* del sistema.

Il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) – dell’Università di Roma Tor Vergata ha proposto e sviluppato un metodo originale basato sulla elicitazione delle Utilità attribuite alle varie dimensioni di *Performance*.

Il Progetto è stato reso possibile grazie al contributo di un qualificato *panel* di Esperti, nonché al contributo incondizionato offerto da un gruppo di aziende del settore medicale.

Per memoria (si vedano i *report* conclusivi delle precedenti edizioni del progetto *Performance*) sin dalla prima annualità (2013), prevalentemente dedicata allo sviluppo e alla implementazione della metodologia, si è confermata la dipendenza della misura di *Performance* dalle prospettive adottate dai diversi *stakeholder*.

Tale evidenza si è poi confermata nella seconda edizione, in cui il metodo è stato nuovamente applicato aumentando i componenti del *panel* e il *set* di indicatori: dalla seconda edizione una particolare attenzione è stata posta alla analisi delle differenze di risultati rispetto a quanto emerso nella prima edizione, anche al fine di valutare la coerenza del metodo e la riproducibilità dei risultati.

In questa terza edizione, oltre ad un ulteriore aumento sia del numero di componenti del *panel*, che ha raggiunto le 73 presenze, sia del numero di indicatori (tra i quali il *panel* ne ha poi selezionati dodici ritenuti maggiormente rappresentativi a fini della misura della *Performance* dei SSR), si è ulteriormente lavorato per migliorare il processo di elicitazione delle preferenze, e anche il relativo *software* utilizzato per la conduzione dell’esperimento.

Osserviamo come, in tutte e tre le edizioni, si sia confermata la effettiva dipendenza del *ranking* dalla prospettiva adottata, oltre che, ovviamente, dal *set* di indicatori scelto, e anche dal “valore” attribuito ai loro livelli; gli esperimenti condotti hanno anche permesso di apprezzare, e in quest’ultima edizione si è nuovamente confermato, come il contributo delle diverse dimensioni alla *Performance* si modifichi nel tempo, in modo peraltro sostanzialmente coerente con l’evoluzione del quadro di politica sanitaria.

Grazie al fatto che in quest'ultima edizione sono stati confermati cinque indicatori già prescelti nella precedente, è stato inoltre possibile analizzare la "stabilità" del "valore" attribuito ai livelli degli indicatori: in effetti questo sembra dipendere dalla categoria di *stakeholder* (ovvero dalla prospettiva), ma che rimanga sostanzialmente stabile nel tempo.

Di seguito si fornisce una descrizione analitica della metodologia, i risultati ottenuti dall'esercizio di elicitazione delle preferenze ed un confronto dei *ranking* ottenuti con gli esiti di altri sistemi di valutazione dei SSR oggi in uso.

## 1. Introduzione

Il progetto "Una misura di *Performance* dei SSR" ha sviluppato una metodologia per misurare la *Performance* (in termini di soddisfazione per i servizi, di esiti clinici, di impatto sociale, economico, etc.) dei SSR, "componendo" la prospettiva di differenti *stakeholder* del sistema sanitario.

La definizione di *Performance* è concetto in qualche modo sfuggente, spesso non approfondito adeguatamente, tanto da rimanere altrettanto spesso implicito nelle metodologie di valutazione adottate.

Sin dall'inizio il progetto si è mosso dalla consapevolezza che la natura della *Performance* in campo sanitario ha natura multi-dimensionale; da questo assunto derivano almeno due conseguenze fra loro strettamente interrelate.

La prima, è quella per cui è certamente necessario identificare e, quindi, esplicitare le diverse Dimensioni che generano la *Performance*, in modo da garantire che esse siano tutte ragionevolmente rappresentate.

In effetti la *Performance* assume il significato di una "media" (composizione) di singole *Performance* (specifiche) di Dimensione: a titolo di esempio, possiamo immaginare che efficienza, efficacia e qualità siano diverse Dimensioni della *Performance* (complessiva) e su ognuna sia possibile una autonoma valutazione; ma la *Performance* (complessiva) dovrà rappresentare la sintesi del grado di *Performance* (specifico) raggiunto in ogni singola Dimensione.

Ogni Dimensione può a sua volta essere rappresentata in modo alternativo, e quindi sintetizzabile con diversi indicatori e questo porta alla seconda conseguenza: ogni Dimensione è generalmente misurata in unità naturali diverse e, quindi, per giungere ad una *Performance* complessiva, è necessario riportare prima tutte 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, la natura pubblica dei SSR italiani va tenuta in conto, condizionando tanto le Dimensioni, quanto la prospettiva dell'analisi.

Ad esempio, l'equità è una Dimensione propria della *Performance* di un servizio pubblico e non necessariamente lo sarebbe 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) si ritiene debba rappresentare le preferenze sociali per le diverse conseguenze prodotte dai SSR.

La logica della proposta, che verrà tecnicamente descritta nel seguito, si fonda quindi sull'idea che gli *stakeholder* del sistema perseguano obiettivi (Dimensioni) plurimi ma comuni, a cui attribuiscono, però, gradi di utilità diversificati in funzione degli interessi di cui sono portatori.

In altri termini, ogni *stakeholder*, in base alle sue preferenze soggettive, sconta un saggio marginale di sostituzione degli obiettivi diverso, tale da poter in qualche modo compensare (in modo non necessariamente "lineare") una peggiore *Performance* su un obiettivo, con una maggiore *Performance* sugli altri (e viceversa).

In pratica stiamo asserendo che, nella nostra visione di *Performance*, non tutti gli obiettivi forniscono in via di principio la stessa utilità sociale, e che gli esiti su uno dei plurimi obiettivi può in via di principio essere, scambiato con maggiori risultati su un altro: un esempio evidente potrebbe essere l'accettazione di una maggiore spesa, in "cambio" di migliori esiti (o il viceversa).

Come già detto nei report conclusivi prodotti nelle precedenti edizioni, l'approccio metodologico non è evidentemente di per sé nuovo, replicando piuttosto il processo decisionale che è alla base della teoria della domanda sviluppata nelle scienze economiche.

Per quanto di nostra conoscenza, è invece originale l'applicazione al settore sanitario, ove la ricerca delle misure di *Performance*, si è finora basata su composizioni i cui "pesi" sono definiti (spesso in modo non del tutto trasparente) a priori: quasi sempre seguendo logiche tecniche, tipiche delle tecnostutture che le hanno proposte.

In tal modo si assume, però, un atteggiamento di assoluto paternalismo, 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 ragionevole nella autovalutazione della propria *Performance* da parte dei

responsabili, ai vari livelli, dell'erogazione dei servizi: ma non può, in una logica di Sussidiarietà, riassumere completamente la quantificazione della *Performance* sociale.

L'idea, evidentemente alternativa, del presente lavoro è invece quella di elicitarle le preferenze soggettive degli *stakeholder*, e da esse stimare una funzione di utilità per i servizi resi dai SSR, capace di produrne un *ranking*, rappresentativo della loro *Performance* sociale.

Come più volte esplicitato anche nei report precedenti, la scelta del metodo è basata su varie considerazioni, in parte anticipate, che elenchiamo di seguito per comodità:

Intanto, qualsiasi metodo di composizione assume implicitamente un sistema di "pesi" attribuiti agli indicatori; il nostro tentativo è quello di evitare che il sistema dei pesi sia arbitrariamente imposto. Nel nostro modello i "pesi" sono, infatti, il frutto di una esplicita elicitazione del sistema di preferenze degli *stakeholder* e, quindi, pur soggettivi, non sono arbitrari.

Un secondo ragionamento riguarda i fondamenti teorici del metodo: nel nostro caso ci appoggiamo sul noto costrutto teorico di *Von Neumann e Morgenstern*, che garantisce un'intrinseca coerenza alle cosiddette utilità elicitate.

In terzo luogo, la natura pubblica del servizio ci sembra imponga logicamente di mettere al centro del sistema di interessi prima di tutti i cittadini e gli altri "utilizzatori" del sistema: quindi incorporare le loro preferenze nel sistema di valutazione riteniamo rappresenti un ingrediente fondamentale per un sistema di valutazione dei SSR sussidiario e *accountable*.

## 2. Metodologia

La metodologia è stata ampiamente descritta nei report conclusivi delle precedenti edizioni: ne riassumiamo qui brevemente gli elementi caratterizzanti.

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, le determinazioni di questi ultimi generano potenziali *Performance* alternative: la finalità è giungere alla determinazione di quella ritenuta "migliore".

Nella teoria delle decisioni, la scelta dell'alternativa migliore avviene determi-

nandone l'ordine di preferenza. Trattandosi di scelte tipicamente multi dimensionali, si pone la questione di comporre valutazioni di *outcome* di natura differente.

A tal fine gli indicatori sono valutati in base alla Utilità da essi prodotta, assegnando ad ognuno la sua funzione di valore, che ne trasforma le determinazioni in Utilità.

La funzione di valore è elicitata a partire dalle preferenze medie a livello di *stakeholder*, come anche le "costanti di scambio" fra diversi livelli nei vari indicatori.

Nel presente lavoro, gli obiettivi da perseguire sono stati rappresentati con 4 Dimensioni: l'impatto Sociale, quello Economico-finanziario, gli Esiti di salute prodotti e l'Appropriatezza nella erogazione.

La metodologia è stata applicata costituendo prima un *panel* di esperti, scelti in funzione delle loro competenze e della loro appartenenza a diverse categorie di *stakeholder*:

- 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
- *Management* aziendale rappresentato da Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi
- Istituzioni, intese quali assessorati regionali, agenzia nazionali e politici
- Industria medica.

Nel mese di Aprile 2015 i 73 componenti del *Panel* sono stati chiamati a selezionare, avvalendosi di un applicativo *web-based*, un numero massimo di trenta indicatori (massimo 5 per ogni Dimensione) a partire da un set preselezionato dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità di 157 indicatori prescelti per le loro caratteristiche di standardizzabilità e rilevanza.

Successivamente, il 26 Giugno 2015, 45 membri del panel si sono riuniti, per votare in primo luogo quali fossero i 20 indicatori ritenuti maggiormente rappresentativi della *Performance* dei SSR, fra quelli del set preselezionato.

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

Dell'applicativo di supporto è stata realizzata una nuova versione per questa terza edizione, finalizzata a facilitare la comprensione e l'utilizzo dello stesso da parte dei diversi componenti del *Panel*.

Ogni membro del *Panel* ha effettuato le valutazioni singolarmente su un



computer; tutte le elicitazioni sono poi state elaborate e ulteriormente processate in un applicativo (Logical Decision®) che, implementando varie funzioni di utilità multi-attributo, permette di produrre una misura unica di *Performance*.

Da ultimo ribadiamo che la scelta di utilizzare esperti riteniamo sia giustificabile non solo per ragioni di implementabilità del metodo (la complessità dei metodi di elicitazione non permette applicazioni massive su popolazioni ampie o relativi campioni rappresentativi), sia per la natura complessa del settore sanitario, che notoriamente implica rilevanti asimmetrie informative. Ricorrere a “soggetti qualificati”, ma portatori di visioni diverse del sistema, comprese quelle proprie degli utenti è sembrato, quindi, un ragionevole compromesso.

## 3. Risultati

### 3.1 I Step: scelta degli indicatori di *Performance* per Dimensione

Nel primo *step*, come anticipato, i partecipanti sono stati chiamati a scegliere, da un *set* di indicatori proposti, frutto della fase di preselezione, i tre indicatori per loro maggiormente rappresentativi di ogni singola Dimensione.

I componenti del *Panel*, mediante un sistema di televoto, hanno quindi espresso tre preferenze per ogni Dimensione di *Performance*.

Il *Panel* ha optato per un numero limitato di indicatori per ogni dimensione (tre) per non appesantire il processo e rendere meno intellegibile il sistema di preferenze espresso.

Prima di esporre i risultati, ricordiamo che dai 157 indicatori iniziali, il *Panel* ne ha inizialmente preselezionati 20 e durante il *panel meeting* sono poi stati individuati i 12 utilizzati negli *step* successivi.

Si fa presente che il *set* di 157 indicatori iniziale è stato scelto dal gruppo di ricerca del C.R.E.A. Sanità, in base a vari criteri quali disponibilità a livello regionale, replicabilità, specificità (rispetto ai fini del progetto), standardizzabilità e robustezza.

Una nota va spesa sulla standardizzabilità, che è stata ritenuta elemento sostanziale, onde evitare che effetti di variabilità spuria (a titolo di esempio, attribuibili a differenti condizioni di bisogno delle popolazioni) possa distorcere la misura di *Performance* espressa dall'indicatore: per questo motivo sono stati esclusi molti

indicatori pur di frequente utilizzo, ritenuti dal *team* di ricerca non omogeneamente confrontabili a livello regionale.

Il *set* di indicatori proposti nel *Panel meeting* sono riportati nella Tabella 1 che segue. In appendice sono riportate le schede sintetiche descrittive dei singoli indicatori.

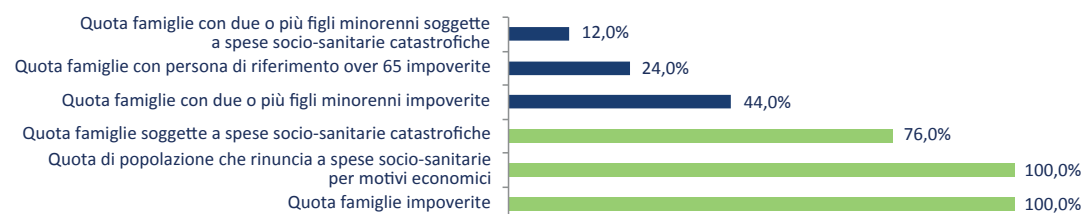
**Tabella 1. Indicatori di *Performance***

DIMENSIONE	INDICATORE
Sociale (Equità)	Quota famiglie impoverite
	Quota famiglie con persona di riferimento over 65 impoverite
	Quota famiglie con due o più figli minorenni impoverite
	Quota famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche
	Quota famiglie con due o più figli minorenni soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche
	Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici
Economico finanziaria	Spesa sanitaria pubblica standardizzata pro-capite
	Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite
	Spesa sanitaria pubblica per unità di personale dipendente
	Spesa farmaceutica pubblica standardizzata pro-capite
	Spesa per partecipazioni pro-capite
Appropriatezza	Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriately
	Adesione agli screening di prevenzione femminili (mammogr. e pap-test)
	Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche
	Quota anziani in ADI
Esiti	Tasso standardizzato di obesità
	Prevalenza disabilità
	Tasso di mortalità evitabile
	Speranza di vita libera di disabilità a 75 anni

## 3.2 Esiti delle votazioni

Di seguito si analizzano gli esiti delle “votazioni” suddivisi per singola dimensione.

