



performance
accesso
scenari
appropriatezza
innovazione
efficienza
integrazione
bisogni
SSN
empowerment
regioni
cura
HTA
health
sviluppo
Italia
valutazioni
cronicità
risorse
economia
federalismo
selettività
sostenibilità
equità
crescita
welfare

11° Rapporto Sanità

L'Universalismo diseguale

11th Health Report

Unequal Universalism

A cura di / Edited by: Federico Spandonaro



performance
accesso
appropriatezza
innovazione
efficienza
integrazione
bisogni
SSN
empowerment
regioni
responsabilità
HTA
health
sviluppo
investimenti
selettività
sostenibilità
equità
crescita
welfare
federalismo
economia
valutazioni
cronicità
risorse
Italia

Capitolo 4

La valutazione delle *Performance*

- 4a. Una misura di sintesi del livello equitativo dei SSR
- 4b. Un esercizio sui Servizi Sanitari Regionali (II edizione)

Capitolo 4

La valutazione delle *Performance*

d'Angela D.¹, Spandonaro F.¹

In ambito sanitario la valutazione delle *Performance* assume un ruolo fondamentale, per effetto sia della meritorietà del bene salute, sia della asimmetria informativa che lo caratterizza.

In entrambi i casi la ratio ultima risiede nella etica della trasparenza e del rendere conto ai cittadini, a cui si riferisce anche l'esigenza di *accountability* delle politiche sanitarie pubbliche.

Il concetto di *Performance* è peraltro di difficile definizione: certamente ha una natura multidimensionale ed è anche ragionevole pensare che l'esito della sua valutazione dipenda dall'ottica nella quale viene svolta, che a sua volta dipende dagli obiettivi della valutazione e quindi dagli interessi di cui i vari *stakeholder* del sistema sanitario sono portatori.

Le dimensioni coinvolte, come detto con "pesi" dipendenti dalla prospettiva del valutatore e dagli obiettivi della valutazione, sono molteplici: gli esiti (clinici ma non solo) sono certamente importanti, ma anche l'appropriatezza assistenziale, l'efficienza dei processi, l'equità delle decisioni e altre potrebbero essere proposte.

Anche le metodologie di valutazione sono di interesse e meritano maggiori approfondimenti: infatti, le tecniche proposte sono molteplici e non sempre ri-

sultano sovrapponibili o anche coerenti in termini di risultati.

In continuità con le precedenti edizioni del Rapporto Sanità, anche quest'anno il capitolo 4 comprende analisi che sintetizzano dimensioni delle *Performance* e in particolare:

- la definizione di un indice sintetico indicativo del livello di equità dei SSR (cap. 4a), ottenuto "aggregando" l'indicatore della quota di famiglie che ricorrono a spese socio-sanitarie *Out Of Pocket (OOP)*, l'indicatore della quota di popolazione che rinuncia alle spese OOP per motivi economici e gli indicatori di impoverimento e "catastroficità" (cap. 4a);
- l'implementazione di tecniche di composizione delle preferenze espresse da diverse categorie di *stakeholders* finalizzate alla definizione di un'unica di misura di *Performance* dei SSR (in termini di soddisfazione per i servizi, di esiti clinici, di esiti sociali, economici, etc.). La metodologia è stata implementata costituendo un *panel* di esperti, scelti, in funzione delle loro competenze, per rappresentare i diversi *stakeholder* del sistema sanitario, ai quali è stato richiesto di sottoporsi ad un esercizio di elicitazione delle loro personali preferenze (cap. 4b).

¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Capitolo 4a

Una misura di sintesi del livello equitativo dei SSR

d'Angela D.¹

4a.1. Il contesto

Al fine di valutare il grado di risposta del sistema alla tutela dei cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia, abbiamo analizzato i consumi socio-sanitari delle famiglie (intendendo con questo termine tutte le spese sostenute privatamente dalle famiglie, rilevate nell'indagine Istat sui Consumi delle famiglie, per farmaci, visite specialistiche, ricoveri, protesi e ausili, dentista, badanti) per rapportarli alla capacità di spesa di queste ultime, valutando anche gli "effetti" dell'applicazione dei sistemi di esenzione e l'"indispensabilità" o meno di alcune tipologie di spesa.

Per fornire un indicatore sintetico che permetta di apprezzare nel tempo l'andamento della dimensione equitativa sono stati "aggregati" l'indicatore della quota di famiglie che ricorrono a spese socio-sanitarie OOP, l'indicatore della quota di popolazione che rinuncia alle spese OOP per motivi economici ed gli indicatori di impoverimento e "catastroficità".

4a.2. I consumi sanitari privati e l'equità del SSN

Il numero di famiglie che ha fatto ricorso a spese socio-sanitarie sostenute privatamente, continua a ridursi rappresentando nel 2013 il 58,3% delle famiglie residenti: quasi 600.000 famiglie in meno (14.940.937 nuclei a fronte dei 15.500.045 del 2012, pari al 61,1%).

Contemporaneamente più di 2,7 milioni di persone, il 5,6% dei residenti (2012), ha rinunciato a curarsi per motivi economici (+0,5 punti percentuali nel biennio 2011-2012).

Il fenomeno delle rinunce ovviamente coinvolge soprattutto gli appartenenti ai quintili medio-bassi e quindi di più nelle Regioni meno ricche: il fenomeno si concentra nel Mezzogiorno, dove il 14,7% dei residenti *over* 15 dichiara di rinunciare a spese OOP, poi nel Centro con il 7,4% ed infine nel Nord, dove solo il 4,2% dei residenti dichiara di rinunciare alle spese sanitarie.

Si riscontrano valori rilevanti in Campania, Puglia, Marche (12,2%, 10,8% e 9,6% dei residenti); minimi nelle PP.AA. di Trento e Bolzano (0,4%), in Veneto (1,5%) e in Friuli Venezia Giulia (1,9%).

Nel 2013 quindi 1,6 milioni di persone in meno hanno sostenuto spese OOP e circa 100.000 persone in più hanno rinunciato a causa degli alti costi.

La spesa socio-sanitaria media annua familiare nel 2013 è stata pari a € 1.119,6, rappresentando il 4,1% dei consumi delle famiglie (4,0% nel 2012); considerando nel computo le sole famiglie che sostengono tale spesa, questa dopo il calo subito nel 2012, è nuovamente aumentata raggiungendo i € 1.922,2 annui (€ 1.869,6 nel 2012).

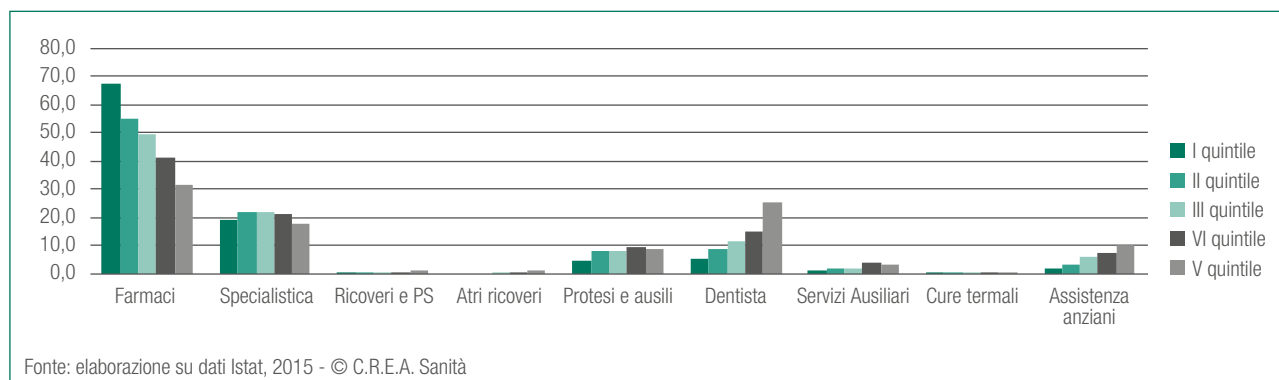
I farmaci e la specialistica rappresentano le voci di spesa maggiore.

Analizzando i consumi per tipologia, possiamo osservare come a livello regionale la quota di famiglie che effettuano spese OOP per i farmaci oscilla fra il 73,5% del Trentino Alto Adige e il 90,2% della Basilicata; la spesa media effettivamente² sostenuta dalle famiglie per i farmaci è correlata positivamente al PIL pro-capite regionale: come era lecito aspettarsi, l'entità di tale spesa è maggiore nelle Regioni più ricche.

Pertanto si notano varie differenze che possono essere legate a aspetti regolatori regionali. Ad esempio,

¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

² Per spesa effettiva si intende la spesa media riferita alle sole famiglie che hanno consumi per la specifica tipologia.

Figura 4a.1. Spese socio-sanitarie OOP - Composizione % per tipo di spesa e quintile di consumo, anno 2013

considerando le Regioni in piano di rientro dal disavanzo economico-finanziario, osserviamo che in Campania e Calabria, la spesa media effettiva è contenuta, mentre è elevata in Puglia, Sardegna e Sicilia: si potrebbe ipotizzare che in queste ultime il sistema di compartecipazione/esenzione per reddito, presumibilmente modificato per ragioni di bilancio, non tuteli più sufficientemente i cittadini.

Per le prestazioni specialistiche, non solo la spesa effettiva, ma anche la quota di famiglie che vi ricorrono aumenta con l'aumentare del PIL regionale: si passa da un minimo del 17,0% riscontrato in Calabria ad un massimo del 34,9% dell'Emilia Romagna.

Anche in questo caso si notano "anomalie" regionali: ad esempio in Campania e Molise l'entità della domanda è maggiore rispetto a Regioni con simili valori di PIL pro-capite (Sicilia, Puglia e Basilicata).

Anche in termini di spesa le differenze sono significative: in Calabria, Puglia e Sicilia, si osservano livelli di spesa effettiva OOP per specialistica maggiori (€ 1.559,1, € 1.516,2 e € 1.490,8 annui per famiglia) di quelli riscontrati in Regioni con PIL simili quali Campania e Sardegna (€ 1.057,8 e € 1.147,7 rispettivamente).

Quindi, i dati esposti possono rappresentare una conferma indiretta del maggiore ricorso alla spesa specialistica da parte delle famiglie con livelli di istruzione/reddito maggiori; ma su questa tendenza si sovrappongono altre questioni: prima di tutto un maggiore ricorso ai consumi privati nelle Regioni dove presumibilmente la percezione della qualità delle prestazioni è minore

(a causa delle liste di attesa e fenomeni analoghi); in secondo luogo l'impatto dei diversi sistemi di esenzione nella distribuzione della spesa fra le famiglie; infine, l'effetto della maggiore presenza di strutture private, e di conseguenza fenomeni di spiazzamento nei casi in cui la compartecipazione rende la prestazione privata competitiva rispetto a quella pubblica.

Per le altre tipologie di consumo, e in particolare quelle ad esempio per il dentista e per l'assistenza ai disabili, le differenze regionali diventano estremamente rilevanti.

Alla odontoiatria ricorre una quota di famiglie che va dal 2,8% della Sicilia al 15,1% del Trentino Alto Adige; l'assistenza agli anziani passa dal 1,4% delle famiglie residenti in Calabria, Marche e Campania, al 3,1% delle residenti in Emilia Romagna.

Anche in questo caso le determinanti non sono sovrapponibili.

Nel caso delle cure odontoiatriche appare evidente come la quota delle famiglie che vi ricorrono aumenta con le possibilità economiche (medie) a livello regionale.

Anche in termini di spesa, essa è maggiore nelle Regioni più ricche, sebbene bisogna tener presente il potenziale confondimento dovuto ai prezzi, presumibilmente maggiori nelle Regioni a più alto reddito; d'altra parte è una branca specialistica nella quale si può decidere di trattare alcune cose e procrastinarne altre in base alle possibilità economiche del momento.

Nel caso dell'assistenza agli anziani, la quota di famiglie che vi ricorre, a meno di Emilia Romagna, Friuli

Venezia Giulia ed Umbria, non aumenta regionalmente all'aumentare del PIL. E anche l'entità della spesa effettiva sostenuta non sembra correlata con il PIL regionale.