**Figura 3.1**  
Esito votazione per indicatore  
Dimensione ‘Sociale’

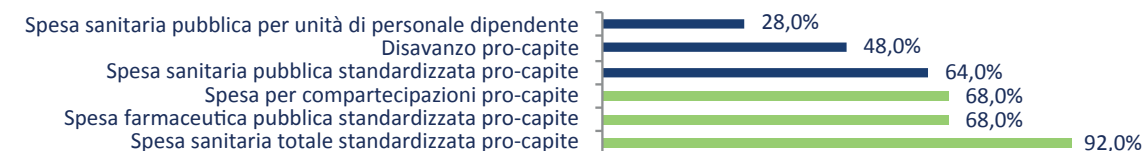


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

### Indicatori più votati Dimensione ‘Sociale’

Prendendo in analisi la Dimensione Sociale, si nota come i tre indicatori più votati sono risultati: Quota famiglie impoverite, Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici e Quota famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche; vale la pena di sottolineare che i primi due sono stati scelti come maggiormente rappresentativi da tutti i votanti, ed il terzo dal 76,0% di questi ultimi.

**Figura 3.2**  
Esito votazione per indicatore  
Dimensione ‘Economico-finanziaria’

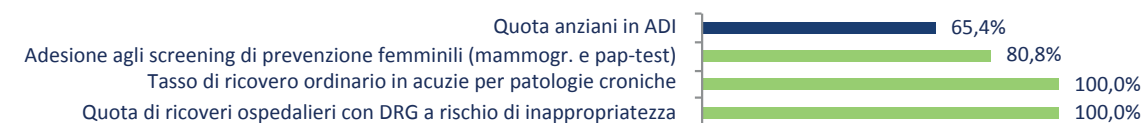


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

### Indicatori più votati Dimensione ‘Economico-finanziaria’

Per quanto riguarda la Dimensione Economico-finanziaria i tre indicatori più votati sono risultati: Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite, scelto dal 92,0% dei votanti, Spesa farmaceutica pubblica standardizzata pro-capite e Spesa per compartecipazioni pro-capite, questi ultimi selezionati dal 68,0% dei votanti.

**Figura 3.3**  
Esito votazione per indicatore  
Dimensione ‘Appropriatezza’



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

### Indicatori più votati Dimensione ‘Appropriatezza’

Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriatelyzza, Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche e Adesione agli screening femminili (mammografia 40+ e pap-test 25-34), sono stati gli indicatori più votati per la Dimensione Appropriatelyzza, essendo stati scelti rispettivamente dal 100,0% i primi e dall’80,8% dei votanti l’ultimo.

**Figura 3.4**  
**Esito votazione per indicatore**  
**Dimensione 'Esiti'**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

### Indicatori più votati Dimensione 'Esiti'

Nella Dimensione Esiti i tre indicatori più votati sono invece risultati: Tasso di mortalità evitabile votato da tutti, Speranza di vita libera di disabilità a 75 anni, votato dal 93,3%, e Tasso standardizzato di obesità scelto invece dal 74,1% dei votanti.

### Votazione indicatori: sintesi

In sintesi, i dodici indicatori più votati, utilizzati per le successive elaborazioni sono riportati nella tabella che segue:

**Tabella 2. Indicatori di Performance**

DIMENSIONE	INDICATORE
Sociale (Equità)	Quota famiglie impoverite
	Quota famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche
	Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici
Economico finanziaria	Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite
	Spesa farmaceutica pubblica standardizzata pro-capite
	Spesa per compartecipazioni pro-capite
Esiti	Tasso standardizzato di obesità
	Tasso di mortalità evitabile
	Speranza di vita libera di disabilità a 75 anni
Appropriatezza	Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriatelyzza
	Adesione agli screening di prevenzione femminili (mammogr. e pap-test)
	Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto del panel

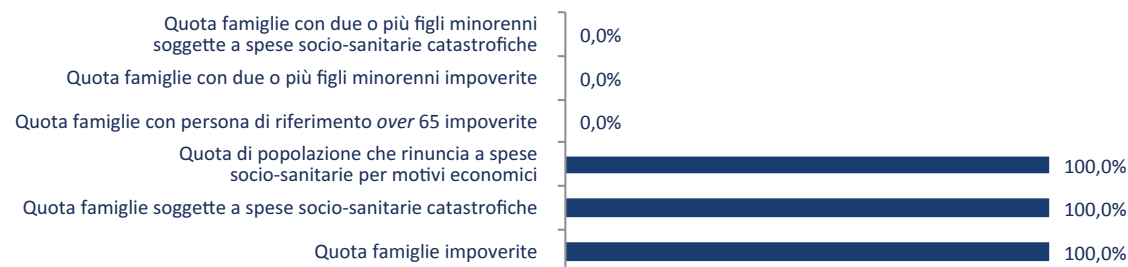
Si noti che in questa edizione sono stati confermati fra gli indicatori di Performance, cinque indicatori già adottati nell'edizione precedente. In particolare:

- Dimensione Sociale
  - Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici
- Dimensione Economico-Finanziaria
  - Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite
  - Spesa per compartecipazioni pro-capite

- Dimensione 'Adeguatezza'
  - Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriatazza
  - Adesione agli *screening* di prevenzione femminili (mammogr. e pap-test)

Si conferma che le preferenze sugli indicatori dipendono dalla appartenenza alle diverse categorie di *stakeholder*. Quanto affermato è apprezzabile dalla lettura dei risultati per singola Categoria.

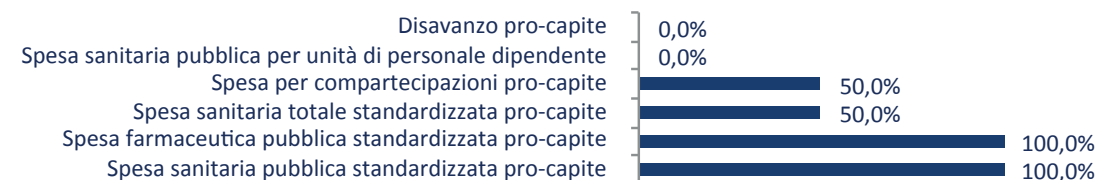
**Figura 3.5**  
Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale'  
Categoria 'Utenti'



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Sociale tutti i membri del *Panel* appartenenti alla categoria Utenti hanno votato Quota famiglie impoverite, Quota famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche e Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici. Nessun componente ha espresso preferenze per gli altri tre indicatori.

**Figura 3.6**  
Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-finanziaria'  
Categoria 'Utenti'



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Nella Dimensione Economico finanziaria, tutti gli Utenti sono stati concordi nel votare gli indicatori Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite e Spesa farmaceutica pubblica standardizzata pro-capite; Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite e Spesa per compartecipazioni pro-capite sono stati votati dal 50% dei rappresentanti della Categoria. Nessuna preferenza è stata espressa per Disavanzo pro-capite e Spesa sanitaria pubblica per unità di personale.

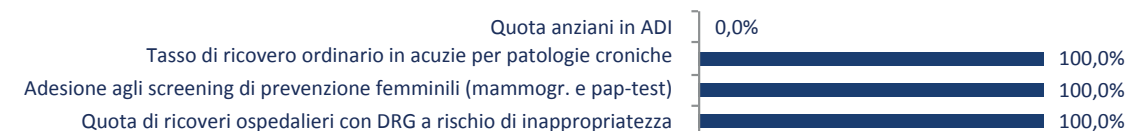
**Figura 3.7**  
Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti'  
Categoria 'Utenti'



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Esiti sono stati del tutto condivisi gli indicatori Prevalenza disabilità e Tasso di mortalità evitabile; gli indicatori Tasso standardizzato di obesità e Speranza di vita libera da disabilità sono stati scelti dalla metà dei votanti della Categoria.

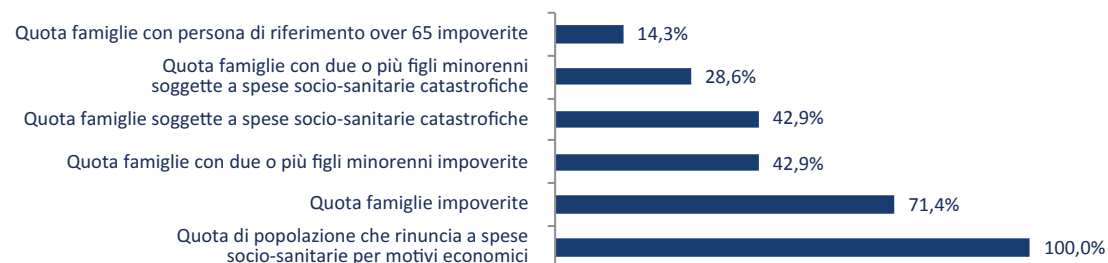
**Figura 3.8**  
Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza'  
Categoria 'Utenti'



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Appropriatezza gli indicatori Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriatezza, Adesione agli *screening* di prevenzione femminili (mammografia e pap-test) e Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche sono stati votati da tutti i rappresentanti della Categoria; nessuna preferenza è stata invece espressa per l'indicatore Quota di anziani in ADI.

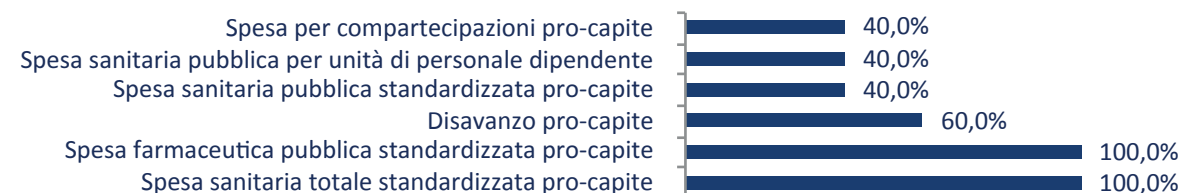
**Figura 3.9**  
**Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale'**  
**Categoria 'Professioni sanitarie'**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Sociale i tre indicatori più votati sono risultati essere: Quota di popolazione che rinuncia a spese socio sanitarie per motivi economici (tutti i votanti), Quota famiglie impoverite (71,4%), Quota famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche (42,9%). Il meno votato è risultato essere l'indicatore Quota famiglie con persona di riferimento over 65 impoverita (14,3% dei votanti).

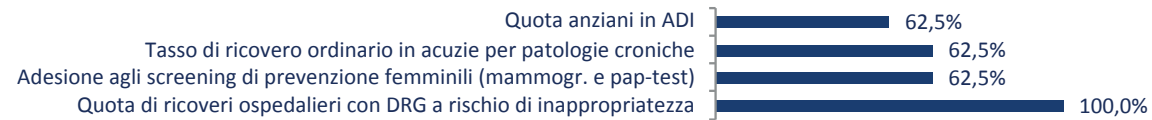
**Figura 3.10**  
**Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-finanziaria'**  
**Categoria 'Professioni sanitarie'**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Economico finanziaria gli indicatori più condivisi sono stati Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite e Spesa farmaceutica pubblica standardizzata pro-capite (tutti i votanti), seguiti dal Disavanzo pro-capite (60,0% dei votanti).

**Figura 3.11**  
**Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza'**  
**Categoria 'Professioni sanitarie'**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Appropriatezza l'indicatore Quota ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriatelyzza è stato votato da tutti; il 62,5% dei votanti ha poi votato gli indicatori Adesione agli *screening* di prevenzione femminili (mammografia e pap-test), Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche e Quota di anziani in ADI.

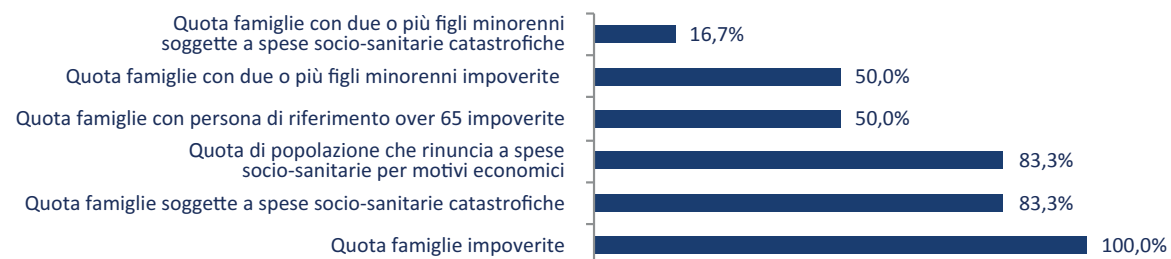
**Figura 3.12**  
**Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti'**  
**Categoria 'Professioni sanitarie'**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Esiti i tre indicatori più votati dai professionisti sanitari sono stati Speranza di vita libera di disabilità a 75 anni (votato da tutti i rappresentanti della Categoria), Prevalenza disabilità e Tasso di mortalità evitabile, votati dal 62,5% dei votanti. L'indicatore Tasso standardizzato di obesità è stato votato dal 50,0% dei votanti.

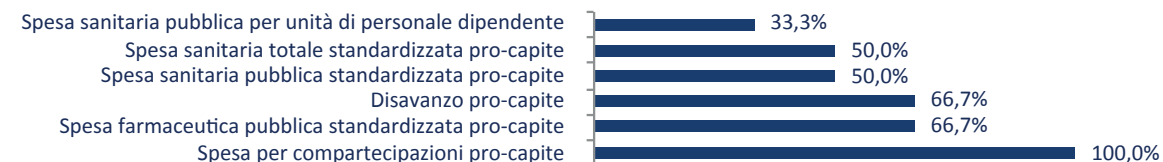
**Figura 3.13**  
**Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale'**  
**Categoria 'Industria medicale'**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Sociale l'indicatore Quota famiglie impoverite è stato il più votato (tutti i votanti), seguito da Quota famiglie soggette spese socio-sanitarie catastrofiche e Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici, votati dall'83,3% dei votanti; poco importante è stato invece ritenuto l'indicatore Quota di famiglie con due o più figli minorenni soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche.

**Figura 3.14**  
**Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-finanziaria'**  
**Categoria 'Industria medicale'**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Secondo i rappresentanti dell'Industria medicale, per la Dimensione Economico finanziaria l'indicatore Spesa per compartecipazioni pro-capite è il più importante (votato da tutti), seguito da Spesa farmaceutica pubblica standardizzata pro-capite e Disavanzo pro-capite, votati dal 66,7% dei rappresentanti della Categoria. Spesa sanitaria pubblica standardizzata pro-capite e Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite sono stati votati dal 50,0% dei votanti. Solo il 33,3% di questi ultimi ha invece votato l'indicatore Spesa pubblica per unità di personale.



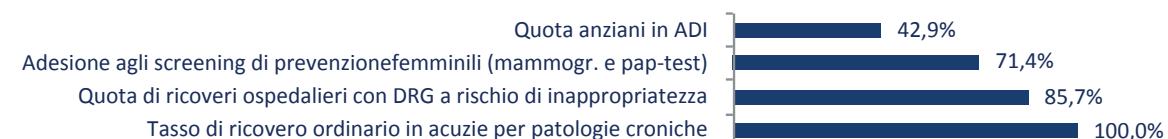
**Figura 3.15**  
**Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti'**  
**Categoria 'Industria medicale'**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Esiti gli indicatori Tasso standardizzato di obesità e Tasso di mortalità evitabile sono scelti in modo condiviso da tutti i rappresentanti dell'Industria medicale; l'83,3% di questi ha votato anche l'indicatore Prevalenza disabilità; una minore preferenza è stata invece espressa per l'indicatore Speranza di vita libera da disabilità.