Azzardiamo l'ipotesi che la spiegazione possa risiedere nel fatto che, a differenza di quella per il dentista, non è una tipologia di spesa frazionabile e quindi la distribuzione delle famiglie e della relativa spesa è dicotomica: chi se lo può permettere e chi no, agendo poi diversi livelli di aiuto informale ed efficienza dei servizi pubblici.

Le analisi suggeriscono, quindi, che le determinanti della spesa privata sono molteplici: il reddito, ma anche i prezzi delle prestazioni, la quantità e anche la qualità percepita dei servizi pubblici, la struttura e i livelli delle compartecipazioni e delle esenzioni.

Il fatto che il reddito continui a spiegare una parte dei consumi (socio-)sanitari OOP è indice del persistere di un problema equitativo; ma non si deve dimenticare che nello stesso senso va anche l'effetto della diversa percezione della qualità delle prestazioni pubbliche.

Particolarmente allarmante continua ad essere il fenomeno dell'impossibilità alla complementarietà fornita dalla spesa privata nel caso delle spese odontoiatriche e per gli anziani, che rimangono evidentemente in generale appannaggio delle famiglie maggiormente abbienti.

4a.3. Le misure sintetiche di equità dei SSR

A fronte degli andamenti sopra esposti, nel 2013 l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese socio-sanitarie OOP si è ulteriormente ridotta, pur se in minor misura rispetto al biennio precedente: più di 100.000 famiglie in meno rispetto al 2012 risultano impoverite (0,65% delle famiglie residenti, 166.097). Considerando solo quelle che hanno sostenuto spese socio-sanitarie, la quota delle impoverite ha continuato a ridursi perdendo 0,6 punti percentuali rispetto al 2012 e raggiungendo l'1,1% (2,4% nel 2010 e 2,0% nel 2011).

Nello stesso anno ci sono state quasi 40.000 famiglie in meno soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche (831.795 nuclei): il 3,2% delle residenti (3,4% nel 2012). La riduzione del fenomeno ha riguardato soprattutto le

Regioni del Centro e del Sud (1,7% e 4,9% delle famiglie residenti rispettivamente).

Correlando il fenomeno delle rinunce a quello dell'impoverimento a causa delle spese socio-sanitarie OOP si nota una stretta correlazione: all'aumentare della quota di famiglie impoverite aumenta anche la quota delle rinunce alle spese socio-sanitarie per motivi economici. Ad un estremo si trovano Trentino Alto Adige, Veneto e Friuli Venezia Giulia, con basse quote di rinunce e di famiglie impoverite, all'altro estremo invece Campania, Puglia e Calabria, con le più alte quote di rinunce e impoveriti.

Questo conferma che anche l'impoverimento dipende dal fattore reddito, e quindi che le politiche in atto non riescono a tutelare adeguatamente le famiglie più fragili.

Correlando il fenomeno delle rinunce a quello delle famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche, che ricordiamo sono i casi in cui le spese per la sanità mensili superano il 40% della complessiva *Capacity To Pay* (la CTP di una famiglia rappresenta la differenza tra la spesa totale sostenuta e le spese di sussistenza, convenzionalmente identificate con la soglia di povertà assoluta), emerge invece che la relazione è debole.

In altri termini il problema delle spese catastrofiche non sembra dipendere dalla carenza di reddito, quanto dal fatto che alcune prestazioni ad alto costo (quali odontoiatria e spese per gli anziani) non sono adeguatamente coperte dal sistema pubblico.

Le analisi sopra condotte evidenziano un limite importante degli indicatori proposti: la loro riduzione può infatti non indicare necessariamente un miglioramento equitativo, quanto un aumento del fenomeno delle rinunce.

Poiché, quindi, evidentemente gli indicatori sopra riportati non consentono singolarmente di fare una valutazione globale del grado di risposta dei sistemi regionali alla tutela dei cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia, abbiamo provato, senza pretesa di scientificità, per effetto del sovrapporsi negli indicatori di alcune "fenomenologie", a calcolare una media dei tre indicatori: percentuale di popolazione che rinuncia a spese sanitarie a causa dei costi, percentuale di famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP e percentuale di

Figura 4a.2. % famiglie impoverite per spese socio-sanitarie OOP vs % popolazione che rinuncia a curarsi per motivi economici, anno 2013

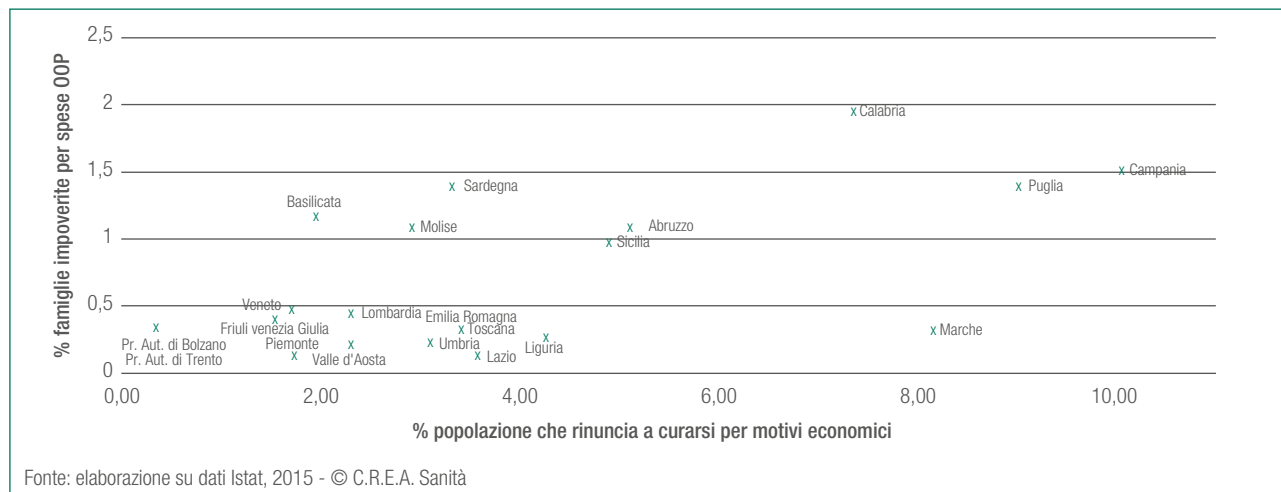
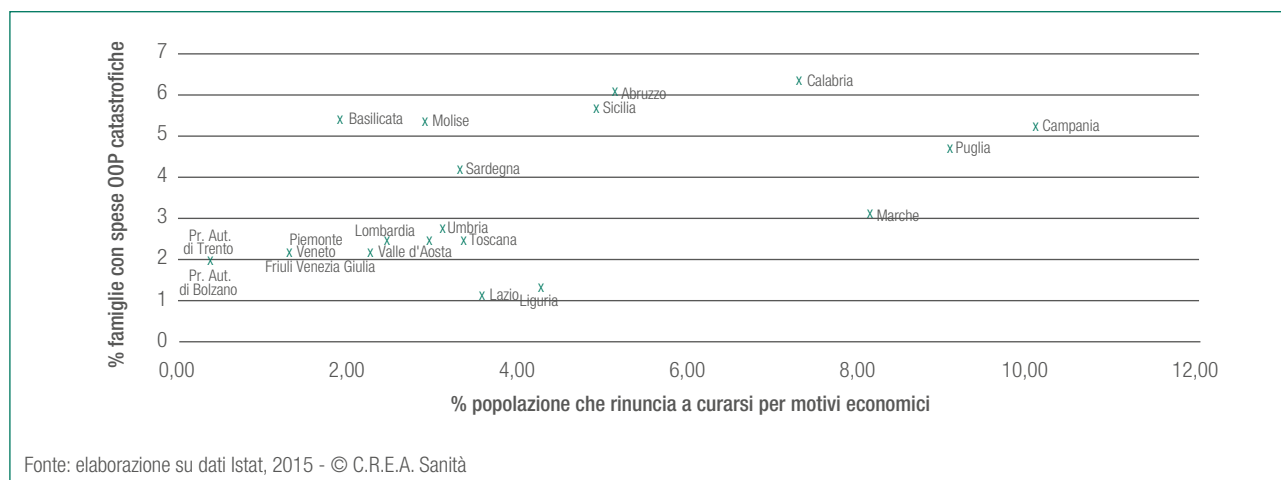


Figura 4a.3. % famiglie con spese socio-sanitarie OOP catastrofiche vs % popolazione che rinuncia a curarsi per motivi economici, anno 2013



famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche.

L'indicatore, espresso in numero indice (100=Italia), varia dal 33 del Trentino Alto Adige al 206 della Campania. Quattro Regioni si posizionano agli ultimi posti con un valore superiore a 150 (Campania, Calabria, Puglia e Abruzzo), ai primi tre posti il Trentino Alto Adige, il Veneto ed il Friuli Venezia Giulia con un valore inferiore a 55.

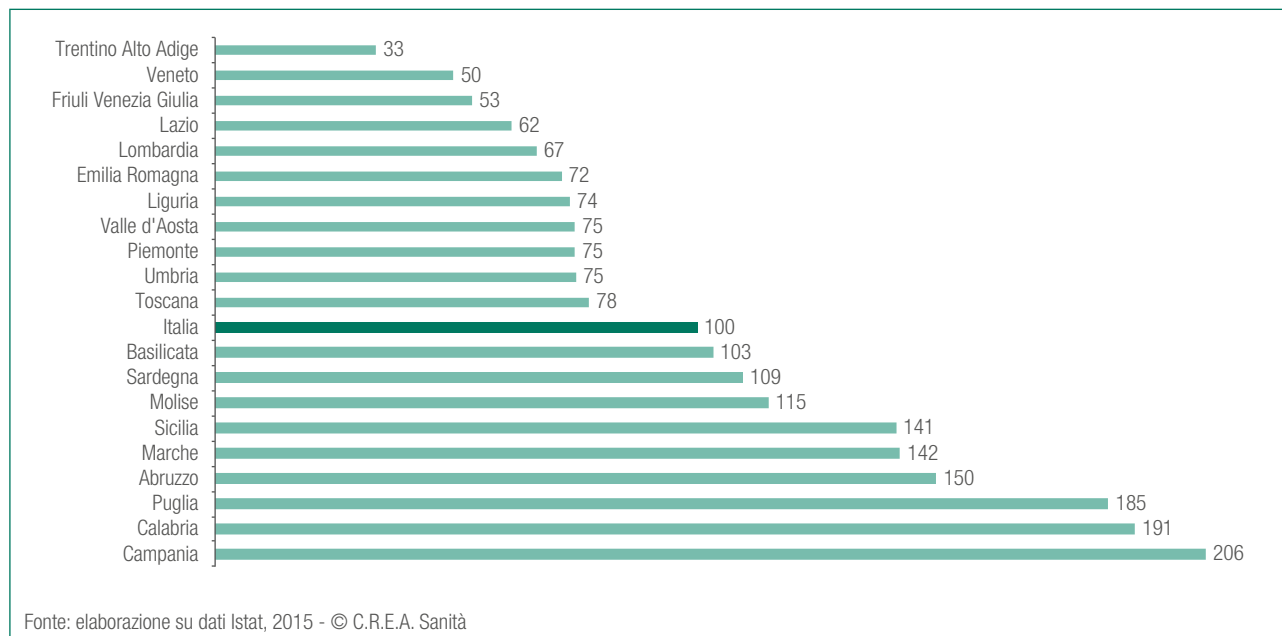
Rapportando il valore dell'indice alla spesa sanitaria pubblica pro-capite pesata, sembrerebbe che i problemi di equità di riscontrino soprattutto nelle Regioni con un più basso valore di spesa sanitaria pubblica pro-ca-

pite; ed il più basso PIL di queste Regioni non consente evidentemente una "compensazione" del fenomeno da parte dei cittadini. L'unica eccezione è rappresentata dall'Umbria che, pur presentando un livello di spesa pubblica basso, prossimo a quello di Puglia, Campania, Calabria, sembra garantire una buona tutela ai cittadini in termini di equità.

4a.4. Conclusioni

Se da un lato la ripresa dei consumi delle famiglie riscontrata nel 2013 fa ben sperare per una ripresa

Figura 4a.4. Indice di equità regionale. Numeri indice (Italia=100)



economica del Paese, dall'altro, l'aumento della quota destinata al socio-sanitario (4,1% nel 2013 e 4,4% nel 2014³) allarma poiché evidentemente rappresentativa di una sofferenza del SSN nell'erogazione dei LEA.

In termini di impatto equitativo nel 2013, l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese socio-sanitarie OOP e della catastroficità hanno continuato a ridursi: quasi 100.000 famiglie in meno rispetto al 2012 risultano impoverite e 40.000 in meno soggette a spese catastrofiche; ma non si può omettere che 1,6 milioni di persone in meno rispetto al 2012 hanno sostenuto spese socio-sanitarie OOP e che più del 5% della popolazione rinuncia a priori a sostenerle per motivi economici.

In termini di risposta del sistema alla tutela dei cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia, le PP.AA. di Trento e Bolzano, il Friuli Venezia Giulia ed il Veneto sembrano essere le Regioni con la miglior risposta, Campania, Calabria, Puglia e Abruzzo si posizionano invece agli ultimi posti.

Sono chiamate a rinunciare prevalentemente le fami-

glie dei quintili medio-bassi, che spendono prevalentemente per farmaci, visite ed esami diagnostici (80-90% delle spese socio-sanitarie OOP).

L'entità della spesa privata OOP per farmaci e specialistica aumenta con la ricchezza delle Regioni ma sembrerebbe che in Puglia e in Sicilia il sistema di esenzione non tuteli sufficientemente i cittadini nel ricorso a queste spese; il fenomeno sembra invece contenuto in Campania e Calabria per il ricorso ai farmaci, e in Campania e Sardegna per la specialistica.

Dalla correlazione esistente tra il fenomeno delle rinunce e l'impoverimento, assente invece con la catastroficità, si evidenzia come il problema sia da individuarsi nell'incidenza di ampie quote di popolazione a basso reddito e non il costo delle prestazioni.

Allo stesso tempo i problemi equitativi sono strettamente legati ai livelli di spesa pubblica pro-capite, confermando l'importanza del servizio sanitario pubblico in termini equitativi, e problemi di riparto delle risorse.

I dati preliminari dell'ISTAT riferiti al 2014 riportano un aumento della spesa OOP del 14,5%: consideran-

³ La spesa per consumi delle famiglie, Anno 2014, ISTAT

do che i recenti provvedimenti adottati (Manovra Sanità) prevedono un taglio pari a € 2,35 mld. del Fondo, si pone il problema di quanta parte della manovra si configuri come un miglioramento di efficienza e quanta configuri inasprimenti delle compartecipazioni.

Nel secondo caso sarebbe opportuno che le compartecipazioni alla spesa venissero “scaricate” in modo selettivo, ovvero sui cittadini che hanno maggiori risorse: in caso contrario impoverimenti e rinunce rischiano di ri-aumentare significativamente.

Riemerge quindi l'irrisolto problema della corretta rilevazione del reddito, in assenza della quale le politiche di esenzione rischiano di rappresentare un fattore di forte iniquità.

Da ultimo, un *trend* in significativa crescita della spesa OOP sicuramente aprirà la strada a nuovi scenari, peraltro già evidenti: in particolare il ricorso alle forme complementari di assicurazione sanitaria (fondi sanitari integrativi, fondi contrattuali, Società di Mutuo Soccorso, polizze assicurative).

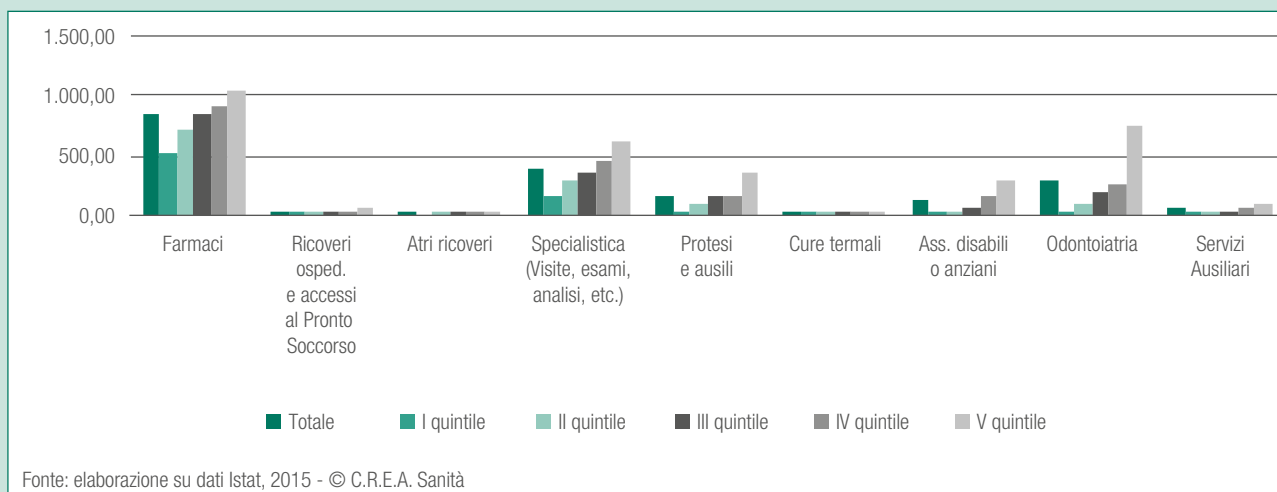
Ma è altrettanto evidente che la complementarietà

contiene una significativa quota di duplicazione delle prestazioni, oltre ad una sovrapposizione dovuta alla copertura delle compartecipazioni.

A questo punto però si porrà un'altra questione che richiede una urgente riflessione: in assenza di un quadro complessivo e coerente che contenga i due pilastri (base e complementare) di assistenza, i cittadini saranno disposti a pagare di fatto due volte (prima con la tassazione e poi con il contributo alla sanità complementare) per ottenere l'accesso ai servizi sanitari?

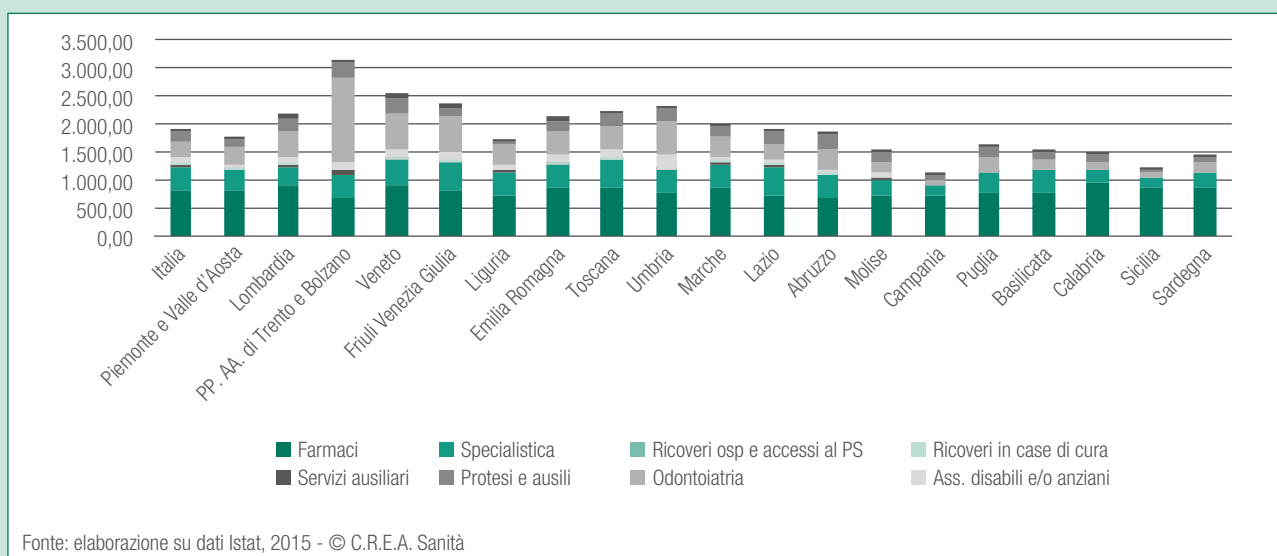
Riferimenti bibliografici

1. ISTAT, microdati indagine sui consumi delle famiglie, anni 2008-2013
2. ISTAT, microdati indagine EUSILC, anni 2008-2012
3. ISTAT, dati PIL regionali, anno 2014
4. Ministero della Salute, dati di spesa sanitaria, anno 2014
5. ISTAT, Report 'La spesa per consumi delle famiglie', anno 2014
6. Manovra Sanità, Luglio 2015

KI 4a.1. Spesa socio-sanitaria *Out Of Pocket* delle famiglie per tipologia e quintile di consumo. Valori assoluti (€), anno 2013

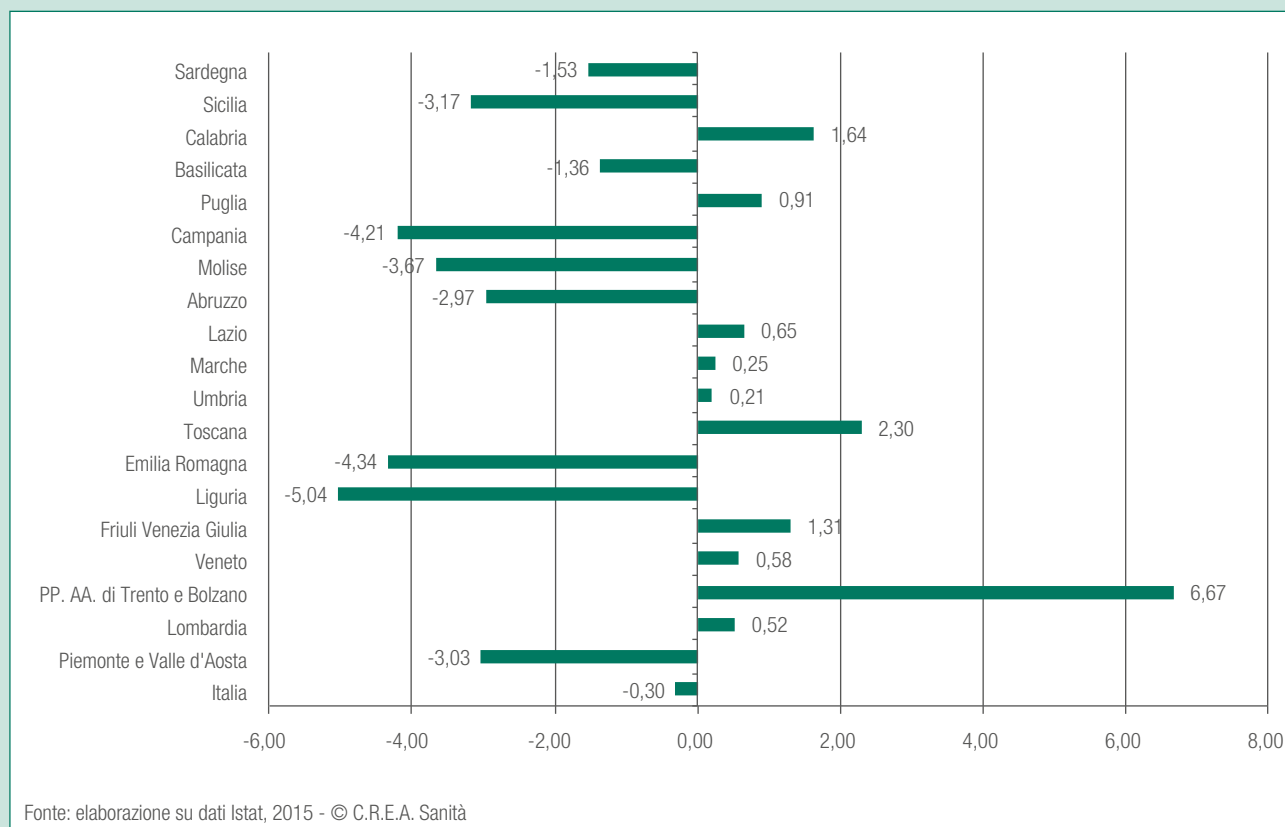
Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2013 la spesa socio-sanitaria annua delle famiglie che spendono privatamente per la sanità è pari a € 1.922,2. I farmaci rappresentano la voce di spesa maggiore (€ 836,5), seguiti dalla specialistica (€ 400,4) e dalle cure odontoiatriche (302,1). Il valore e la composizione della spesa varia ovviamente con le capacità di consumo delle famiglie: i farmaci e la specialistica rappresentano l'88,2% ed il 79,7% dei consumi socio-sanitari delle famiglie dei quintili medio-bassi; il 67,7% ed il 51,2% rispettivamente per le famiglie del IV° e V° quintile. L'odontoiatria, con una spesa che oscilla dalle € 32,5 annue per le famiglie del I° quintile alle € 761,4 per quelle del V° si comporta evidentemente come bene di "lusso".