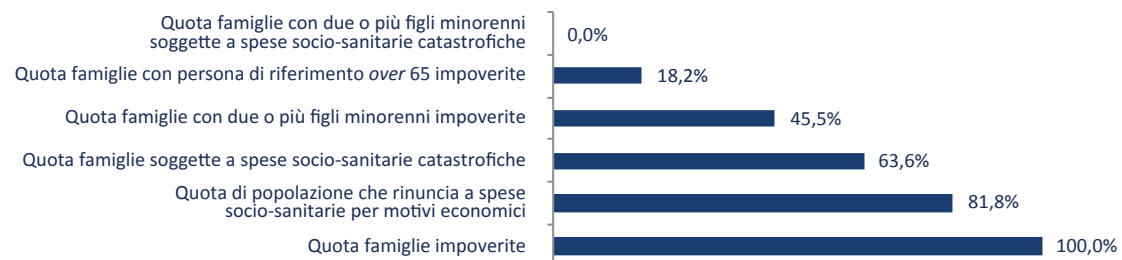
**Figura 3.16**  
**Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza'**  
**Categoria 'Industria medicale'**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Appropriatezza l'indicatore Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche è stato considerato importante da tutti i votanti della Categoria; l'indicatore Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriatezza dall'85,7% di questi; l'indicatore Adesione agli *screening* di prevenzione femminili (mammografia e pap-test) dal 71,4%. Il meno votato (42,9% dei votanti) è risultato essere l'indicatore Quota di anziani in ADI.

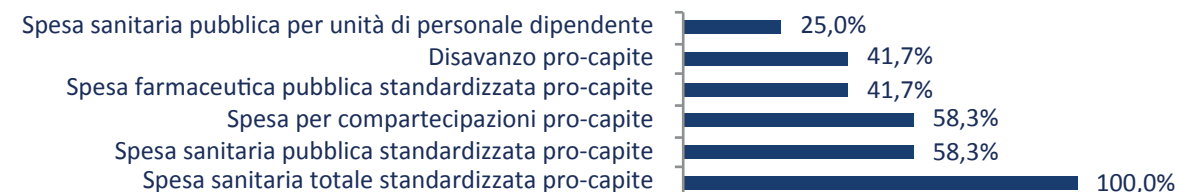
**Figura 3.17**  
**Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale'**  
**Categoria 'Management aziendale'**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Sociale l'indicatore Quota famiglie impoverite è stato ritenuto importante da tutti i votanti; Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici dall'81,8% dei votanti; Quota famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche dal 63,6%. Nessuna preferenza è stata invece espressa per l'indicatore Quota famiglie con due o più figli minorenni soggetti a spese socio-sanitarie catastrofiche.

**Figura 3.18**  
**Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-finanziaria'**  
**Categoria 'Management aziendale'**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Economico finanziaria l'indicatore Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite è stato ritenuto rilevante da tutti i votanti; il 58,3% di questi ha espresso la preferenza per gli indicatori Spesa sanitaria pubblica standardizzata pro-capite e Spesa per compartecipazioni pro-capite; il 41,7% per Disavanzo pro-capite e Spesa farmaceutica pubblica standardizzata pro-capite. Solo il 25,0% ha votato per l'indicatore Spesa farmaceutica pubblica per unità di personale.

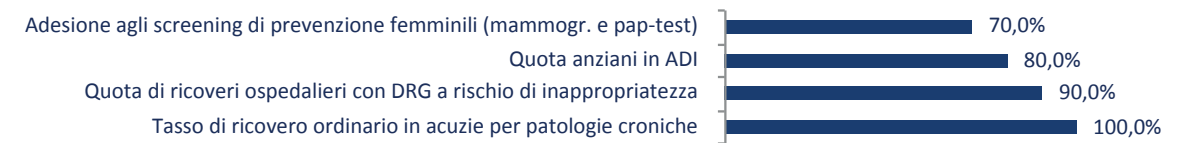
**Figura 3.19**  
Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti'  
Categoria 'Management aziendale'



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Esiti tutti i rappresentanti del *Management* aziendale sono stati concordi nel votare gli indicatori Tasso di mortalità evitabile e Speranza di vita libera di disabilità a 75 anni; il 66,7% di questi ha poi espresso la preferenza per l'indicatore Tasso standardizzato di obesità; e solo il 50,0% per Prevalenza disabilità.

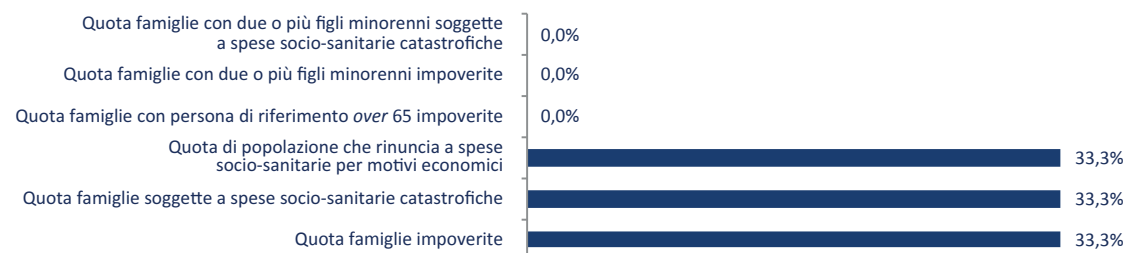
**Figura 3.20**  
Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza'  
Categoria 'Management aziendale'



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Appropriatezza i tre indicatori più votati dal *Management* aziendale sono stati Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche (tutti i votanti), Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriatezza (90,0% dei votanti) e Quota anziani in ADI (80% dei votanti).

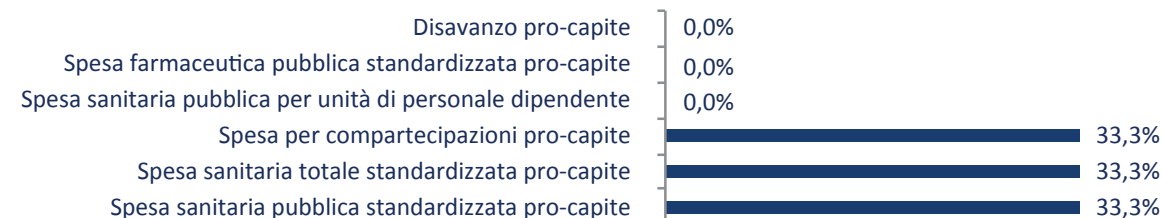
**Figura 3.21**  
**Esito votazione indicatori Dimensione 'Sociale'**  
**Categoria 'Istituzioni'**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per le Istituzioni i tre indicatori più votati per la dimensione Sociale sono risultati essere Quota famiglie impoverite, Quota famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche e Quota % di persone che rinunciano a sostenere spese sanitarie per motivi economici.

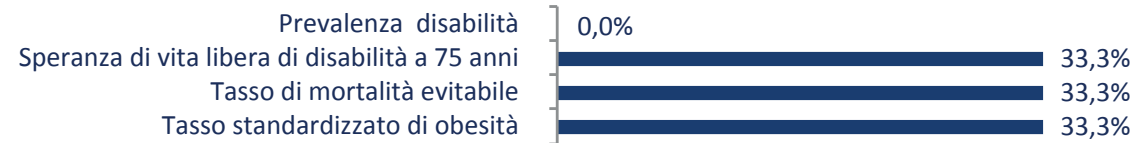
**Figura 3.22**  
**Esito votazione indicatori Dimensione 'Economico-finanziaria'**  
**Categoria 'Istituzioni'**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Economico finanziaria gli indicatori che si aggiudicano i primi tre posti, peraltro con solo il 33,3% dei voti risultano essere: Spesa sanitaria pubblica standardizzata pro-capite, Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite e Spesa per compartecipazioni pro-capite. Alcune preferenze è stata espressa per gli indicatori Disavanzo pro-capite, Spesa farmaceutica pubblica pro-capite e Spesa pubblica per unità di personale.

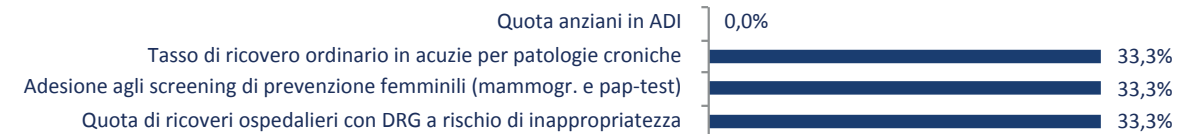
**Figura 3.23**  
**Esito votazione indicatori Dimensione 'Esiti'**  
**Categoria 'Istituzioni'**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Esiti gli indicatori Tasso standardizzato di obesità, Tasso di mortalità evitabile e Speranza di vita libera di disabilità a 75 anni si sono aggiudicati i primi tre posti essendo stati quelli con la maggior preferenza di voti espressi (33,3%). alcuna preferenza è stata invece espressa per l'indicatore Prevalenza disabilità.

**Figura 3.24**  
**Esito votazione indicatori Dimensione 'Appropriatezza'**  
**Categoria 'Istituzioni'**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su risultati televoto

Per la Dimensione Appropriatezza gli indicatori Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriatezza, Adesione agli *screening* di prevenzione femminili (mammografia e pap-test) e Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche sono stati i più votati (33,3% dei votanti). Nessun rappresentante della Categoria ha invece ritenuto importante l'indicatore Quota anziani in ADI.

### 3.3 Riflessioni sulla scelta degli indicatori

I tre indicatori prescelti per la Dimensione Sociale (Quota famiglie impoverite, Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici e Quota famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche) sono quelli più votati da tutte e cinque le Categorie: possiamo quindi pensare che ben rappresentino la dimensione e sono una scelta del tutto condivisa.

Fra i tre più votati per la Dimensione Economico finanziaria (Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite, Spesa farmaceutica pubblica standardizzata pro-capite e Spesa per compartecipazioni pro-capite), il primo è risultato essere tra i primi tre più votati in tutte le Categorie; il secondo da tutte ad eccezione di Istituzioni e *Management* aziendale, le quali avrebbero preferito Spesa sanitaria pubblica pro capite standardizzata, il terzo da tutte ad eccezione delle Professioni sanitarie, che invece ha votato Disavanzo pro-capite. Evidentemente le Istituzioni ed il *Management* delle Aziende sanitarie ritengono più importante il fenomeno di tutta la spesa sanitaria pubblica piuttosto che della singola voce di spesa; così come il professionista sanitario tende a dare più attenzione all'aspetto del disavanzo economico-finanziario che non alla compartecipazione delle spese perché evidentemente il primo implica l'adozione di misure di riduzione della spesa sulle strutture sanitarie che impattano direttamente sulla sua attività.

Per la Dimensione Appropriatezza i tre indicatori prescelti (Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriatezza, Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche e Adesione agli screening di prevenzione femminili), sono stati gli indicatori più votati da tutte le Categorie ad eccezione del *Management* aziendale: quest'ultima Categoria ha preferito l'indicatore Quota di anziani in ADI a quello di prevenzione.

L'indicatore Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche è stato selezionato da tutti i rappresentanti di Industria medicale, *Management* aziendale e Utenti. L'indicatore Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriatezza invece da tutti gli Utenti e le Professioni sanitarie, dal quasi tutto il *Management* aziendale (90%), dall'85,7% dei votanti dell'Industria medicale dal 33,3% di quelli delle Istituzioni.

Per la Dimensione Esiti, Tasso di mortalità evitabile, Speranza di vita libera di disabilità a 75 anni e Tasso standardizzato di obesità sono risultati i tre indicatori più votati, sebbene le Professioni sanitarie, Industria medicale e Utenti hanno dato maggior peso all'indicatore Prevalenza di disabilità al posto di Speranza di vita libera di disabilità a 75 anni.

### 3.4 Il Step: le funzioni di valore degli indicatori

Nel secondo *step*, avvalendosi di un *software* appositamente sviluppato, è stato chiesto ai partecipanti di esprimere le proprie valutazioni sul valore delle determinazioni degli indicatori; in altri termini, per ognuno degli indicatori scelti, i partecipanti hanno dovuto indicare, in una scala 0-1, l'utilità attribuita ai valori che l'indicatore può assumere.

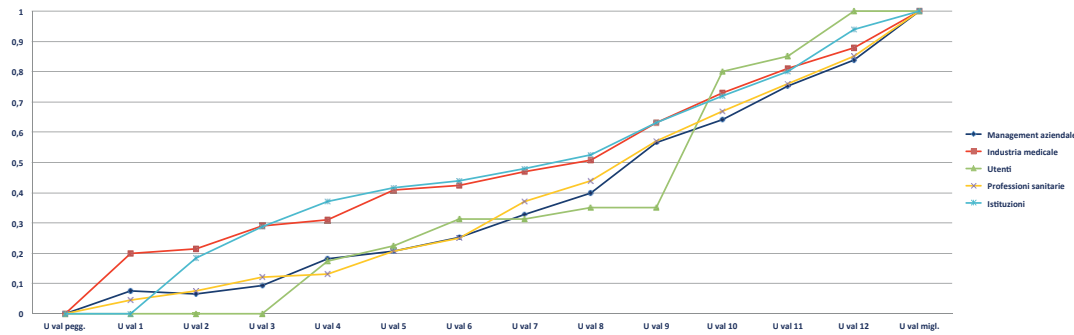
Ai singoli componenti del *Panel* è stato chiesto di indicare con un numero compreso fra 0 (utilità attribuita al peggiore risultato possibile) e 1 (o 100%, utilità attribuita al migliore risultato possibile), a dieci valori intermedi dell'indicatore; il dato è stato poi interpolato e aggregato per Categoria di appartenenza.

In questa edizione per gli indicatori confermati rispetto alla precedente edizione, si è verificato se l'utilità marginale rimane stabile o subisce delle modifiche nel tempo.

La funzione di valore ottenuta per il primo indicatore, ovvero Quota famiglie impoverite (Dimensione sociale), presenta un andamento abbastanza lineare per tutte le Categorie.

L'utilità cresce quindi proporzionalmente al miglioramento dell'indicatore (i valori a destra sono migliori e quindi relativi ad una minore quota di impoverimenti). Per gli Utenti la funzione di valore assume un andamento crescente con una utilità marginale crescente per valori migliori ai due terzi della distribuzione.

**Figura 3.25**  
**Funzione utilità indicatore**  
**Quota famiglie impoverite - Per Categoria**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

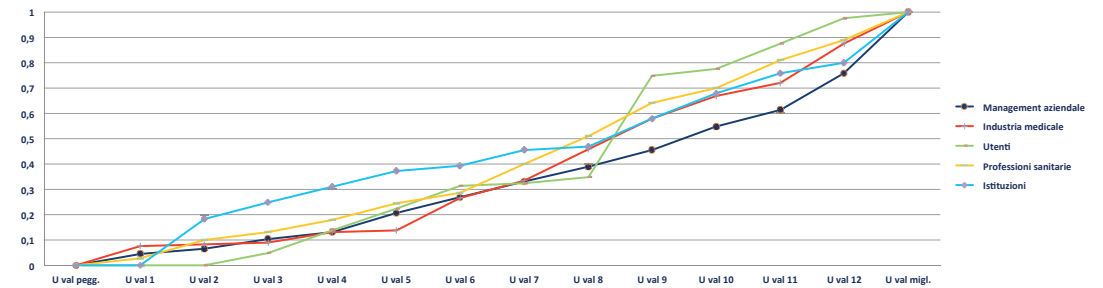
Prendendo in analisi l'indicatore Quota famiglie impoverite si osserva come i valori intorno alla mediana della distribuzione, per Industria medicale ed Istituzioni sono considerati quasi equivalenti, ovvero l'utilità marginale ottenibile con miglioramenti dell'indicatore oltre il livello predetto sono ritenuti poco significativi.