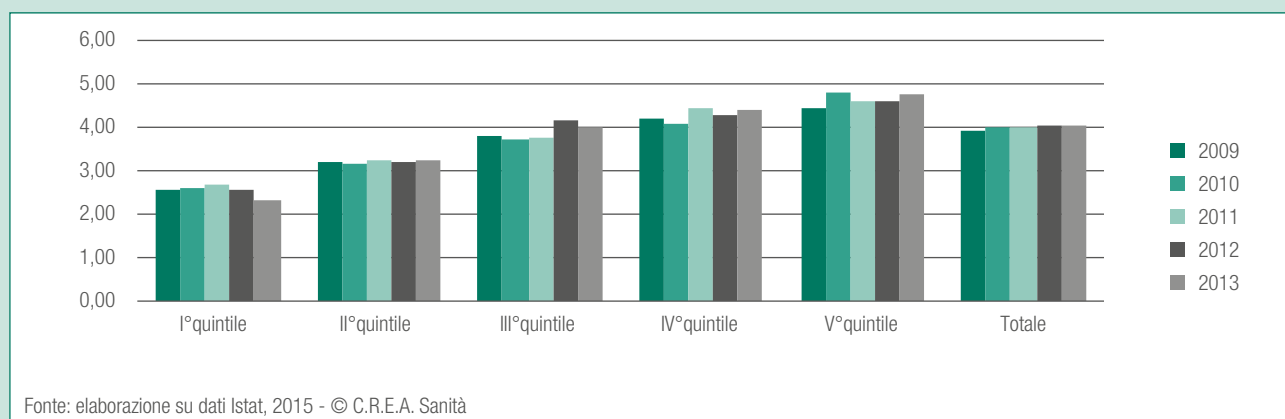
KI 4a.2. Spesa socio-sanitaria *Out Of Pocket* delle famiglie. Valori assoluti (€), anno 2013

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

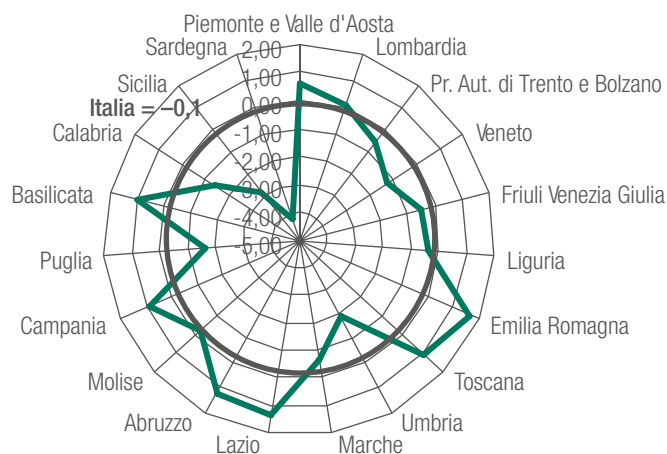
Nel 2013 la spesa media annua sostenuta dalle famiglie italiane che spendono per la sanità è pari a € 1.922,17, oscillando da un minimo di € 1.092,81 della Campania ad un massimo di € 3.119,73 del Trentino Alto Adige. In nove Regioni le famiglie spendono più della media nazionale (Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Toscana, Emilia Romagna, Lombardia, Marche e Lazio). Campania, Sicilia e Sardegna risultano essere invece le Regioni nelle quali le famiglie spendono meno per la sanità. Ad eccezione del Trentino Alto Adige, dove la spesa per il dentista rappresenta la prima voce di spesa, i farmaci rappresentano la prima voce di spesa di tutte le famiglie.

KI 4a.3. Spesa socio-sanitaria *Out Of Pocket* delle famiglie. Variazioni %, anni 2013/2009

Considerando le sole famiglie che hanno sostenuto spese socio-sanitarie *Out Of Pocket*, nel periodo 2009-2013, la spesa per questa voce ha subito una riduzione con una variazione media annua del -0,30%. La riduzione ha riguardato soprattutto le Regioni del Sud, ed Emilia Romagna e Liguria (-4,34% e -5,04% rispettivamente); un aumento importante della spesa privata si è invece riscontrato in Trentino Alto Adige (+6,67%) e Toscana (+2,3%); di minor entità è l'aumento registrato in Calabria (+1,64%), Friuli Venezia Giulia (+1,31%) e Puglia (+0,91%). Pressoché invariata è rimasta invece la spesa sanitaria delle famiglie residenti in Marche e Umbria.

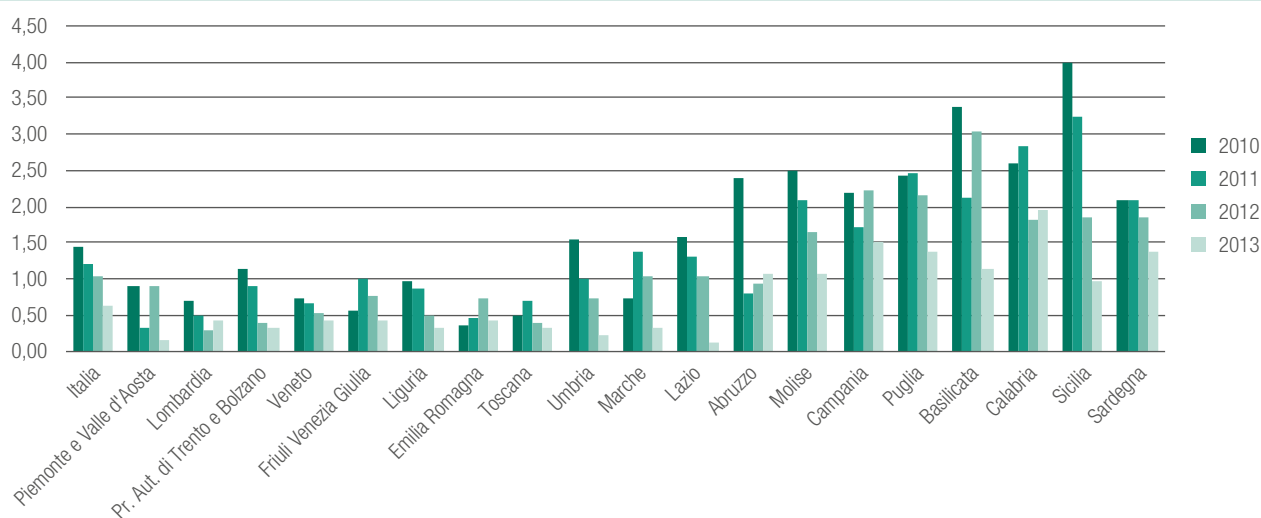
KI 4a.4. Quota della spesa socio-sanitaria *Out Of Pocket* delle famiglie sul totale dei consumi. Valori %, anni 2009-2013

Nel 2013 la spesa socio-sanitaria annua delle famiglie rappresenta il 4,1% dei loro consumi, variando da un minimo pari al 2,3% nelle famiglie appartenenti al primo quintile di consumo ad un massimo pari al 4,8% in quelle appartenenti all'ultimo quintile. Dopo il blocco riscontrato nel triennio 2010-2012, in cui il socio-sanitario rappresentava il 4,0% dei consumi delle famiglie, nel 2013 la quota è sensibilmente aumentata raggiungendo il 4,1%: aumento che ha riguardato soprattutto le famiglie del II°, IV° e V° quintile; importante è invece stata la riduzione nelle famiglie del I° quintile (-0,3 punti percentuali).

KI 4a.5. Quota famiglie con spese socio-sanitarie *Out Of Pocket*. Variazioni %, anni 2013/2008

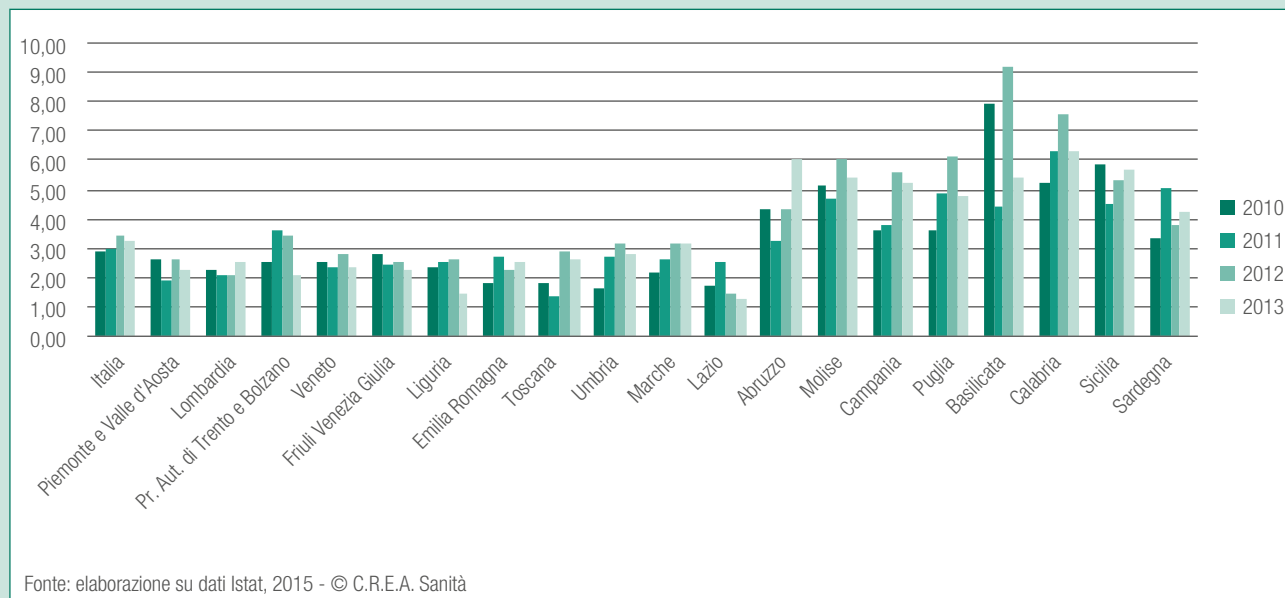
Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Dal 2008 al 2013 il numero di famiglie che hanno sostenuto spese socio-sanitarie OOP si è ridotto con una variazione media annua dello -0,1%. In 11 Regioni c'è stata una riduzione: significativa in Sardegna (-4,22%), Sicilia (-2,82%) e Calabria (-1,37%). Nelle restanti 8 Regioni c'è stato invece un incremento: soprattutto in Emilia Romagna (+1,68%), Lazio (+1,35%) e Abruzzo (+1,24%).

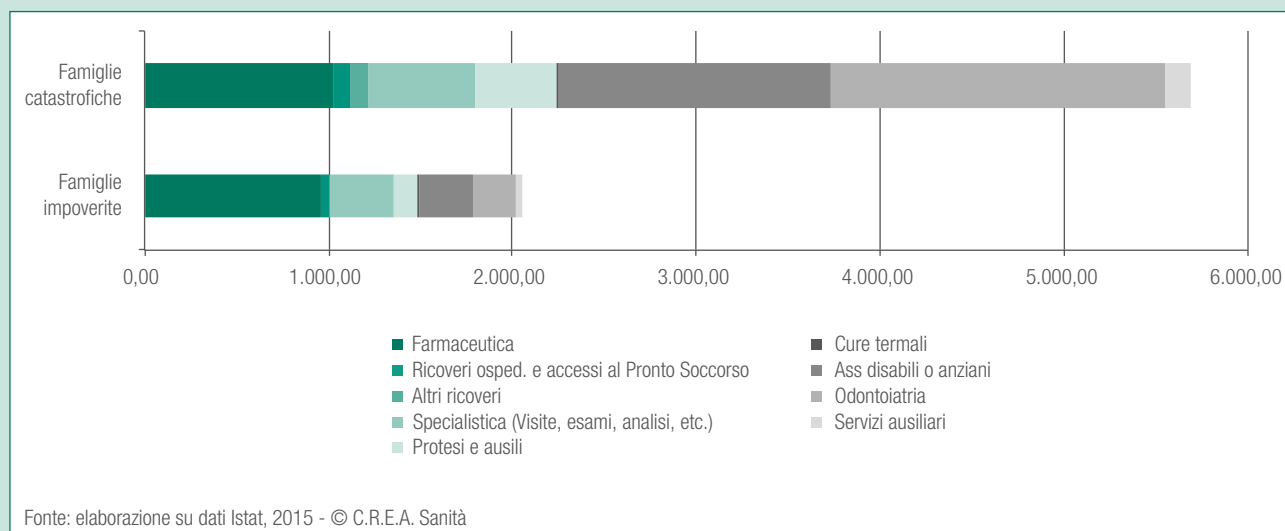
KI 4a.6. Quota famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie *Out Of Pocket*. Valori %, anni 2010-2013

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2013 in Italia 166.077 famiglie si sono impoverite a causa di spese socio-sanitarie OOP (0,65% delle residenti). Il fenomeno colpisce soprattutto le Regioni del Sud (1,61%), poi quelle del Nord (0,43%) e del Centro (0,25%). La Calabria risulta essere la Regione nella quale il fenomeno è più significativo (1,94%), il Lazio quella più indenne (0,14%). L'incidenza del fenomeno dal 2010 al 2013 si è ridotta di 0,8 punti percentuali, ed in tutte le Regioni, ad eccezione dell'Emilia Romagna che ha invece registrato un piccolo aumento passando da 0,36% (2010) a 0,41% (2013).

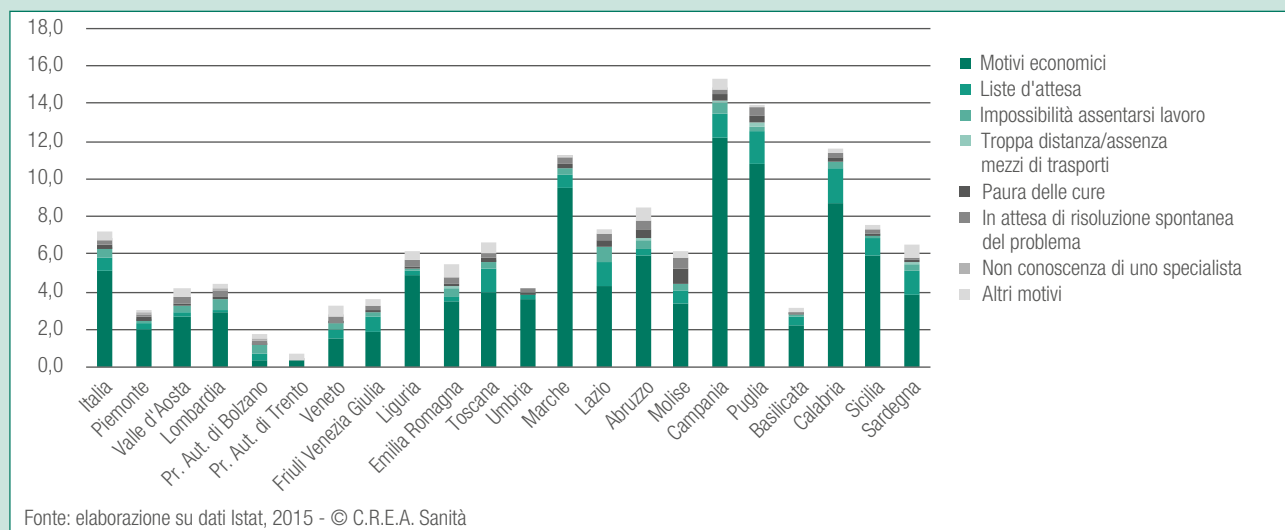
KI 4a.7. Quota famiglie soggette a spese socio-sanitarie *Out Of Pocket* catastrofiche. Valori %, anni 2010-2013

Nel 2013 in Italia 831.795 famiglie sono soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche (3,24% delle residenti). In analogia con il fenomeno dell'impoverimento, colpisce soprattutto le Regioni del Sud (4,85%), poi quelle del Nord (2,80%) e del Centro (1,80%). La Calabria risulta essere la Regione nella quale il fenomeno è più significativo (6,35%), il Lazio quella più indenne (1,30%). Nel 2013, dopo una crescita dal 2,92% del 2010 al 3,43% del 2012, il fenomeno si è ridotto a livello medio nazionale, colpendo il 3,24% delle famiglie, ed è invece continuato ad aumentare in Regioni quali Lombardia, Emilia Romagna, Abruzzo, Sicilia e Sardegna.

KI 4a.8. Spesa socio-sanitaria *Out Of Pocket* annua delle famiglie impoverite e catastrofiche. Valori assoluti (€), anno 2013

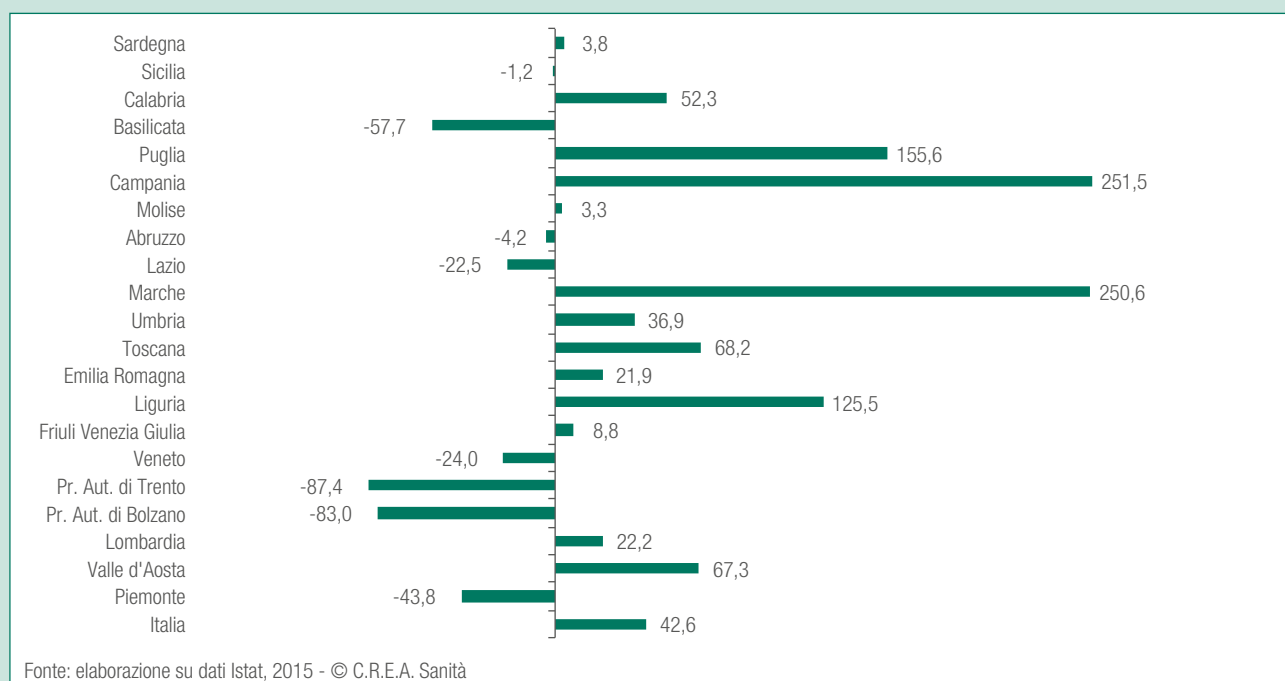
Nel 2013 in Italia le famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie spendono mediamente € 2.055,62 per la sanità: € 955,87 per i farmaci, € 353,96 per la specialistica, € 295,71 per le badanti e € 231,11 per il dentista. Le famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche spendono annualmente in media € 5.686,16 per la sanità: il 31,8% per il dentista, i 28,0% per farmaci e specialistica ed il 25,9% per le badanti.

KI 4a.9. Quota di persone che rinuncia alle cure - per tipo di rinuncia. Valori %, anno 2012



Nel 2012 in Italia il 7,2% dei residenti ha rinunciato a curarsi: il 5,1% lo ha fatto per motivi economici, lo 0,8% a causa delle liste d'attesa, lo 0,4% poiché impossibilitato ad assentarsi dal lavoro, lo 0,3% sperava in una risoluzione spontanea del problema, lo 0,2% per paura delle cure mediche. Nelle Regioni del Sud si riscontra la maggior quota di rinunce (11,2%): l'8,5% dei residenti rinuncia per motivi economici e l'1,2% per le liste d'attesa. Al Centro rinuncia il 7,4% (4,8% per motivi economici e 1,1% per le liste d'attesa) dei residenti ed al Nord il 4,1% (2,6% per motivi economici, 0,4% per impossibilità ad assentarsi dal lavoro e 0,3% per le liste d'attesa).

KI 4a.10. Persone che rinunciano alle cure per motivi economici. Variazioni %, anni 2012/2011



Nel biennio 2011-2012 il numero di residenti che ha rinunciato a curarsi si è ridotto dello -0,5% (la rinuncia per motivi economici è l'unica ad essere aumentata del +42,6%; +82,5% nelle Regioni del Sud). Il fenomeno si è ridotto del -21,7% nelle Regioni del Nord, del -2,8% in quelle del Centro; è invece aumentato del +16,8% in quelle del Sud. La maggior riduzione si è riscontrata nelle PP.AA. di Trento e Bolzano e in Piemonte; il maggior aumento in Campania (+130,8%) e nelle Marche (+111,2%). In Emilia Romagna e Calabria il fenomeno è rimasto pressoché invariato. Considerando le rinunce per motivi economici, nel biennio 2011-2012, queste sono aumentate del +42,6%: Campania, Marche, Puglia e Liguria risultano essere le Regioni più colpite dal fenomeno (+251,5%, +250,6%, +155,6% e +125,5% rispettivamente).

Capitolo 4b

Un esercizio sui Servizi Sanitari Regionali (II edizione)

d'Angela D.¹, Spandonaro F.¹

4b.1. Il progetto

Negli ultimi anni l'attenzione verso l'*accountability* delle politiche pubbliche, e quindi anche di quelle sanitarie, è cresciuta enormemente, con lo sviluppo di diversi sistemi e metodi.

Il progetto “Una misura di *Performance* dei SSR”, realizzato dal gruppo di ricerca del C.R.E.A. Sanità (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) – Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” si propone di sviluppare una metodologia per misurare la *Performance* (in termini di soddisfazione per i servizi, di esiti clinici, di esiti sociali, economici, etc.) dei SSR, integrando e mediando la visione dei differenti *stakeholder* del sistema: si tratta, quindi, di un esperimento di “ingegneria sociale”, potenzialmente utile nel supportare la formazione di indirizzi per le politiche sanitarie pubbliche.