Valori inferiori a quelli riscontrati nel primo quarto della distribuzione sono inoltre considerati "ugualmente" inaccettabili, con una "utilità" in media molto bassa e pari a 0,2; per gli Utenti questi valori sono invece assolutamente inaccettabili.

Per quasi tutte le categorie la funzione di valore è praticamente lineare.

Per Istituzioni ed Utenti questa assume un andamento crescente a utilità marginale crescente, per valori migliori alla metà della distribuzione.

**Figura 3.26**  
**Funzione utilità indicatore Quota famiglie soggette**  
**a spese socio-sanitarie catastrofiche - Per Categoria**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

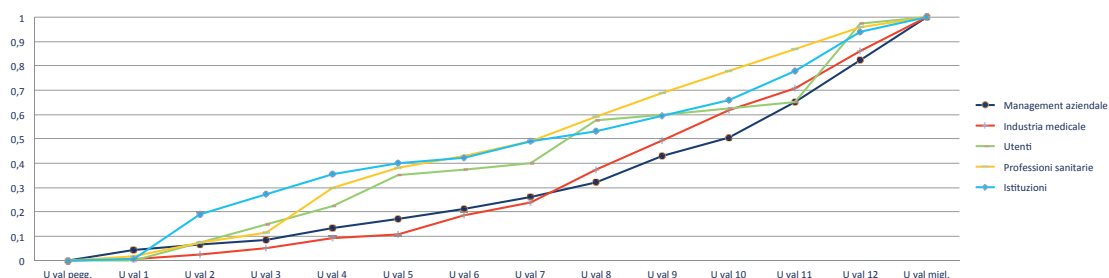
Per tutte le Categorie, ad eccezione delle Istituzioni, i valori nella prima metà della distribuzione (alti tassi di spese catastrofiche), sono associati a utilità quasi costante e molto bassa.

In analogia al precedente indicatore, valori del primo terzo della distribuzione sono considerati sostanzialmente "inaccettabili" da parte di tutte le Categorie (l'utilità, decisamente bassa, si ferma a circa lo 0,1, tranne che per le Istituzioni dove arriva allo 0,3).

La funzione di valore ottenuta per l'indicatore Quota di popolazione che rinuncia a spese sanitarie per motivi economici (Dimensione sociale) è praticamente lineare per le Categorie Professioni sanitarie, Istituzioni e Utenti, mentre per *Management aziendale* e *Industria Medica* tende ad assumere un andamento crescente a utilità marginale crescente.

Complessivamente, quanto osservato per i tre indicatori della Dimensione Sociale fa pensare che valori alti dell'indicatore (presenti della prima metà della distribuzione) sono poco accettabili da tutte le Categorie tranne le Istituzioni; miglioramenti di valore nella seconda metà della distribuzione portano invece un notevole incremento di utilità.

**Figura 3.27**  
**Funzione utilità indicatore Quota di popolazione che rinuncia a spese sanitarie per motivi economici - Per Categoria**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

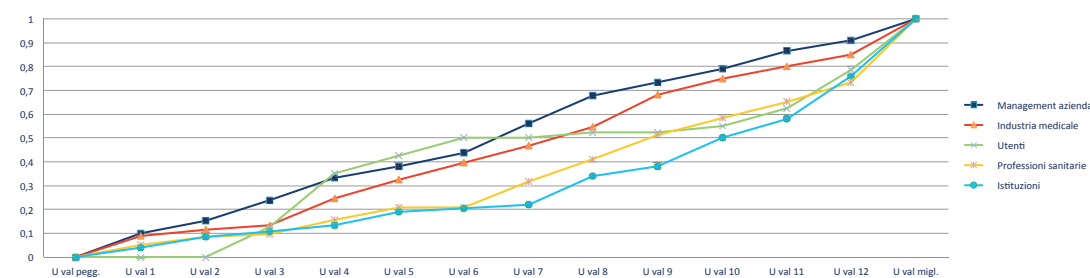
Passando alla Dimensione Economico finanziaria la funzione di utilità relativa all'indicatore Spesa sanitaria totale standardizzata pro capite presenta comportamenti differenti per le diverse Categorie.

Per *Management* aziendale e Professioni sanitarie la funzione di valore è praticamente lineare.

Per gli Utenti questa assume un andamento crescente a tassi decrescenti, andamento che è stato riscontrato per quest'indicatore nella precedente edizione per tutte le Categorie.

Per Istituzioni e Professioni sanitarie tende invece ad assumere un andamento crescente a tassi crescenti.

**Figura 3.28**  
**Funzione utilità indicatore Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite - Per Categoria**

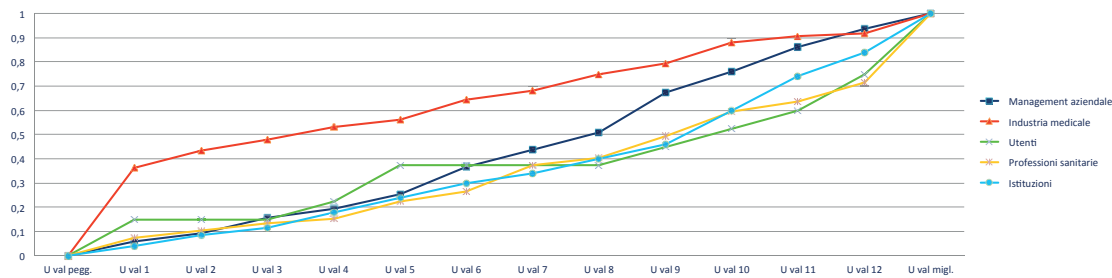


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

La funzione di valore dell'indicatore Spesa farmaceutica pubblica standardizzata pro-capite per Istituzioni, Professioni sanitarie ed Utenti tende ad assumere un andamento crescente a tassi di utilità crescenti; pressoché lineare è invece quello attribuito dal *Management* aziendale e dall'Industria medicale. E da sottolineare che gli appartenenti a quest'ultima categoria ritengono che anche i valori della spesa farmaceutica più elevati sono comunque "socialmente accettabili", con una utilità media per i valori della prima metà della distribuzione pari a quasi 0,6, a fronte del circa 0,3 di tutte le altre Categorie.



**Figura 3.29**  
**Funzione utilità indicatore Spesa farmaceutica pubblica standardizzata pro-capite - Per Categoria**



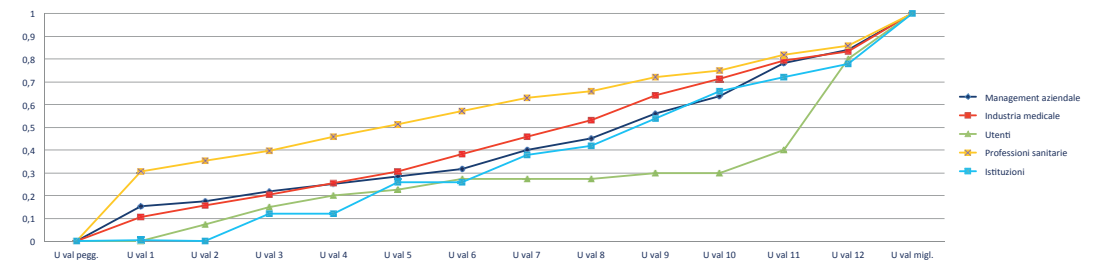
Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

Il terzo indicatore della Dimensione economica, ovvero la Spesa per compartecipazioni pro capite, presenta una funzione di valore ad andamento sostanzialmente lineare. Risultato che conferma quanto riscontrato nella precedente edizione.

Per gli Utenti l'utilità marginale è praticamente nulla per valori centrali della distribuzione, dimostrando che solo valori estremi, in un senso e nell'altro, sono portatori di effetti rilevanti.

Gli Utenti e le Istituzioni risultano essere le categorie maggiormente sensibili all'aggravamento delle compartecipazioni: valori elevati sono ritenuti sostanzialmente inaccettabili. Le Professioni sanitarie sembrano ritenere invece "soportabili" livelli maggiori di compartecipazione.

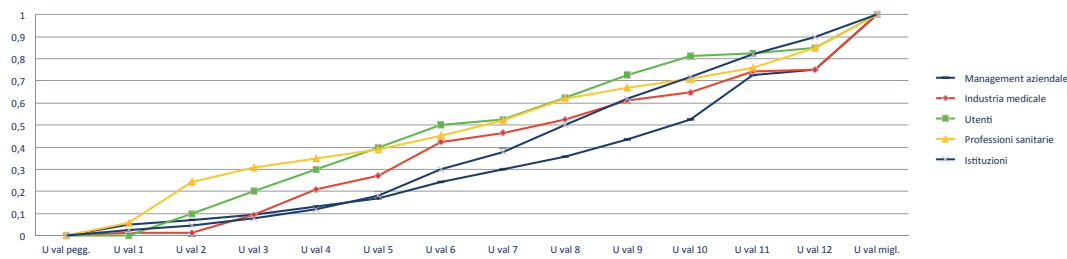
**Figura 3.30**  
**Funzione utilità indicatore Spesa per compartecipazioni pro-capite - Per Categoria**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

Anche gli andamenti per singola Categoria confermano quanto già riscontrato nella precedente edizione.

**Figura 3.31**  
**Funzione utilità indicatore Adesione agli screening di prevenzione femminili (mammogr. 40+ e pap-test) - Per Categoria**



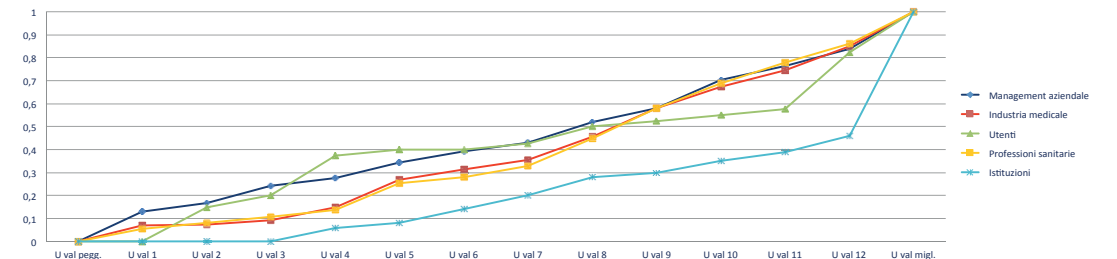
Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

Per quanto concerne l'Appropriatezza, in merito all'indicatore Adesione agli screening di prevenzione femminili (mammografia 40+ e pap-test), possiamo dire che l'andamento della funzione di utilità è sostanzialmente lineare per tutte le Categorie, in analogia con quanto riscontrato nella precedente edizione.

Le Professioni sanitarie risultano dare maggiore valore anche ai livelli più modesti dell'indicatore; valori, questi ultimi, considerati invece del tutto inaccettabili dalle altre Categorie.

Per il Management aziendale l'utilità marginale cresce al migliorare dell'indicatore in maggior misura nella seconda metà della distribuzione.

**Figura 3.32**  
**Funzione di utilità indicatore Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche - Per Categoria**

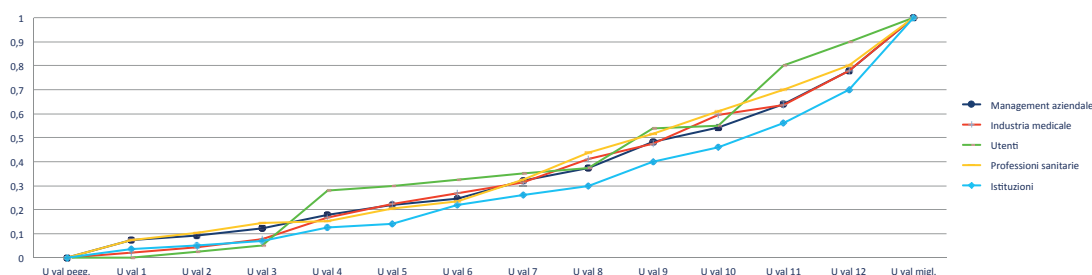


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

La funzione di utilità ottenuta per l'indicatore Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche presenta un andamento lineare per quasi tutte le Categorie.

Per le Istituzioni l'utilità marginale è quasi nulla per valori della prima metà della distribuzione, a dimostrazione di una forte richiesta di appropriatezza nei ricoveri e prevenzione secondaria; per gli Utenti, invece, i valori per valori peggiori sono fortemente penalizzati, e quelli migliori "esaltati".

**Figura 3.33**  
**Funzione utilità indicatore Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriatelyzza - Per Categoria**



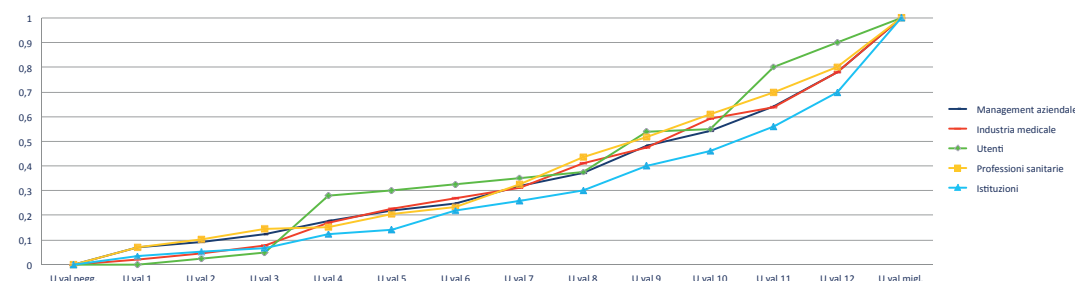
Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

La funzione di valore ottenuta per l'indicatore Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriatelyzza presenta un andamento quasi lineare, per tutte le categorie tranne le istituzioni, che lo considerano "essenziale", premiando solo per *Performance* più elevate.

Miglioramenti dell'indicatore per valori nella seconda metà della distribuzione sono in genere associati ad utilità marginali crescenti, mentre valori elevati di inappropriatelyzza sono considerati inaccettabili allo stesso modo da tutte le Categorie.

Gli indicatori della dimensione Appropriatelyzza ricevono, quindi, apprezzamenti qualitativamente sovrapponibili da parte delle diverse Categorie di *stakeholder*.

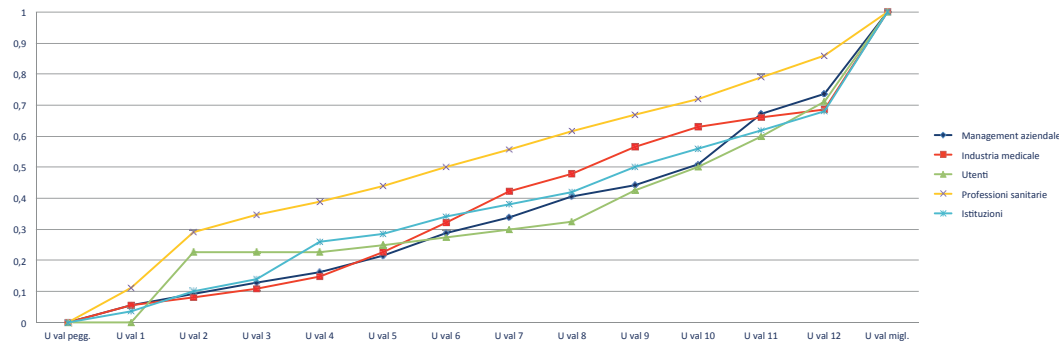
**Figura 3.34**  
**Funzione utilità indicatore Tasso standardizzato di obesità - Per Categoria**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

Nella Dimensione Esiti la funzione utilità dell'indicatore Tasso standardizzato di obesità ha un andamento pressoché lineare per tutte le Categorie, senza particolari scostamenti.

**Figura 3.35**  
**Funzione utilità indicatore Tasso di mortalità evitabile - Per Categoria**



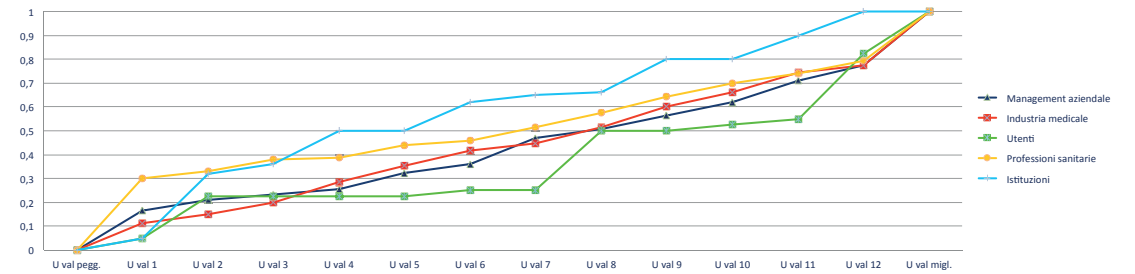
Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

Analogo andamento si ottiene per il secondo indicatore: il Tasso di mortalità evitabile.

Industria medicale, Istituzioni e Management aziendale sono però le Categorie che meno ritengono accettabili le *Performance* peggiori.

Al contrario il gruppo Professioni Sanitarie è più “tollerante” verso le peggiori *Performance* dell’indicatore.

**Figura 3.36**  
**Funzione utilità indicatore Speranza di vita libera da disabilità a 75 anni - Per Categoria**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

L’andamento della funzione utilità dell’indicatore Speranza di vita libera da disabilità a 75 anni risulta anch’esso essere sostanzialmente lineare per tutte le Categorie: tranne che per gli Utenti, per i quali l’utilità marginale è praticamente nulla per valori dell’indicatore nella prima metà della distribuzione (seppur comunque “accettabili”); presenta invece valori crescenti al miglioramento dell’indicatore nella seconda metà della distribuzione.

Complessivamente anche per la dimensione Esiti si riscontrano valutazioni coerenti fra le Categorie; è, però, interessante notare come le Professioni sanitarie e le Istituzioni siano in generale soddisfatti da *Performance* inferiori.

### 3.5 Riflessioni sulle funzioni di Utilità degli indicatori

Si conferma che le funzioni di valore elicitate risultano coerenti e in linea con le aspettative a priori costruite in base alla constatazione degli interessi di cui i diversi gruppi di *stakeholder* sono portatori.

Nelle funzione di utilità degli indicatori Sociali ed Economico-finanziari si è sostanzialmente attenuato rispetto all'edizione precedente l'andamento dell'utilità marginale decrescente.

Le funzioni di valore delle dimensioni Esiti e Appropriatezza hanno un andamento sostanzialmente lineare ovvero il miglioramento in termini di *Performance* è proporzionale al miglioramento del valore dell'indicatore.

E interessante notare come per quattro indicatori (Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici, Spesa per partecipazioni pro-capite, Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriatezza e Adesione agli *screening* di prevenzione femminili (mammografia e pap-test)) su cinque confermati rispetto alla precedente edizione l'andamento qualitativo della funzione di utilità non si è modificato nel tempo; per l'indicatore Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite l'andamento tende a linearizzarsi, dimostrando forse una minore determinazione nel porre le riduzioni di spesa in cima all'agenda politica.

### 3.6 III Step: la sostituibilità fra indicatori

Il III *step* della metodologia prevede l'elicitazione dell'importanza relativa attribuita agli indicatori, e quindi il loro contributo relativo nella "formazione" della *Performance* complessiva.

Come detto, l'assunzione è che nella valutazione della *Performance* (complessiva) si possano in qualche modo compensare migliori e peggiori risultati su diverse Dimensioni.

Certamente si tratta del passaggio più delicato, in quanto la definizione dell'importanza relativa degli indicatori è un esercizio di elicitazione dei "tassi marginali di sostituzione". In pratica si procede per confronti a coppie degli indicatori, dovendosi poi ricostruire il quadro d'insieme delle coerenze.

Per semplificare l'operazione, si è operato imponendo a priori la forma analitica della funzione di utilità multi-attributo: si è, in particolare, adottata una funzione di utilità multi attributo moltiplicativa, che si presenta nella forma:

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

Per poter elicitar il quadro dei tassi di sostituzione, un apposito applicativo *software* (*Logical Decisions for groups*® sviluppato dall'azienda americana *Logical Decisions*) consente al *Panel* di fare delle scelte in condizioni di *trade-off*, ovvero scambiando miglioramenti di un indicatore con peggioramenti di un altro, mantenendo costante l'esito complessivo in termini di *Performance*; e questo fino ad arrivare al punto di indifferenza fra i contributi forniti dai due indicatori. Si procede per alcune coppie di indicatori, casualmente determinate, e quindi il *software*, in base alla funzione di utilità prescelta, permette di generare i contributi dei singoli indicatori/Dimensioni alla *Performance* (complessiva) e, quindi, di elaborare una misura sintetica di *Performance* stessa.

Le coppie, definite in modalità deterministica, sottoposte ai partecipanti sono state:

- Quota % di famiglie impoverite vs Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite
- Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite vs Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriatezza
- Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriatezza vs Tasso standardizzato di obesità
- Tasso standardizzato di obesità vs Quota famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche
- Quota famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche vs Spesa farmaceutica pubblica standardizzata pro-capite
- Spesa farmaceutica pubblica standardizzata pro-capite vs Adesione agli *screening* di prevenzione femminili (mammografia e pap-test)
- Tasso di mortalità evitabile vs Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici
- Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici vs Spesa per partecipazioni pro-capite
- Spesa per partecipazioni pro-capite vs Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche
- Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche vs Speranza di vita libera di disabilità a 75 anni

## 3.7 Il contributo degli indicatori alla Performance

Sulla base delle preferenze relative espresse, è stato da ultimo possibile costruire “i tassi di sostituibilità”, non solo tra i singoli indicatori, ma anche fra le relative Dimensioni di Performance.

Nello specifico, i tre indicatori con il maggior “peso”, risultano la quota di famiglie impoverite, che contribuisce per il 10,8% alla Performance dei SSR, la Speranza di vita libera da disabilità a 75 anni (contribuente per il 10,2%), e il Tasso di mortalità evitabile per il 9,8%.

motivi economici; per il *Management* aziendale, come per l'Industria, è la Speranza di vita libera da disabilità l'indicatore che contribuisce maggiormente al risultato finale (14,9%), seguito dal Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche (10,2%). Per le Professioni sanitarie è invece il Tasso di mortalità evitabile che pesa maggiormente (16,9%), seguito dalla Quota di famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche.

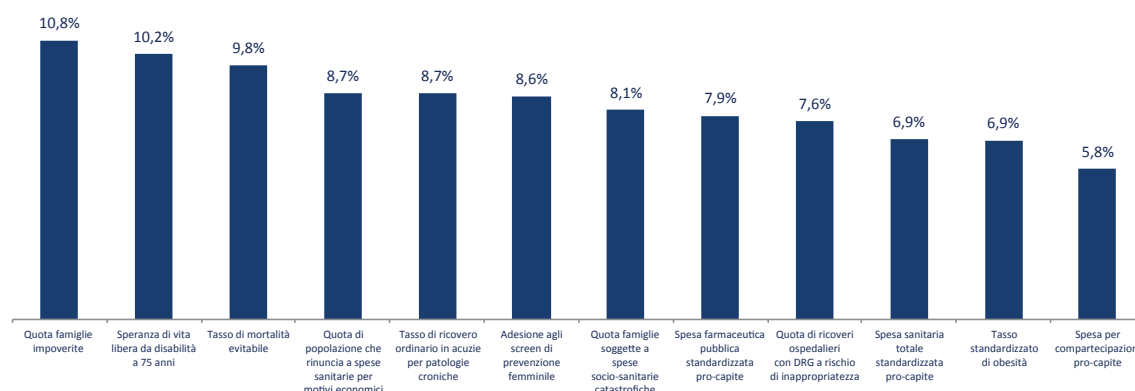
Le professioni sanitarie mettono al primo posto la mortalità evitabile attribuendo però ai singoli valori minor peso rispetto agli altri.

E' evidente come gli Utenti siano la categoria più sensibile alla dimensione Sociale e soprattutto al fenomeno dell'impoverimento per spese sanitarie.

Le restanti categorie invece sembrano concentrarsi sull'appropriatezza ed in particolare sui ricoveri ordinari in acuzie per patologie croniche.

*Management* aziendale e industria medica sembrano invece dare più importanza alla disabilità, risultati evidentemente in linea con le azioni che le due categorie intraprendono: la definizione di percorsi per i pazienti affetti da patologie croniche per la prima e la produzione di nuove terapie soprattutto per le patologie croniche.

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

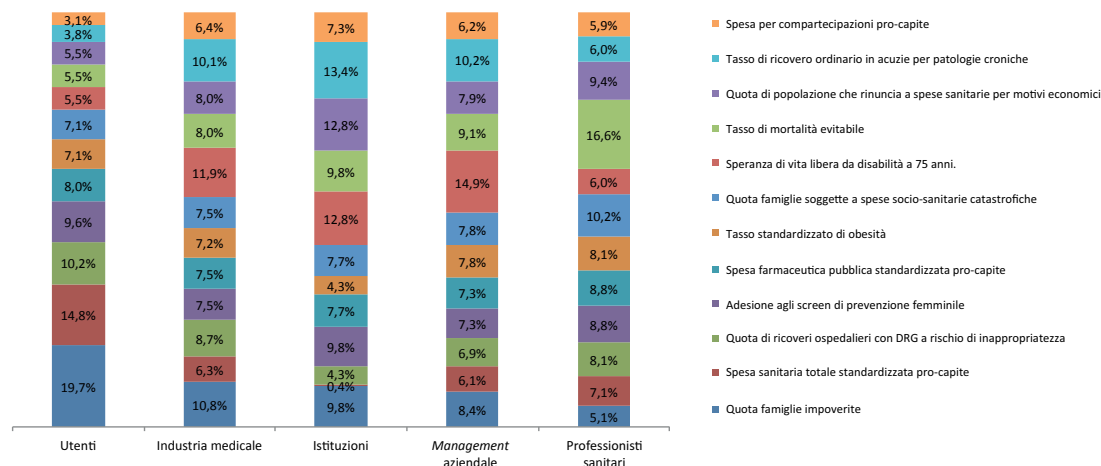


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

L'importanza attribuita ai singoli indicatori è diversa a seconda della Categoria di stakeholder.

Ad esempio, l'indicatore Quota famiglie impoverite contribuisce per quasi il 20% alla Performance per gli Utenti, ma per la metà (10,8%) per l'Industria medica (preceduto dalla Speranza di vita libera da disabilità che pesa per l'11,9%); il Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologia croniche pesa maggiormente per le Istituzioni, seguito dalla Quota di popolazione che rinuncia alle spese sanitarie per

**Figura 3.38**  
**Contributo degli indicatori alla**  
**Performance dei SSR - Per Categoria**  
**Valore %**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

Possiamo ancora notare come nel tempo le Professioni sanitarie hanno spostato il loro obiettivo dalla Spesa agli Esiti, evidentemente grazie alla consapevolezza della importante riduzione già verificatasi del disavanzo.

Per il *Management* aziendale, come già era apparso evidente l'anno scorso, sembra calante l'importanza degli aspetti strettamente finanziari, e crescente quella dell'appropriatezza; sembra anche crescere la consapevolezza dell'importanza degli Esiti: fenomeno già in parte emerso nella scorsa edizione e che possiamo azzardare sia in parallelismo con la messa a regime del PNE (Piano Nazionale Esiti).

Le Istituzioni ritengono che la *Performance* dei SSR dipenda in maggior misura dalla appropriatezza, ed in particolare dal processo di deospedalizzazione per le patologie non acute; prestando però anche attenzione al Sociale ed in particolare alle difficoltà delle famiglie a sostenere spese sanitarie per motivi economici.

Negli Utenti, si è riscontrato come all'ovvia attenzione verso il Sociale si sia affiancata da questa edizione anche quella verso la Dimensione Economico-finanziaria: sia nella componente a carico dei cittadini stessi (*ticket* e etc.), sia complessiva.

## 3.8 Il contributo delle Dimensioni alla Performance

In sintesi, in questa terza edizione del progetto sembra osservarsi una riduzione del contributo alla *Performance* della Dimensione Sociale ed Economico finanziaria, che hanno raggiunto rispettivamente un peso pari al 27,6% (44,0% nella precedente), ed al 20,5% (33,0% nella precedente).

È invece notevolmente aumentato il contributo della dimensione Esiti che ha raggiunto il 26,3% (9,4% e 8,9% rispettivamente nella seconda e prima edizione) e della dimensione Appropriatezza con il 24,9% (13,6% nella precedente edizione).

Per la Categoria Utenti le Dimensioni Sociale ed Economico finanziaria contribuiscono per quasi il 60% alla misura della *Performance* del sistema sanitario (32,3% e 25,8% rispettivamente); le altre Dimensioni, Appropriatezza ed Esiti seguono rispettivamente con 23,7% e 18,2%. Si fa presente che il peso della Dimensione Economico finanziaria è aumentato di quattro punti percentuali rispetto alla scorsa edizione.

Alla Dimensione Sociale è attribuito il peso maggiore da tutte le Categorie (30,3% per le Istituzioni, 26,4% per l'Industria medicale, 24,7% per i Professionisti sanitari, 24,1% per il *Management* aziendale).

Per quest'ultima Categoria la dimensione Esiti è quella che contribuisce maggiormente alla *Performance* (30,7%), seguita da quella Sociale con il 24,7%, da quella Appropriatezza con il 22,8% ed infine da quella Economico finanziaria con il 21,8%.