La metodologia sviluppata consiste nella trasposizione del paradigma dell'analisi delle decisioni, proprio della teoria del *Project Management*, nell'ambito sanitario, e in particolare della valutazione delle *Performance*.

La metodologia è stata implementata costituendo un *panel* di esperti, scelti, in funzione delle loro competenze, per rappresentare i diversi *stakeholder* del sistema sanitario, ai quali è stato richiesto di sottoporsi ad un esercizio di elicitazione delle loro personali preferenze.

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 ampi), sia per la natura complessa della Sanità, che notoriamente implica rilevanti

asimmetrie informative. Ricorrere a “soggetti qualificati”, ma portatori di visioni diverse del sistema, comprese quelle proprie degli utenti (ovvero della domanda) è sembrato, quindi, un ragionevole compromesso.

In un *meeting* collegiale, tenutosi a Roma l'1 Ottobre 2014, 38 esperti provenienti da tutt'Italia, e afferenti a cinque Categorie, ‘Utenti’ (Associazioni dei cittadini, sindacati, stampa), ‘Professioni sanitarie’ (Medici di famiglia, ospedalieri, del servizio di emergenza urgenza 118, infermieri, farmacisti), ‘*Management* aziendale’ (Direttori generali, sanitari e amministrativi), ‘Istituzioni’ (Assessorati regionali, Agenzia Nazionale della Sanità, Agenzia Italiana del Farmaco) e ‘Industria medica’, hanno fornito le loro valutazioni, adjuvati da un sistema informatico sviluppato ad hoc.

I componenti del *panel* sono stati prima coinvolti nella scelta delle Dimensioni di *Performance*, quindi nella scelta di indicatori che le rappresentino; quindi, ancora, nella elicitazione del valore sociale che gli esperti attribuiscono ai livelli dei vari indicatori; ed, infine, dei livelli di sostituibilità che gli esperti ritengono esistere fra i diversi possibili esiti.

Come detto, il processo di elicitazione è stata supportato da specifici *software* implementati dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità: ogni esperto ha operato singolarmente con l'ausilio di un computer, che ha raccolto le sue risposte, poi elaborate e aggregate dal *team* di ricerca.

La logica adottata si fonda quindi sull'idea che gli *stakeholder* del sistema perseguano obiettivi (Dimensioni) plurimi, a cui attribuiscono, in base alle loro personali preferenze, un grado di utilità diversificato.

Ogni *stakeholder* sconta, sempre in base alle sua

¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

soggettive preferenze, 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 i risultati su uno dei plurimi obiettivi può in via di principio essere, almeno parzialmente, compensato dai risultati su un altro: un esempio evidente potrebbe essere una maggiore spesa in “cambio” di migliori esiti.

Come detto, l’approccio metodologico non è evidentemente di per sé nuovo, replicando il processo decisionale su cui si basa tutta la 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 per lo più basata su funzioni di composizione definite (spesso in modo non trasparente) a priori, e quasi sempre da una tecnostuttura istituzionale o comunque di esperti: in tal modo si assume, però, un assoluto paternalismo, e/o un rapporto di agenzia perfetto, tale per cui le preferenze sviluppate dal lato dell’offerta rappresentano perfettamente quelle della domanda, ovvero degli utilizzatori dei servizi. Un siffatto approccio è certamente corretto per la autovalutazione della propria *Performance* da parte dei responsabili, ai vari livelli, dell’erogazione dei servizi, ma non può in via di principio esserlo, in una logica di sussidiarietà, per quantificare la *Performance* sociale.

L’idea, evidentemente alternativa, del presente lavoro è quella di elicitar le preferenze soggettive degli *stakeholder*, da cui stimare una funzione di utilità capace di produrre un *ranking* delle *Performance* a livello di SSR rappresentativa della *Performance* sociale.

La scelta del metodo è basata su varie considerazioni, in parte anticipate, che elenchiamo di seguito.

In primo luogo, osserviamo che qualsiasi metodo di composizione adottato implicitamente assume un sistema di “pesi” attribuiti agli indicatori. A titolo di esempio, metodi statistici possono adottare “pesi” proporzionali agli scarti dalla media degli indicatori standardizzati, ov-

vero alla variabilità; metodi qualitativi possono adottare “pesi” arbitrari scelti dal costruttore del modello; persino metodi grafici adottano implicitamente un sistema di “pesi”: a titolo di esempio, il noto metodo dei “bersagli” proposto dall’Istituto Superiore S. Anna, implica in prima istanza pesi uguali per tutti gli indicatori (rimandando a successive ed esterne valutazioni la loro eventuale prioritarizzazione), e come “misura” (semplificando) la distanza lineare dell’indicatore dal centro del bersaglio.

Il nostro tentativo è quello di non imporre implicitamente a priori il sistema di pesi. Nel nostro modello i “pesi” sono, infatti, frutto dell’elicitazione del sistema di preferenze degli *stakeholder*: sono, quindi, soggettivi, ma non arbitrari.

Inoltre, trasparenza vuole che il sistema di “pesi” sia reso esplicito, in quanto da essi dipende il risultato finale: l’elicitazione delle utilità relative, adottata nel seguito, garantisce che il sistema dei “pesi” sia completamente esplicito e quindi come tale anche “criticabile”.

Ci basiamo sull’analogia con la teoria della domanda, in quanto la natura pubblica del servizio ci sembra debba mettere al centro del sistema di interessi prima di tutti i cittadini e gli altri “utilizzatori” del sistema: le loro preferenze riteniamo rappresentino l’ingrediente fondamentale per un sistema di valutazione dei SSR nella logica dell’*accountability*.

4b.2. Risultati

In particolare i componenti del *panel* hanno selezionato 12 indicatori su un set di 30, afferenti a quattro dimensioni di *Performance*: Sociale, Economico-finanziaria, Esiti e Appropriatazza (Tabella 4b.1)

Nell’esercizio condotto, i partecipanti hanno prescelto tre indicatori per rappresentare la Dimensione ‘Sociale’: ‘Quota % di persone che rinunciano a sostenere spese sanitarie per motivi economici’, ‘Quota % di famiglie senza figli con anziani a carico impoverite a causa di spese sanitarie *Out of pocket*’ e ‘Quota % di famiglie senza figli con anziani a carico soggette a spese catastrofiche sanitarie *Out of pocket*’. Questi sono risultati essere i più importanti (fra i 9 proposti) per tutte e cinque le categorie.

Tabella 4b.1. Indicatori di *Performance*

Prospettiva	Indicatore
Sociale (Equità)	% famiglie con anziani in carico impoverite
	% famiglie con due figli piccoli impoverite
	% famiglie impoverite con spese Out of pocket
Economico-finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite pesata
	Spesa pro-capite per investimenti fissi in sanità e assistenza sociale
	% di disavanzo su FSR
Esiti	Tasso di mortalità evitabile
	Speranza di vita libera di disabilità (75+)
	Persone molto soddisfatte dall'assistenza medica ospedaliera
Appropriatezza	Tasso di ricovero per BPCO, diabete e scompenso per residenti 50-74 anni
	% anziani in ADI sul totale della popolazione anziana (65+)
	Quota ricoveri ospedalieri ordinari con DRG inappropriati

Fonte: elaborazione su dati televoter del panel, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

I tre più votati (fra 15) per la Dimensione 'Economico-finanziaria' sono stati: 'Spesa sanitaria totale pro-capite pesata', 'Spesa sanitaria pubblica pro-capite' e 'Spesa per *ticket* pro-capite'; mentre i primi due occupano uno dei primi tre posti per ogni categoria, l'ultimo è preferito soprattutto dalle 'Professioni sanitarie' e dagli 'Utenti'; 'Management aziendale', 'Professioni sanitarie' e 'Industria medica' preferiscono invece 'Spesa farmaceutica ospedaliera pubblica pro-capite pesata - numeri indice' (le prime due) e 'Quota % disavanzo regionale' la terza.

Per la Dimensione 'Esiti', 'Tasso di mortalità per tumore del colon, del retto e dell'ano', 'Quota % bambini in sovrappeso' e 'Tasso di mortalità per tumore alla mammella' sono risultati i tre indicatori più votati fra 19 proposti.

Il primo e il terzo sono i primi due più votati da 'Istituzioni', 'Management aziendale' e 'Professioni sanitarie'; 'Utenti' e 'Industria medica' sembrano invece dare più importanza alle patologie croniche.

L'indicatore 'Quota % bambini in sovrappeso' occupa invece il secondo posto in tutte le Categorie.

Infine, per la Dimensione 'Appropriatezza' i tre indicatori prescelti (fra 11 proposti) sono risultati: 'Quota % di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati', 'Quota % di adesione agli *screening* femminili (mammografia 40+ e *pap-test* 25-34)' e 'Tasso di copertura vaccinale in età pediatrica (morbillo, rosolia e parotite)'.

Il primo è stato il più votato da 'Istituzioni', 'Utenti' ed 'Industria medica'; 'Professioni sanitarie' e 'Management aziendale' hanno invece dato la precedenza rispettivamente a 'Tasso di copertura vaccinale in età pediatrica (morbillo, rosolia e parotite)' e 'Quota % di anziani in ADI sul totale della popolazione anziana (65+)', mettendolo al secondo posto.

L'indicatore 'Quota % di adesione agli *screening* femminili (mammografia 40+ e *pap-test* 25-34)' è stato ritenuto il più importante dalle 'Istituzioni' (primo posto), occupa invece il secondo posto in tutte le altre Categorie.

Il 'Tasso di copertura vaccinale in età pediatrica (morbillo, rosolia e parotite)' è ritenuto il più importante per 'Istituzioni' e 'Utenti' (primo posto), occupa il secondo posto per 'Management aziendale' e 'Industria medica', il terzo per le 'Professioni sanitarie'.

Il *panel*, avvalendosi di specifici *software* implementati dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità, dopo avere scelto per ogni dimensione di *Performance* gli indicatori che meglio le rappresentino, ha poi elicitato il valore sociale dei diversi indicatori, ed infine l'eventuale sostituibilità che gli esperti ritengono ci sia fra i diversi possibili esiti.

Nel secondo *step*, quindi, è stato chiesto ai partecipanti di esprimere la loro funzione di valore; in altri termini, per ognuno degli indicatori prescelti, l'utilità attribuita

ai valori che l'indicatore può assumere (dal minimo al massimo teorico, che sono stati associati ad una utilità espressa in una scala 0-1).

Il minimo e massimo sono determinati a priori in funzione dei valori effettivi (rispettivamente peggiore e migliore) determinati a livello regionale.

Ai singoli componenti del *panel* è stato chiesto di indicare un numero da 0 (assimilabile all'utilità del peggiore risultato nazionale) a 100 (assimilabile all'utilità del migliore risultato nazionale), in corrispondenza di cinque specifici valori intermedi assunti da ogni indicatore.

Un elemento da far rilevare è che la funzione di valore non ha vincoli analitici: ad esempio non necessariamente il valore deve assumere una funzione di valore lineare. Anzi l'aspettativa a priori era che non lo fosse, perché è sembrato ragionevole che a livelli diversi dell'indicatore, l'utilità marginale ottenibile da ulteriori miglioramenti/peggioramenti possa essere del tutto diversa: ad esempio, un lieve miglioramento da una situazione già vicina all'ottimale, potrebbe avere un "valore" diverso dallo stesso miglioramento ottenuto a partire da una situazione critica, e viceversa.

La funzione di valore ottenuta per il primo indicatore prescelto, ovvero 'Quota % di famiglie senza figli con anziani a carico impoverite a causa di spese sanitarie *Out of pocket*' (Dimensione sociale), presenta un andamento sigmosoidale per tutte le categorie.

Valori dell'indicatore superiori a quello in corrispondenza della Regione di rango 6 (nell'apprezzamento del valore numerico si consideri, anche nel seguito, che le funzioni sono interpolate) sono considerati quasi equivalenti, ovvero l'utilità marginale ottenibile con miglioramenti dell'indicatore oltre il livello predetto sono ritenuti poco significativi.