Una situazione di sostanziale omogeneità dei contributi, in analogia con quanto riscontrato nelle due precedenti edizioni, a meno di un piccolo aumento del peso dell'Appropriatezza a scapito della dimensione economica, si riscontra per la Categoria Industria medicale: Esiti pesa per il 27,1%, Sociale per il 26,4%, Appropriatezza per il 26,3% ed Economico finanziaria per il 20,3%.

Prendendo in analisi la Categoria delle Istituzioni, la Dimensione Sociale continua ad essere quella che contribuisce in maggior misura alla *Performance* del SSR per il 30,3%; quella Economico finanziaria con il 15,4% (20,2% nella precedente edizione) è quella che contribuisce meno. È aumentato invece il peso dato da questa Categoria alla Dimensione Appropriatezza, 27,4% (25,0% nella precedente edizione) e a quella Esiti, 26,9% (24,1% nella precedente).

**Figura 3.39**  
**Contributo delle Dimensioni alla Performance dei SSR - Per Categoria**  
Valore %



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

### 3.9 Misure di Performance dei SSR

Dall'insieme delle analisi sopra esposte si sintetizza la misura della Performance dei singoli SSR, totale e per Dimensione, nonché per Categoria di stakeholder.

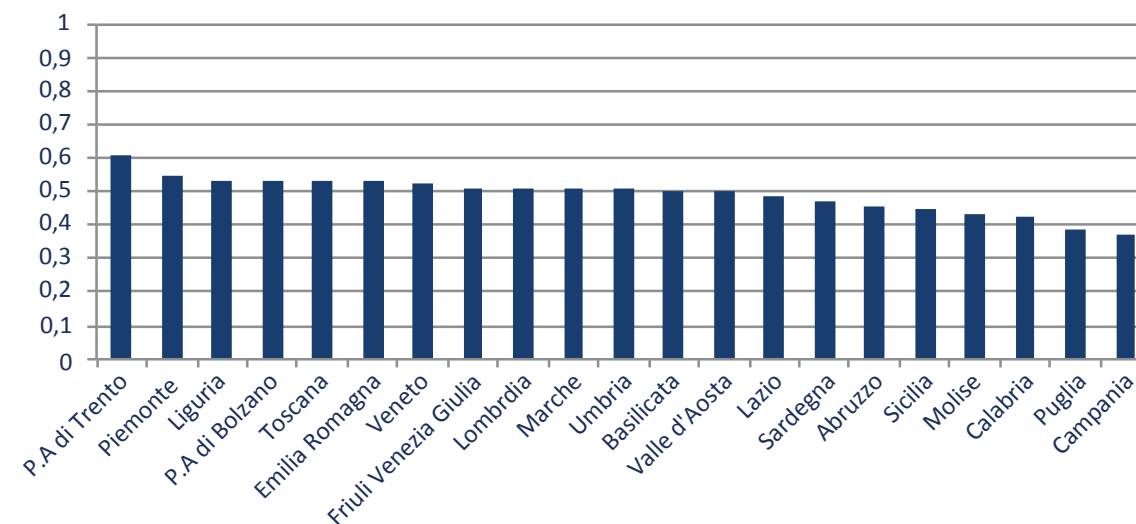
Si osservi subito che per i SSR l'indice complessivo di Performance oscilla da un massimo di 0,61 ad un minimo di 0,38: il primo valore è associato alla P.A. di Trento ed il secondo alla Regione Campania. Si fa presente che l'abbassamento medio del valore dell'indice unico di Performance 2015 è attribuibile ad un cambiamento metodologico introdotto in questa edizione, che ha permesso ai partecipanti di attribuire il massimo della Performance a valori degli indicatori anche maggiori a quelli effettivamente registrati.

A fronte di questa modifica, si è registrato un atteggiamento molto "prudente" da parte dei componenti del Panel che, in molti casi, hanno attribuito agli indicatori un valore massimo di Performance in corrispondenza di valori al di sopra del valore migliore nazionale.

Dall'insieme delle analisi sopra esposte, è possibile sintetizzare una misura della Performance ottenuta, sintesi delle preferenze espresse da tutte e cinque le Categorie di stakeholder rappresentate nel Panel di Esperti.

Per i SSR l'indice complessivo di Performance oscilla da un massimo di 0,61 ad un minimo di 0,38: il primo valore è associato alla P.A. di Trento ed il secondo alla Regione Campania. Si fa presente che l'abbassamento del valore dell'indice unico di Performance non è attribuibile ad un suo peggioramento bensì ad un atteggiamento "prudente" da parte dei componenti del Panel che, in molti casi, non hanno attribuito un valore massimo di utilità in corrispondenza del valore migliore nazionale.

**Figura 3.40**  
**Misura di Performance dei SSR**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

Si osservano, a grandi linee tre gruppi di Performance. A sette SSR (che potremmo chiamare l'area dell'eccellenza) è associato una misura di Performance superiore a 0,53 (più del 50% della Performance massima teoricamente ottenibile),



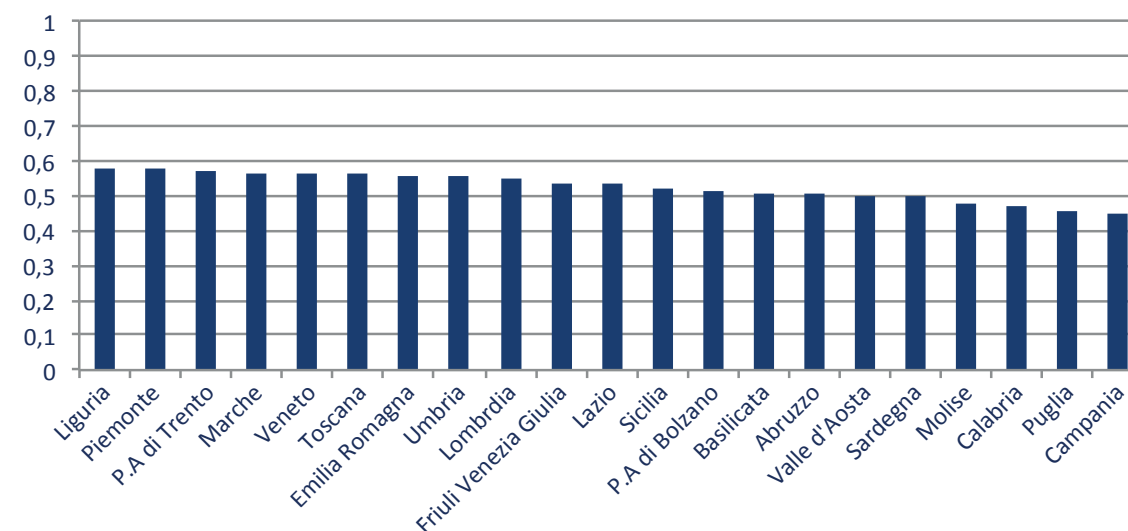
con modeste variazioni intra gruppo (P.A di Trento, Piemonte, Liguria, P.A di Bolzano, Toscana, Emilia Romagna, Veneto); per altre sei, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Umbria, Basilicata, Valle d'Aosta, il valore rimane superiore a 0,50; e a otto Regioni (l'area "critica"), ovvero Lazio, Sardegna, Abruzzo, Sicilia, Molise, Calabria, Puglia, Campania il valore scende progressivamente sotto lo 0,50.

Date le differenti prospettive di cui sono portatori i differenti *stakeholder*, le valutazioni delle *Performance* dei SSR si modificano a seconda della Categoria.

## Misura di *Performance* SSR: Categoria Utenti

Per la Categoria Utenti, la misura di *Performance* dei SSR varia dallo 0,58 della Liguria allo 0,45 della Campania. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,52; Liguria, Piemonte, P.A. di Trento, Marche e Veneto hanno una misura di *Performance* compresa tra 0,57 e 0,58.

**Figure 3.41**  
**Misura di *Performance* dei SSR**  
**Categoria Utenti**



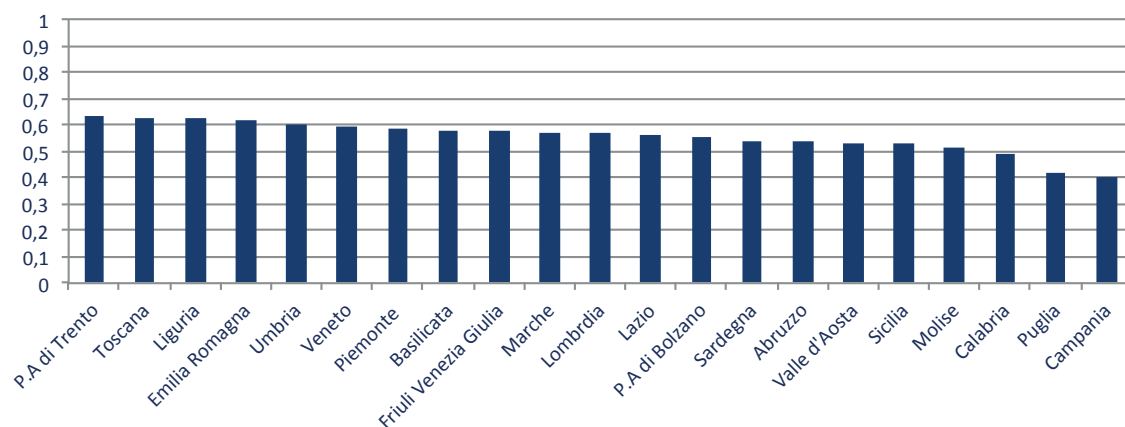
Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

Nella prospettiva della Categoria Utenti il SSR ligure inverte la sua posizione con la P.A. di Trento, la Toscana perde una posizione diventando sesta; il SSR marchigiano recupera sei posizioni occupando il quarto posto ed entrando così per questa categoria nell'area di "eccellenza", il Veneto ne recupera due confermando quindi la posizione nell'area di "eccellenza" e il SSR laziale ne recupera tre, uscendo così dall'area "critica". Restano invece invariate le ultime tre posizioni di Calabria, Puglia e Campania.

## Misura di Performance SSR: Categoria Professioni sanitarie

Secondo la Categoria Professioni sanitarie la misura di Performance varia dallo 0,64 della P.A di Trento allo 0,40 del SSR campano. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,54; Piemonte, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Marche, Lombardia, Lazio, P.A di Bolzano compreso tra 0,58 e 0,55.

**Figura 3.42**  
Misura di Performance dei SSR  
Categoria Professioni sanitarie



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

La P.A. di Trento conserva in questa prospettiva il primo posto della valutazione complessiva; il Piemonte perde cinque posizioni, diventando così il settimo; così come il Lazio perde due posti e diventa dodicesimo.

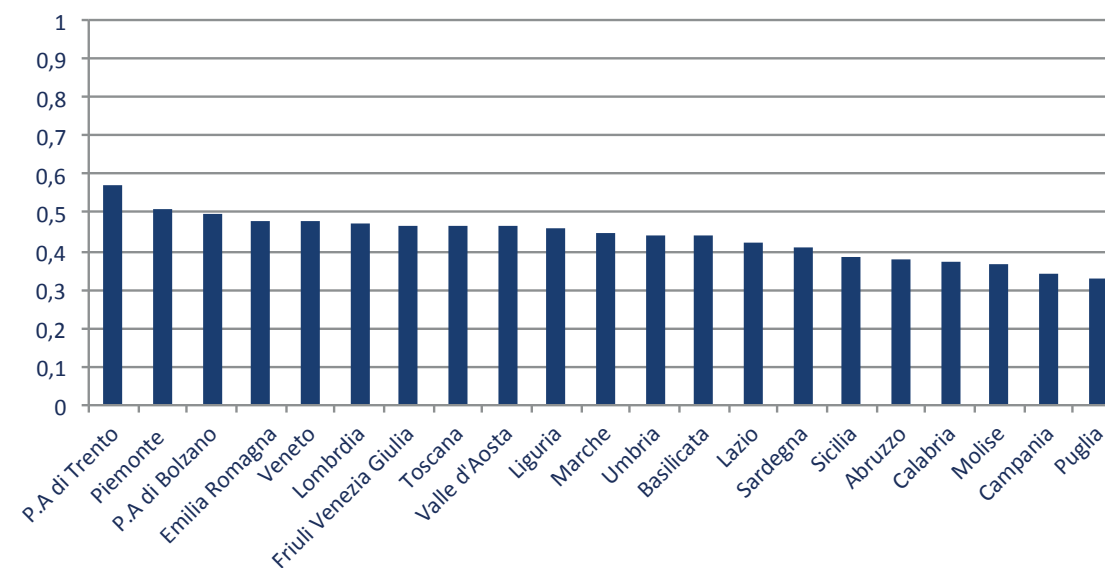
Nella prospettiva dei Professionisti sanitari il SSR toscano recupera tre posizioni (da quinto a secondo), quello abruzzese ne recupera una (da sedicesimo a quindicesimo). Per questa categoria gli spostamenti sono sostanzialmente interarea.

## Misura di Performance SSR: Categoria Management aziendale

Per la Categoria Management Aziendale la misura di Performance varia dallo 0,62 della P.A di Trento allo 0,38 del SSR campano. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,45; Piemonte, Liguria, Veneto, Emilia Romagna e Toscana hanno valori compresi tra 0,50 e 0,52.

Anche per il Management aziendale, in analogia a quanto riscontrato per le Professioni sanitarie, ci sono stati modifiche di posizioni ma comunque nessun SSR è cambiata l'area di Performance di afferenza.

**Figura 3.43**  
Misura di Performance dei SSR  
Categoria Management aziendale

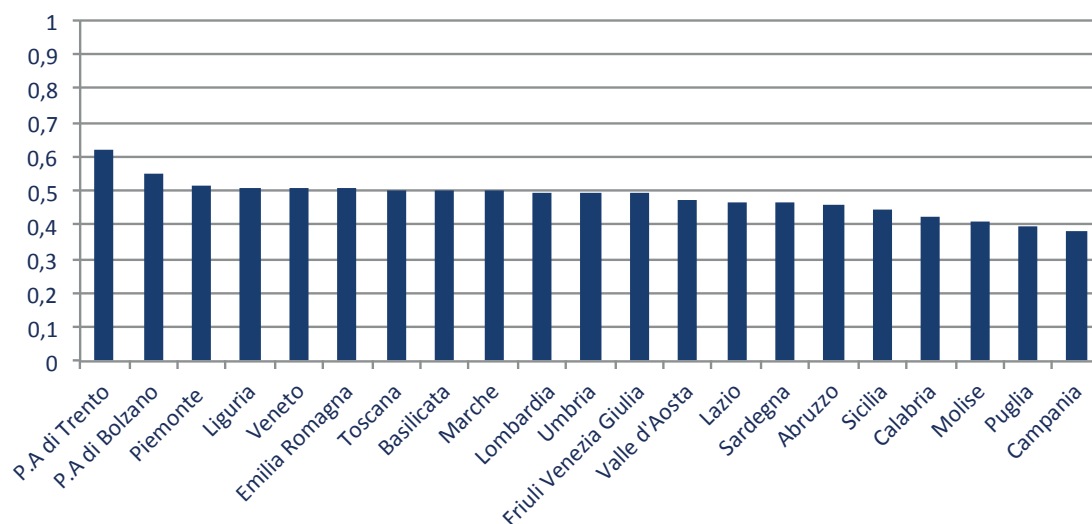


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

## Misura di Performance SSR: Categoria Istituzioni

Per la Categoria delle Istituzioni, la misura di *Performance* varia dallo 0,65 della P.A di Trento allo 0,30 del SSR campano. Subito dopo la Toscana, seguono con misure di *Performance* pressoché simili (da 0,49 a 0,48) cinque SSR: Basilicata, Veneto, Liguria, Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia. Le ultime quattro Regioni, Sicilia, Calabria, Puglia e Campania presentano indici di *Performance* inferiori a 0,36.

**Figura 3.44**  
Misura di Performance dei SSR  
Categoria Istituzioni



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

La P.A di Trento conserva la prima posizione per questa Categoria, seguita dal Piemonte e dalla P.A di Bolzano.

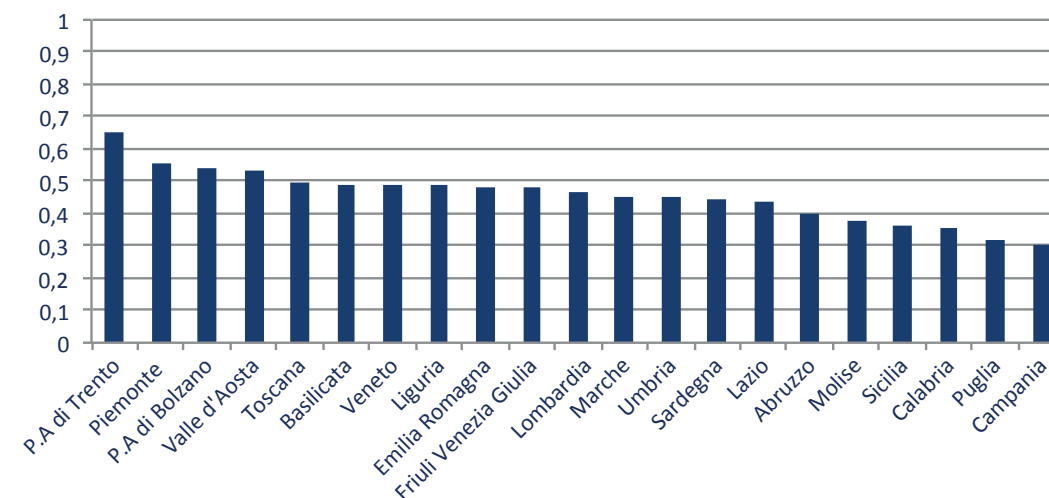
Il SSR emiliano perde tre posizioni rispetto alla valutazione complessiva, quello ligure ne perde cinque diventando ottavo.

Gli ultimi tre SSR mantengono invariate le loro posizioni rispetto alla valutazione complessiva. Anche in questo caso il cambiamento di posizione è stato sempre interarea: i SSR "eccellenti" sono rimasti gli stessi, così come gli "intermedi" ed i "critici".

## Misura di Performance SSR: Categoria Industria medicale

Per la Categoria Industria medicale, la misura di *Performance* varia dallo 0,57 della P.A di Trento, allo 0,33 del SSR pugliese. Sei Regioni hanno un valore di *Performance* inferiore a 0,40: Sicilia, Abruzzo, Calabria, Molise, Campania e Puglia.

**Figura 3.45**  
Misura di Performance dei SSR  
Categoria Industria medicale



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel

Il SSP di Trento detiene ancora la prima posizione con un indice pari a 0,57.

In questa prospettiva l'Emilia Romagna recupera due posizioni diventando quarta, il SSR calabrese cede il suo posto a quello molisano che occupa così, insieme a quelli campano e pugliese gli ultimi tre posti. In questa prospettiva il SSR friulano conquista una posizione nell'area di "eccellenza" e quello toscano abbandona quest'ultima passando in quella "intermedia".

## 3.10 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. La prima migliora notevolmente la sua posizione nelle prospettive dell'Industria medicale e delle Istituzioni, e la peggiora (in minor misura) in quelle delle Professioni sanitarie e degli Utenti. La Basilicata presenta una Performance migliore dalla prospettiva delle Istituzioni, del Management aziendale e delle Professioni sanitarie. L'Umbria presenta una Performance peggiore secondo l'Industria medicale e le Istituzioni. Le Marche recuperano ben sette posizioni in classifica secondo la prospettiva degli Utenti.

**Figura 3.46**  
Variazione ranking Categorie vs ranking generale

	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 CREA 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, anche in questa terza applicazione del metodo, i risultati ottenuti pur sufficientemente invariati rispetto alle Categorie presentano alcune difformità: interpretiamo questo risultato come una conferma dell'importanza di considerare le differenti visioni e prospettive degli *stakeholder*, e della necessità di una loro "mediazione" in una prospettiva sociale.

Come detto le "classi di merito" complessivamente si confermano: alcuni SSR risultano occupare stabilmente sempre posizioni di eccellenza o critiche, indipendentemente dalla prospettiva della Categoria; per altri si è detto come la posizione risulti variabile a seconda della Categoria presa in analisi, rimanendo però più o meno nella stessa "area di merito".

Volendo tentare una sintesi emergono sette Regioni con *Performance* "eccellenti" (Emilia Romagna, Liguria, Piemonte, Toscana, Veneto, PP.AA. di Trento e Bolzano) e otto con *Performance* critiche.

Mentre per le prime le differenze risultano minime, la criticità ha un andamento progressivamente crescente, con le migliori vicine a quelle della fascia intermedia, e le "peggiori" decisamente distaccate.

## 4. Confronti con altri sistemi di valutazione

Come è noto, in Italia sono disponibili numerosi sistemi di valutazione del sistema sanitario tra i quali citiamo la cosiddetta Griglia LEA del Ministero della Salute, il sistema dei "bersagli" sviluppato dalla Scuola Superiore S. Anna di Pisa, il Piano Nazionale Esiti sviluppato dall'AGENAS, etc. Si noti che quest'ultimo effettua delle valutazioni limitatamente all'attività ospedaliera e alla Dimensione Esiti; il sistema dei "bersagli" ha una valenza multidimensionale ma sostanzialmente manageriale.

Il confronto dei risultati appare in qualche modo complesso perché di fatto il nostro sistema risulta più articolato, unendo multidimensionalità e multiprospettiva.

Inoltre i sistemi di valutazione citati non forniscono un valore numerico di sintesi della valutazione per singolo SSR, se non le griglie LEA che forniscono anche una suddivisione in tre gruppi: inadempiente, adempiente con impegno su alcuni indicatori e critica.

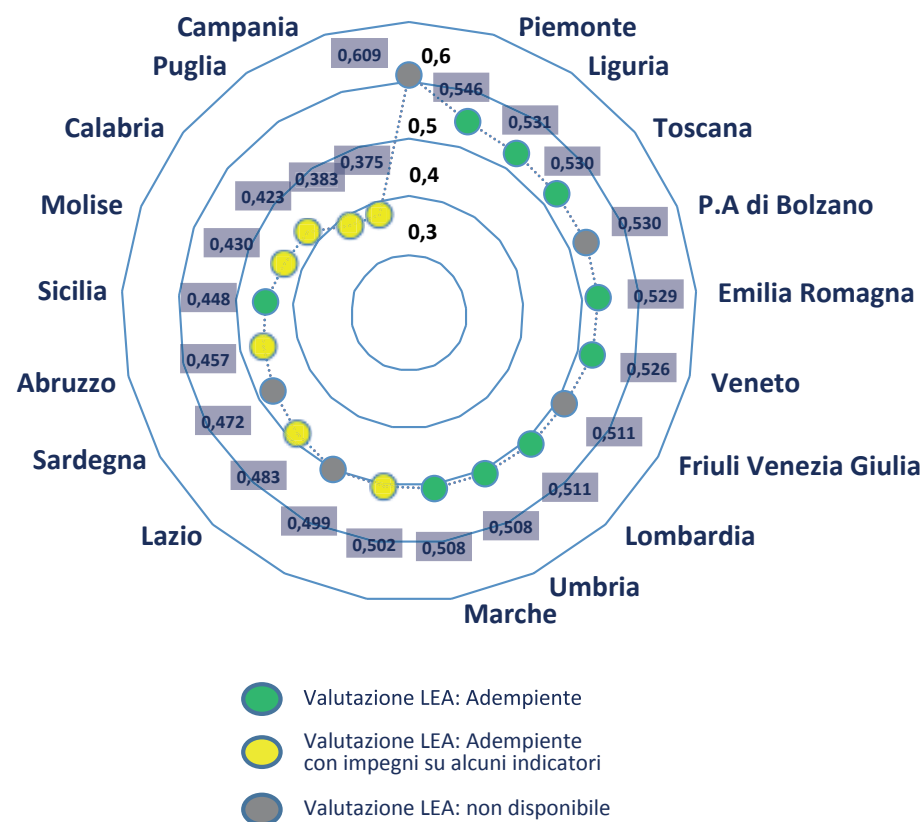
Limitando il confronto con questo ultimo sistema, ricordiamo che il "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei "Livelli Essenziali di Assistenza", istituito presso il Ministero della salute, ogni anno, predispone un questionario per la valutazione del raggiungimento degli adempimenti: la cosiddetta Griglia LEA. Si tratta di

31 indicatori (dall'assistenza ospedaliera alle liste di attesa, dal controllo della spesa farmaceutica ai dispositivi medici) raggruppati in tre grandi aree: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (vaccinazioni, *screening*, prevenzione nei luoghi di lavoro, tutela degli alimenti, sanità veterinaria, ecc.); assistenza distrettuale (assistenza farmaceutica, specialistica e diagnostica ambulatoriale, servizi domiciliari ad anziani e malati gravi, consultori, strutture residenziali e semiresidenziali); assistenza ospedaliera, valutata in base al tasso di ricovero e sulla base di una serie di indicatori di appropriatezza. Ognuno dei 31 indicatori previsti dalla Griglia LEA ha una valutazione che va da -1 al punteggio massimo di 9 e poi per ogni Regione viene generato un punteggio complessivo.

Dai dati che si riferiscono al 2013, e che prendono in esame 16 Regioni, 9 sono risultate "adempienti" in base ai parametri della cosiddetta Griglia LEA (Toscana, Emilia Romagna, Piemonte, Marche, Veneto, Lombardia, Liguria, Umbria, Sicilia), mentre le rimanenti sette (Abruzzo, Lazio, Basilicata, Molise, Calabria, Campania, Puglia) sono state "promosse" solo su alcuni indicatori.

Complessivamente i risultati risultano essere assolutamente coerenti con il *ranking* della nostra valutazione: la figura seguente riassume graficamente la correlazione fra il nostro *ranking* e quello della Griglia LEA. I SSR sono disposti in ordine decrescente di *Performance* (leggendo in senso orario).

**Figura 4.1**  
Misura di *Performance* dei SSR e risultati Griglia LEA



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su preferenze espresse dal Panel e dati Ministero della Salute

La correlazione con i risultati della Griglia LEA sicuramente conforta la nostra valutazione che comunque, in aggiunta, ci permette di disaggregare il risultato evidenziando tanto l'effetto di mediazione delle diverse prospettive, che il contributo delle singole dimensioni.

## 5. Contributi alla Politica Sanitaria

Il progetto “Una misura di *Performance* dei SSR” ha l'ambizione di contribuire alla politica sanitaria fornendo maggiori informazioni su due elementi sostanziali negli esercizi di valutazione della *Performance*: il primo è l'importanza di considerare la multi-dimensionalità degli obiettivi: questi ultimi nelle politiche sanitarie sono molteplici e il “rendere conto”, intrinseco nel concetto di *accountability*, richiede trasparenza sul peso relativo attribuito ai diversi obiettivi; il secondo, e fondamentale elemento, è quello della prospettiva adottata: il metodo proposto conferma empiricamente come persone o gruppi di interesse (*stakeholder*) diversi, hanno 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 ha quindi cercato con questo progetto di fornire una valutazione delle *Performance* dei SSR basata 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, ovvero sul valore dato a livelli numerici diversi di ogni singolo indicatore
- sull'eventuale sostituibilità fra obiettivi, ovvero sulla possibilità che un migliore risultato di un indicatore possa, almeno parzialmente, compensare un peggiore risultato su un altro.

Dai risultati di questa terza edizione del progetto (anno 2015) si conferma come:

- le prospettive dei diversi *stakeholder* non sono effettivamente sovrapponibili
- 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 i partecipanti all'esperimento considerano anche i risultati migliori raggiunti, non ancora ottimali
- il contributo che le varie Dimensioni di analisi danno alla *Performance* sono fortemente difformi e, di nuovo, 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 dal *Panel*, il contributo delle varie Dimensioni di analisi alla *Performance* varia nel tempo e ci sembra di poter dire in coerenza con l'evoluzione del contesto politico.

Fenomeno quest'ultimo che non sembra invece influenzare l'andamento della funzione Utilità dei singoli indicatori per le diverse Categorie, che rimane invariato in quasi tutti gli indicatori confermati (quattro su cinque).

In altri termini non varia il "valore" attribuito ai singoli indicatori, ma è "dinamico" il peso relativo attribuito alle singole dimensioni di *Performance*.

La progressiva riduzione del peso attribuito alla Dimensione Economico-finanziaria da tutte le Categorie, a meno di quella degli Utenti, sembrerebbe essere associato alla constatazione che il disavanzo economico-finanziario del SSN si sta nel frattempo ridotto, spostando così l'attenzione verso gli Esiti e l'Appropriatezza, probabilmente anche alla sempre maggior presenza di sistemi di valutazione (Piano Nazionale Esiti, etc.).

Questa ultima dimensione ha infatti visto aumentare il suo peso relativo, soprattutto fra le Professioni sanitarie, nell'Industria medica e nelle Istituzioni.

In controtendenza l'aumento di importanza attribuito alla Dimensione Economico-finanziaria da parte degli Utenti è forse spiegabile con una maggiore consapevolezza che i disavanzi generano in ultima istanza aggravii di spesa privata, mediante la compartecipazione alle spese sanitarie e/o agli aggravii fiscali.

Il *gap* in termini di misura di *Performance* tra il SSR "migliore" ed il "peggiore" si sta riducendo oscillando da un massimo di 0,61 ad un minimo di 0,38 (da 0,83 a 0,21 nella precedente edizione); malgrado alcune correzioni metodologiche sopra evidenziate, il risultato è probabilmente interpretabile come un lento ma progressivo riavvicinamento delle *Performance*.

In conclusione, riepilogando quanto emerso da questa terza annualità del progetto, si ha che:

- il valore attribuito alle determinazioni degli indicatori segue logiche razionali; nello specifico, degno di nota è che negli indicatori di tipo Sociale ed Economico finanziario si sia abbastanza attenuato il fenomeno che valori sotto una certa soglia sono considerati inaccettabili, e superate soglie di "buona *Performance*" il beneficio aggiuntivo viene valutato rapidamente decrescente; per gli indicatori di Appropriatezza ed Esiti sono invece stati elicitati degli andamenti lineari, ovvero al migliorare del valore dell'indicatore migliora proporzionalmente quello della *Performance*.