Sull'altro versante, valori compresi tra la peggiore e la Regione di rango 3 sono considerati "ugualmente" inaccettabili, con una "utilità" in media molto bassa e pari a 0,2: fa parziale eccezione il gruppo delle "Professioni sanitarie" che ritiene il livello in corrispondenza della Regione di rango 3 accettabile (utilità pari a 0,4).

I valori intorno alla mediana della distribuzione crescono con un "rendimento" decrescente man mano che migliora l'indicatore: l'andamento è comune a tutte le

categorie, tranne che per il *management* per il quale si inverte.

Come già rilevato l'anno scorso, 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.

In particolare si conferma che gli indicatori della dimensione 'Sociale' seguono una logica tipica dell'approccio alla teoria della giustizia distributiva; quelli della dimensione 'Economico-finanziaria' coerentemente con gli assunti economici seguono un andamento coerente con l'assunto dell'utilità marginale decrescente; le funzioni di valore delle dimensioni 'Esiti' e 'Appropriatezza' hanno un andamento sostanzialmente lineare: solo i reali "produttori", ovvero i 'Professionisti sanitari' esprimono strutture di preferenze che sono più orientate a riconoscere una "produttività" marginale decrescente degli interventi sanitari; viceversa è tendenzialmente opposta l'opinione dei rappresentanti dell' 'Industria medicale' sulla produttività degli interventi.

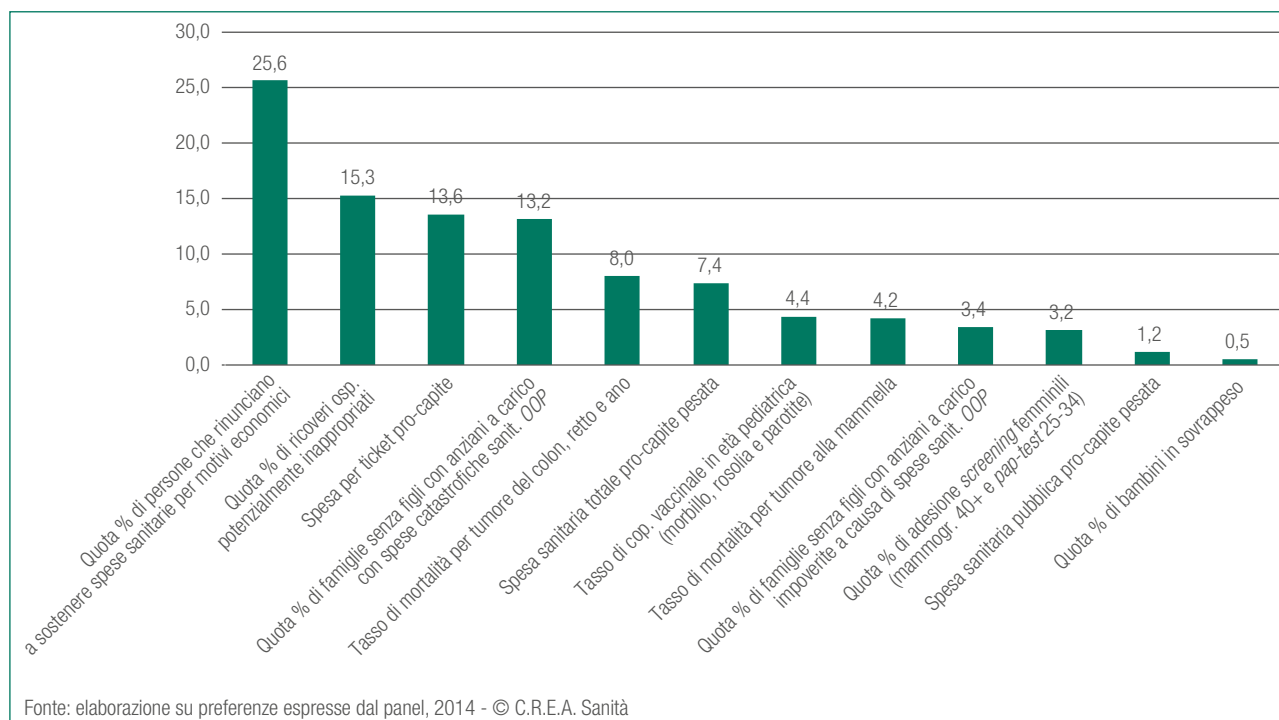
Sulla base delle preferenze relative espresse è stato possibile nel terzo *step* definire "i tassi di sostituibilità", non solo tra i singoli indicatori, ma anche fra le relative Dimensioni di *Performance*.

Complessivamente i primi quattro indicatori, 'Quota % di persone che rinunciano a sostenere spese sanitarie per motivi economici', 'Quota % di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati', 'Spesa per *ticket* pro-capite' e 'Quota % di famiglie senza figli con anziani a carico soggette a spese catastrofiche sanitarie *Out of pocket*', contribuiscono alla *Performance* dei SSR per oltre il 67%. Quelli che contribuiscono meno, complessivamente pesando per poco meno del 5% sono 'Quota % di adesione agli *screening* femminili (mammogr. 40+ e *pap-test* 25-34)', 'Spesa sanitaria pubblica pro-capite pesata' e 'Quota % bambini in sovrappeso' (Figura 4b. 1).

Anche in questo caso le preferenze appaiono significativamente diverse per categoria di *stakeholder*.

Prendendo in analisi i singoli indicatori, la 'Quota % di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati' è quello che per le 'Istituzioni' e gli 'Utenti' contribuisce in maggior misura alla *Performance* (34,0% e 29,1% rispettivamente); peraltro 'Utenti' e 'Istituzioni' sono le

Figura 4b.1. Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR (%)



uniche Categorie che attribuiscono un “peso” elevato all’inappropriatezza dei ricoveri.

Per le ‘Professioni sanitarie’ e il ‘Management aziendale’ lo è in maggior misura l’indicatore ‘Spesa sanitaria totale pro-capite pesata’ (23,3% e 12,1% rispettivamente); per l’‘Industria’ contribuisce in maggior misura l’indicatore ‘Quota % di adesione agli screening femminili (mammogr. 40+ e pap-test 25-34)’ (13,8%).

Possiamo interpretare i risultati notando che le ‘Professioni sanitarie’ ritengono di dover rispondere anche a obiettivi di natura gestionale, ovvero contenere la spesa, sebbene garantendo esiti, appropriatezza e attenzione verso gli anziani fragili.

Si evince che il ‘Management aziendale’ ritenga, come già era apparso evidente l’anno scorso, e come è ovviamente logico per il ruolo ricoperto, che gli sia affidata la dimensione dell’efficienza a tutti i livelli: in primis rappresentata da spesa ed appropriatezza, ma cresce, e diventa primaria l’attenzione verso gli esiti delle cure.

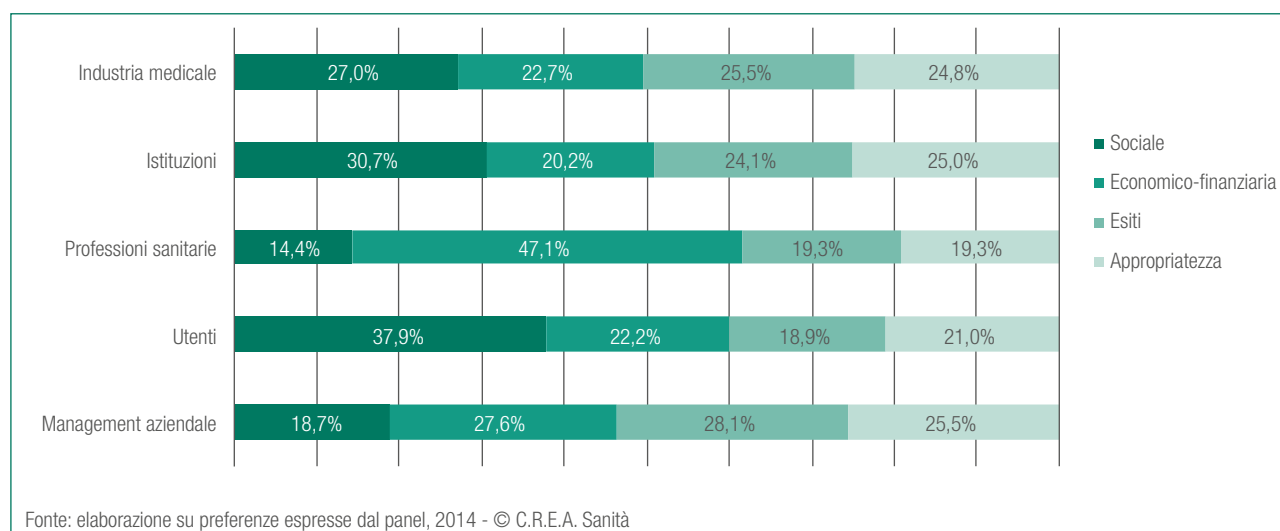
Le ‘Istituzioni’ ritengono che la Performance dei SSR dipenda in maggior misura dalla appropriatezza, rappresentata dalla quota di ricoveri inappropriati (34,0%),

attribuendo pesi omogenei a tutti gli altri indicatori selezionati. Questa Categoria, rispetto a quanto riscontrato nella prima edizione, sembra essersi avvicinata alla visione degli ‘Utenti’, allontanandosi da quella delle ‘Professioni sanitarie’ (in verità sono queste ultime che in questa seconda edizione hanno notevolmente aumentato il “peso” attribuito della Dimensione ‘Economico-finanziaria’).

La Categoria ‘Industria medica’ è quella che dà un maggiore “peso” effettivo alla prevenzione, seguito dall’impoverimento delle famiglie con anziani a causa delle spese sanitarie.

In sintesi, in questa seconda edizione è leggermente aumentato il contributo della Dimensione ‘Sociale’ alla Performance, raggiungendo il 44,0% (37,4% nella precedente), e fortemente quello della ‘Economico-finanziaria’, che ha raggiunto il 33,0% a fronte del 20,5% della precedente. È anche leggermente aumentato il contributo della dimensione ‘Esiti’ con il 9,4% (8,9% nella precedente), mentre si è invece ridotto di più del 50% il contributo dell’‘Appropriatezza’ raggiungendo il 13,6%, a fronte del 33,2% dello scorso anno (Figura 4b.2)

Figura 4b.2. Contributo delle Dimensioni alla Performance dei SSR (%) - Per Categoria



Per la Categoria ‘Utenti’ le Dimensioni ‘Sociale’ ed ‘Economico-finanziaria’ contribuiscono per più del 60% alla Performance di un sistema sanitario (37,9% e 22,2% rispettivamente); le altre Dimensioni, ‘Esiti’ ed ‘Appropriatazza’, seguono rispettivamente con 18,9% e 21,0%.

Un peso “importante” alla Dimensione ‘Sociale’ viene dato anche dalle altre Categorie (30,7% per le ‘Istituzioni’, 28,1% per il ‘Management aziendale’ e 27,0% per l’Industria medicale), ad eccezione delle ‘Professioni sanitarie’ per le quali contribuisce solo per 14,4%, sebbene tutta concentrata sull’indicatore che considera gli anziani.

Per quest’ultima Categoria la Dimensione ‘Economico-finanziaria’ contribuisce per il 47,1% alla Performance, ‘Esiti’ ed ‘Appropriatazza’ in egual misura (19,3%).

Per la Categoria del ‘Management aziendale’, la dimensione ‘Esiti’ contribuisce in maggior misura per il 28,1%, seguita da quella ‘Economico-finanziaria’ con il 27,6%, da quella ‘Appropriatazza’ con il 25,5% ed infine da quella ‘Sociale’ con il 18,7%.

Una situazione di sostanziale omogeneità dei contributi, che conferma quanto già riscontrano nella precedente edizione, si riscontra per la Categoria ‘Industria medicale’: ‘Sociale’ per il 27,0%, ‘Esiti’ per il 25,5%, ‘Appropriatazza’ per il 24,8% ed ‘Economico-finanziaria’ per il 22,7%.