- il contributo della Dimensione Sociale è maggiore per Utenti (32,3%) ed Istituzioni (30,3%); quello degli Esiti per *Management* aziendale (31,8%), Professioni sanitarie (30,7%) ed Industria medica (27,1%); il contributo della Dimensione Economico finanziaria si è ridotto in tutte le Categorie ad eccezione degli Utenti per i quali è secondo solo al Sociale; la Dimensione Appropriatezza è seconda in termini di peso per il *Management* aziendale (24,4%) e le Istituzioni (27,4%).
- rispetto alla precedente edizione è aumentato il "peso" attribuito agli Esiti e all'Appropriatezza, e si è ridotto quello Sociale ed Economico finanziario; risultato evidentemente attribuibile alla constatazione che il disavanzo economico-finanziario del SSN si sta riducendo, mentre rimangono differenze di efficienza allocativa (Appropriatezza) e "qualitative" (Esiti); l'incremento di peso attribuito alla Dimensione Economico-finanziaria dagli Utenti è invece probabilmente rappresentativo dalla consapevolezza di un progressivo aumento del "carico" sul cittadino causato dai disequilibri finanziari dei SSR.
- i *ranking* della misura di *Performance* dei SSR dipendono dagli indicatori individuati e dalla prospettiva utilizzata; in generale, la misura della *Performance* ottenuta dall'analisi, sintesi delle preferenze espresse da tutte e cinque le Categorie di *stakeholder* rappresentate nel *Panel* di esperti, passa da un massimo di 0,61 ad un minimo di 0,38 (nel range 0-1): il primo valore è associato al SSR della P.A. di Trento e il secondo a quello della Regione Campania; a sette SSR (P.A di Trento, Piemonte, Liguria, P.A di Bolzano, Toscana, Emilia Romagna, Veneto) è associata una misura di *Performance* di "eccellenza", superiore a 0,53; altri sei SSR (Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Umbria, Basilicata, Valle d'Aosta) hanno un valore comunque superiore a 0,50; agli otto restanti (Lazio, Sardegna, Abruzzo, Sicilia, Molise, Calabria, Puglia, Campania) si associa un valore inferiore a 0,50 e progressivamente peggiore, che identifica l'area "critica".

In conclusione, l'applicazione della metodologia in questo terzo anno, oltre a dimostrare la robustezza del metodo proposto, conferma l'importanza di garantirne la trasparenza, in particolare in termini di obiettivi assunti e pesi di composizione delle prospettive, nonché di integrare democraticamente le varie istanze di cui sono portatori i diversi *stakeholder* del sistema.

La misura proposta, sebbene con i limiti sopra esposti, può quindi rappresentare uno strumento finalizzato ad incentivare il miglioramento e la crescita delle istituzioni sanitarie, nonché ad orientare gli interventi di politica sanitaria.

La conferma di cinque indicatori su dodici rispetto alla precedente edizione fa pensare che presumibilmente tra qualche edizione si arriverà a definire un set fisso di indicatori e quindi di poter misurare l'evoluzione della misura di *Performance* dei diversi SSR negli anni anche alla luce degli specifici contesti politici ovvero delle "priorità" che individuano i diversi *stakeholder* del sistema.



# SCHEDE INDICATORI



## INDICE

PROSPETTIVA	ID	INDICATORE
Sociale (Equità)	1	Quota famiglie impoverite
	2	Quota famiglie con persona di riferimento over 65 impoverite
	3	Quota famiglie con due o più figli minorenni impoverite
	4	Quota famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche
	5	Quota famiglie con due o più figli minorenni soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche
	6	Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici
Economico-finanziaria	7	Spesa sanitaria pubblica standardizzata pro-capite
	8	Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite
	9	Spesa sanitaria pubblica per unità di personale dipendente
	10	Spesa farmaceutica pubblica standardizzata pro-capite
	11	Spesa per compartecipazioni pro-capite
	12	Disavanzo pro-capite
Appropriatezza	13	Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriately
	14	Adesione agli screening di prevenzione femminili (mammogr. e pap-test)
	15	Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche
	16	Quota anziani in ADI
Esiti	17	Tasso standardizzato di obesità
	18	Prevalenza disabilità
	19	Tasso di mortalità evitabile
	20	Speranza di vita libera di disabilità a 75 anni

## PROSPETTIVA SOCIALE

INDICATORE N. 1 Quota famiglie impoverite	
Descrizione	Quota di famiglie residenti che si sono impoverite (ovvero hanno un consumo extra-sanitario inferiore alla soglia di povertà relativa) a causa delle spese socio-sanitarie <i>Out Of Pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.)
Numeratore	Numero di famiglie impoverite per spese socio-sanitarie <i>Out Of Pocket</i>
Denominatore	Numero di famiglie residenti
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazione CREA Sanità su Indagine sui consumi delle famiglie, ISTAT
INDICATORE N. 2 Quota famiglie con persona di riferimento over 65 impoverite	
Descrizione	Quota di famiglie residenti con persona di riferimento over 65 anni, che si sono impoverite (ovvero hanno un consumo extra-sanitario inferiore alla soglia di povertà relativa) a causa delle spese socio-sanitarie <i>Out Of Pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.)
Numeratore	Numero di famiglie con persona di riferimento over 65 impoverite per spese socio-sanitarie <i>Out Of Pocket</i>
Denominatore	Numero di famiglie con persona di riferimento over 65
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazione CREA Sanità su Indagine sui consumi delle famiglie, ISTAT
INDICATORE N. 3 Quota famiglie con due o più figli minorenni impoverite	
Descrizione	Quota di famiglie residenti con almeno due figli minorenni che si sono impoverite (ovvero hanno un consumo extra-sanitario inferiore alla soglia di povertà relativa) a causa delle spese socio-sanitarie <i>Out Of Pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.)
Numeratore	Numero di famiglie con almeno due figli minorenni impoverite per spese socio-sanitarie <i>Out Of Pocket</i>
Denominatore	Numero di famiglie con almeno due figli minorenni
Unità di misura	Valore in %
Fonte	Elaborazione CREA Sanità su Indagine sui consumi delle famiglie, ISTAT

## PROSPETTIVA SOCIALE

### INDICATORE N. 4

#### Quota famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche

<b>Descrizione</b>	Quota di famiglie residenti soggette a spese socio-sanitarie <i>Out Of Pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.) catastrofiche (spese che superano il 40% del consumo complessivo al netto delle spese di sussistenza)
<b>Numeratore</b>	Numero di famiglie che sostengono spese socio-sanitarie catastrofiche
<b>Denominatore</b>	Numero di famiglie residenti
<b>Unità di misura</b>	Valore in %
<b>Fonte</b>	Elaborazione CREA Sanità su Indagine sui consumi delle famiglie, ISTAT

### INDICATORE N. 5

#### Quota famiglie con due o più figli minorenni soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche

<b>Descrizione</b>	Quota di famiglie residenti con almeno due figli minorenni soggette a spese socio-sanitarie <i>Out Of Pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.) catastrofiche (spese che superano il 40% del consumo complessivo al netto delle spese di sussistenza)
<b>Numeratore</b>	Numero di famiglie con due o più figli minorenni che sostengono spese socio-sanitarie catastrofiche
<b>Denominatore</b>	Numero di famiglie con due o più figli minorenni
<b>Unità di misura</b>	Valore in %
<b>Fonte</b>	Elaborazione CREA Sanità su Indagine sui consumi delle famiglie, ISTAT

### INDICATORE N. 6

#### Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici

<b>Descrizione</b>	Quota di popolazione che rinuncia a effettuare spese socio-sanitarie <i>Out Of Pocket</i> (farmaci, case di cura, visite specialistiche, cure odontoiatriche, etc.) per motivi economici
<b>Numeratore</b>	Numero di persone che rinunciano a sostenere spese socio-sanitarie per motivi economici
<b>Denominatore</b>	Popolazione
<b>Unità di misura</b>	Valore in %
<b>Fonte</b>	Elaborazione CREA Sanità su Indagine sui consumi delle famiglie, ISTAT

## PROSPETTIVA ECONOMICO-FINANZIARIA

### INDICATORE N. 7

#### Spesa sanitaria pubblica standardizzata pro-capite

<b>Descrizione</b>	Spesa sanitaria pubblica annua standardizzata per cittadino residente
<b>Numeratore</b>	Spesa sanitaria pubblica
<b>Denominatore</b>	Popolazione pesata
<b>Unità di misura</b>	Valori in €
<b>Fonte</b>	Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

### INDICATORE N. 8

#### Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite

<b>Descrizione</b>	Spesa sanitaria totale, pubblica e privata, annua standardizzata per cittadino residente
<b>Numeratore</b>	Spesa sanitaria totale (pubblica e privata)
<b>Denominatore</b>	Popolazione pesata
<b>Unità di misura</b>	Valore in €
<b>Fonte</b>	Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

### INDICATORE N. 9

#### Spesa sanitaria pubblica per unità di personale dipendente

<b>Descrizione</b>	Spesa unitaria per il personale dipendente delle aziende sanitarie (ruolo sanitario, ruolo professionale, ruolo tecnico ed amministrativo) per dipendente
<b>Numeratore</b>	Spesa per il personale dipendente delle aziende sanitarie pubbliche
<b>Denominatore</b>	Unità di personale dipendente
<b>Unità di misura</b>	Valori in €
<b>Fonte</b>	Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

## PROSPETTIVA ECONOMICO-FINANZIARIA

### INDICATORE N. 10

#### Spesa farmaceutica pubblica standardizzata pro-capite

<b>Descrizione</b>	Spesa pubblica standardizzata per farmaci (al netto degli sconti obbligatori) per cittadino residente
<b>Numeratore</b>	Spesa farmaceutica netta delle strutture pubbliche e spesa farmaceutica netta di classe A-SSN
<b>Denominatore</b>	Popolazione pesata
<b>Unità di misura</b>	Valori in €
<b>Fonte</b>	Elaborazione CREA Sanità su dati OSMED e ISTAT

### INDICATORE N. 11

#### Spesa per compartecipazioni pro-capite

<b>Descrizione</b>	Spesa per compartecipazioni (quota sul prezzo di riferimento, ticket fisso per ricetta, ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, ticket sul pronto soccorso, ticket su altre prestazioni) alla spesa sanitaria pubblica per cittadino residente
<b>Numeratore</b>	Spesa per compartecipazioni
<b>Denominatore</b>	Popolazione totale
<b>Unità di misura</b>	Valori in €
<b>Fonte</b>	Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

### INDICATORE N. 12

#### Disavanzo pro-capite

<b>Descrizione</b>	Spesa sanitaria pubblica eccedente il finanziamento (sono considerate le sole Regioni in disavanzo) per cittadino residente
<b>Numeratore</b>	Disavanzo Regionale
<b>Denominatore</b>	Popolazione totale
<b>Unità di misura</b>	Valori in €
<b>Fonte</b>	Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

## PROSPETTIVA APPROPRIATEZZA

### INDICATORE N. 13

#### Quota di ricoveri ospedalieri con DRG a rischio di inappropriatazza

<b>Descrizione</b>	Quota di ricoveri appartenenti ai 108 DRG a rischio di inappropriatazza
<b>Numeratore</b>	Ricoveri ordinari in acuzie con DRG ad alto rischio di inappropriatazza
<b>Denominatore</b>	Totale dei ricoveri ordinari in acuzie
<b>Unità di misura</b>	Valori in %
<b>Fonte</b>	Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

### INDICATORE N. 14

#### Adesione agli screening di prevenzione femminili (mammogr. e pap-test)

<b>Descrizione</b>	Quota di donne sottoposte a screening mammografico (> 40 anni) e a pap-test (25-34 anni) sul totale della popolazione femminile nelle corrispondenti fasce di età
<b>Numeratore</b>	Numero di donne sottoposte a screening mammografico (> 40 anni) e a pap test (25- 34 anni)
<b>Denominatore</b>	Popolazione femminile nelle fasce di età target
<b>Unità di misura</b>	Valori in %
<b>Fonte</b>	Elaborazione CREA Sanità su dati ISTAT

### INDICATORE N. 15

#### Tasso di ricovero ordinario in acuzie per patologie croniche

<b>Descrizione</b>	Numero di ricoveri ordinari in acuzie per diagnosi di patologie croniche (BPCO, diabete, ipertensione, scompenso cardiaco) dei residenti appartenenti alla fascia d'età 50-74 anni
<b>Numeratore</b>	Ricoveri ordinari in acuzie con diagnosi principale di diabete, scompenso, BPCO e ipertensione nella fascia di età 50-74 anni
<b>Denominatore</b>	Popolazione 50-74 anni
<b>Unità di misura</b>	Valori per 1.000 abitanti
<b>Fonte</b>	Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

### INDICATORE N. 16

#### Quota anziani in ADI

<b>Descrizione</b>	Quota di assistiti in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) con età ≥ 65 sulla relativa popolazione
<b>Numeratore</b>	Numero assistiti in ADI over 65anni
<b>Denominatore</b>	Popolazione over 65anni
<b>Unità di misura</b>	Valori in %
<b>Fonte</b>	Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

PROSPETTIVA ESITI

**INDICATORE N. 17**

Tasso standardizzato di obesità

Descrizione	Quota standardizzata di persone <i>over</i> 18 obese
Numeratore	Persone <i>over</i> 18 obese
Denominatore	Popolazione <i>over</i> 18 standardizzata
Unità di misura	Valori per 100 persone <i>over</i> 18
Fonte	Elaborazione CREA Sanità su dati ISTAT

**INDICATORE N. 18**

Prevalenza disabilità

Descrizione	Persone <i>over</i> 6 anni che presentano almeno una limitazione funzionale (confinamento, limitazioni nelle funzioni, limitazioni nel movimento, limitazioni vista, udito e parola)
Numeratore	Numero di persone <i>over</i> 6 anni con limitazioni
Denominatore	Popolazione <i>over</i> 6 anni
Unità di misura	Valori %
Fonte	Elaborazione CREA Sanità su dati ISTAT

**INDICATORE N. 19**

Tasso di mortalità evitabile

Descrizione	Numero medio di anni che una persona <i>over</i> 74anni può aspettarsi di vivere in assenza di disabilità
Numeratore	Cumulata degli anni vissuti (L <sub>x,x+x</sub> ) dall'età x all'età estrema (T <sub>x</sub> ) liberi da disabilità
Denominatore	Numero di sopravvivenuti all'età x liberi da disabilità
Unità di misura	Valori in anni
Fonte	Elaborazione CREA Sanità su dati ISTAT

**INDICATORE N. 20**

Speranza di vita libera di disabilità a 75 anni

Descrizione	Numero medio di anni che una persona <i>over</i> 74anni può aspettarsi di vivere in assenza di disabilità
Numeratore	Cumulata degli anni vissuti (L <sub>x,x+x</sub> ) dall'età x all'età estrema (T <sub>x</sub> ) liberi da disabilità
Denominatore	Numero di sopravvivenuti all'età x liberi da disabilità
Unità di misura	Valori in anni
Fonte	Elaborazione CREA Sanità su dati ISTAT