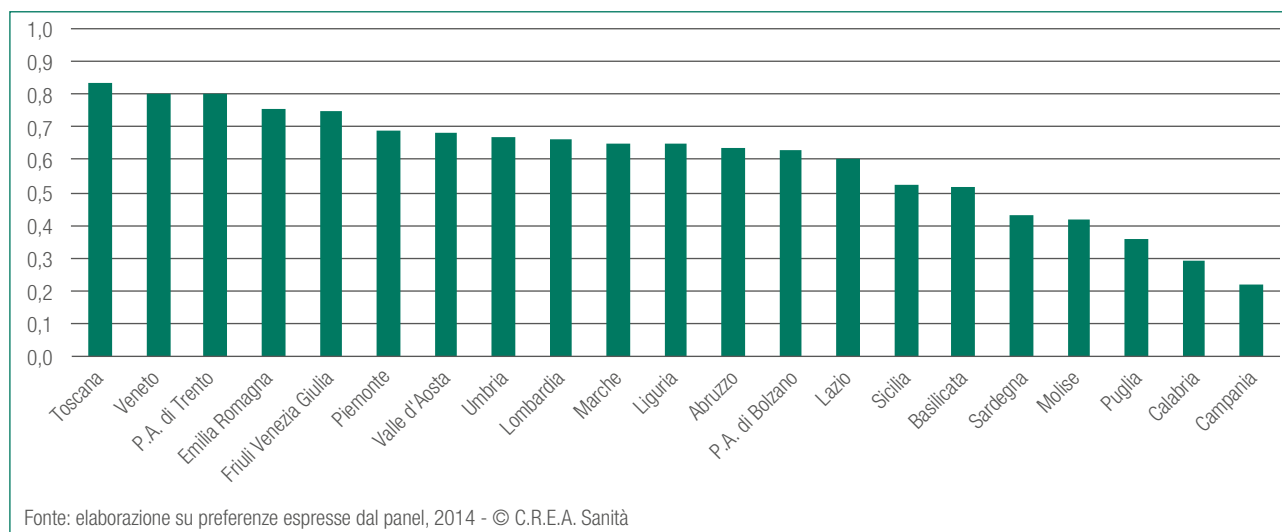
Prendendo in analisi la Categoria delle ‘Istituzioni’, la Dimensione ‘Sociale’ contribuisce alla Performance

del SSR per il 30,7%, seguita dalla Dimensione ‘Appropriatazza’ per il 25,0%; Dimensione ‘Esiti’ per il 24,1% e dalla Dimensione ‘Economico-finanziaria’ viene ultima con il 20,2%.

Dall’analisi della misura della Performance ottenuta, sintesi delle preferenze espresse da tutte e cinque le Categorie di stakeholder rappresentate nel Panel di Esperti, l’indice oscilla da un massimo di 0,83 ad un minimo di 0,21: il primo valore è associato al SSR della Toscana ed il secondo a quello della Regione Campania (Figura 4b. 3).

A cinque SSR è associato una misura di Performance superiore a 0,70 (70% della Performance massima teoricamente ottenibile); a nove SSR (Friuli Venezia Giulia, Valle d’Aosta, Umbria, Lombardia, Marche, Liguria, Abruzzo, Lazio e P.A. di Bolzano) un valore superiore a 0,60; e a sette, Sicilia, Basilicata, Sardegna, Molise, Puglia, Calabria e Campania, un valore inferiore o circa pari a 0,50.

Una mera “interpretazione grafica” sembra far emergere 5 Regioni “complessivamente eccellenti” (Toscana, Veneto, P.A. di Trento, Emilia Romagna e Piemonte) un folto gruppo di Regioni “con Performance complessive in media accettabili”, e un gruppo di Regioni con Performance complessive progressivamente peggiori, che comprende tutto il meridione, ad eccezione della Basilicata.

Figura 4b.3. Misura di *Performance* dei SSR

Anche in questa edizione, come discusso nel paragrafo precedente, è risultato evidente come differenti *stakeholder* sono portatori di diverse valutazioni delle *Performance* dei SSR.

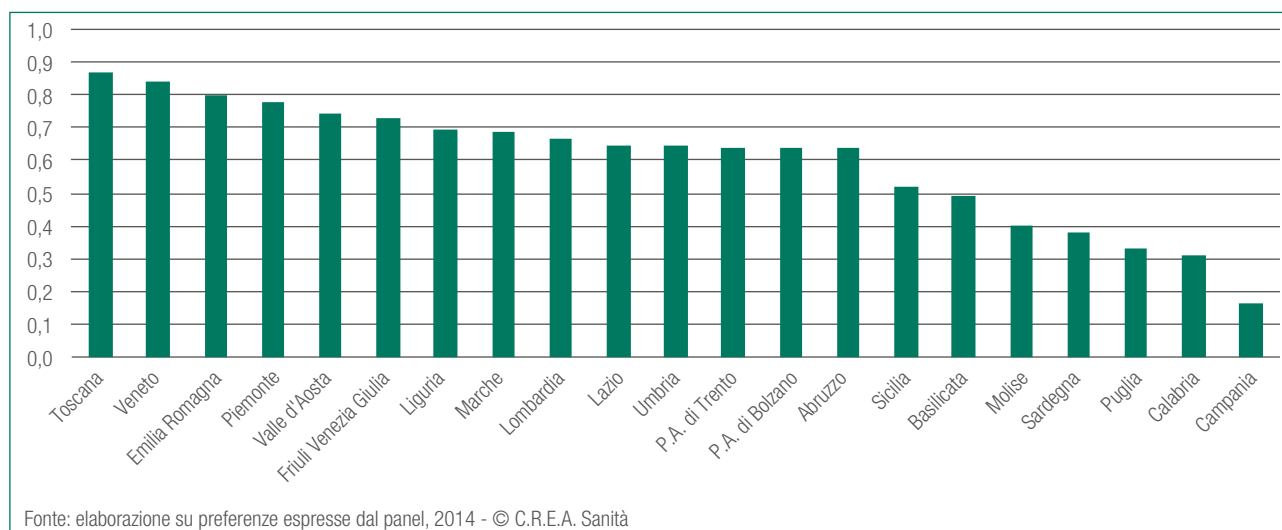
Si riportano di seguito i *ranking* ottenuti distinti per Categoria.

4b.2.1. Misura di *Performance* SSR categoria 'Utenti'

Per la Categoria 'Utenti', la misura di *Performance* dei SSR varia dallo 0,88 del Veneto allo 0,17 del SSR

campano. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,55; Veneto, Toscana ed Emilia Romagna hanno una misura di *Performance* compresa tra 0,80 e 0,88 (Figura 4b.4).

Nella prospettiva della categoria 'Utenti' i SSR emiliano e piemontese recuperano una posizione diventando rispettivamente terzo e quarto. Veneto e Toscana invertono le loro posizioni diventando rispettivamente primo e secondo. Il SSR laziale recupera due posizioni. Restano invece invariate le ultime tre posizioni di Puglia, Calabria e Campania.

Figura 4b.4. Misura di *Performance* dei SSR - Categoria 'Utenti'

4b.2.2. Misura di *Performance* SSR categoria 'Professioni sanitarie'

Secondo la Categoria 'Professioni sanitarie' la misura di *Performance* varia dallo 0,88 della Toscana allo 0,21 del SSR campano. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,63; Toscana, P.A. di Trento, Veneto, Piemonte ed Emilia Romagna compreso tra 0,81 e 0,88 (Figura 4b.5)

Rispetto alla valutazione complessiva Veneto e P.A. di Trento invertono le loro posizioni diventando rispettivamente terza e seconda; così come Piemonte ed Emilia Romagna che diventano rispettivamente quarta e quinta. Si invertono le ultime due posizioni di Campania e Calabria (penultima e ultima rispettivamente).

Nella prospettiva dei 'Professionisti sanitari' il SSR molisano recupera una posizione (da terz'ultimo a quart'ultimo), quello laziale ne perde una (da tredicesimo a quattordicesimo).

4b.2.3. Misura di *Performance* SSR categoria 'Industria medicale'

Per la categoria 'Industria medicale', la misura di *Performance* varia dallo 0,84 di Toscana e Veneto allo 0,20 del SSR calabrese. Solo tre Regioni hanno un va-

lore di *Performance* inferiore allo 0,30: Puglia, Campania e Calabria (Figura 4b.6).

Toscana e Veneto detengono le prime tre posizioni con un indice pari a 0,84.

In questa prospettiva l'Emilia Romagna recupera una posizione diventando terza, ed i SSR calabrese e siciliano ne perdono una diventando rispettivamente ultimo e sedicesimo.

4b.2.4. Misura di *Performance* SSR categoria 'Management aziendale'

Per la categoria 'Management Aziendale' la misura di *Performance* varia dallo 0,80 del Veneto allo 0,24 del SSR calabrese. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,55; Veneto, Toscana, P.A. di Trento, Piemonte ed Emilia Romagna hanno valori compresi tra 0,73 e 0,80 (Figura 4b.7).

Veneto e Toscana, Piemonte ed Emilia Romagna, Campania e Calabria invertono le loro posizioni rispetto alla valutazione complessiva.

4b.2.5. Misura di *Performance* SSR categoria 'Istituzioni'

Per la categoria delle 'Istituzioni', la misura di *Per-*

Figura 4b.5. Misura di *Performance* dei SSR - Categoria 'Professioni sanitarie'

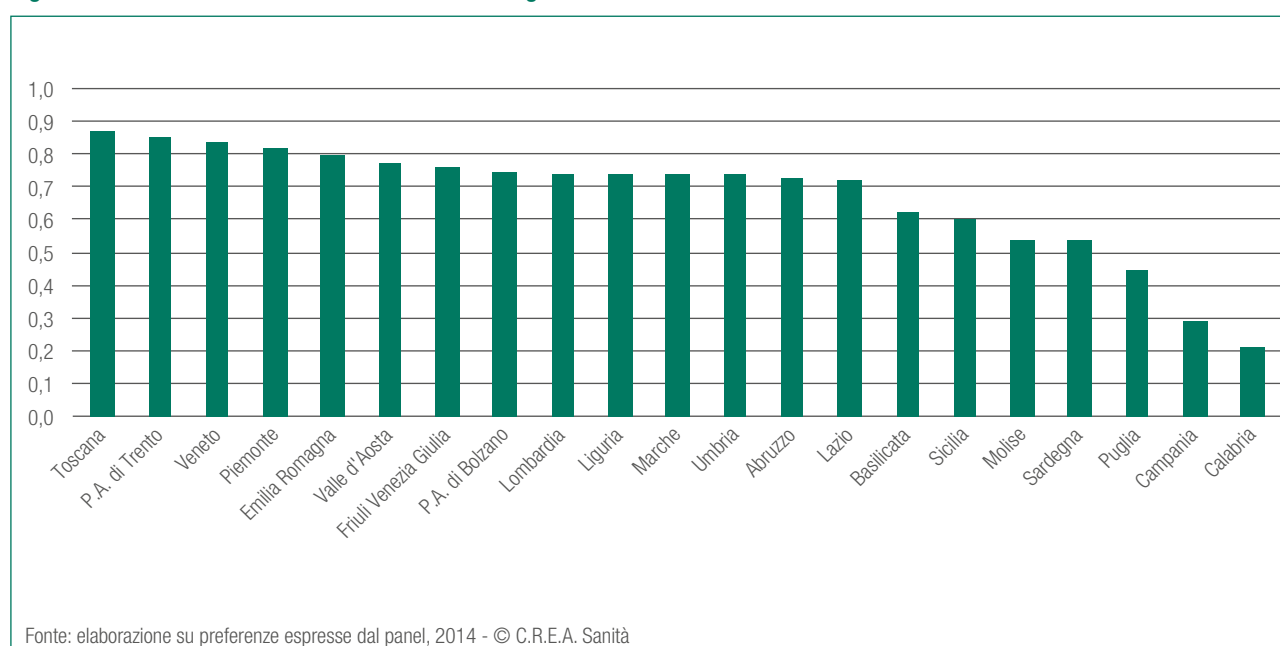
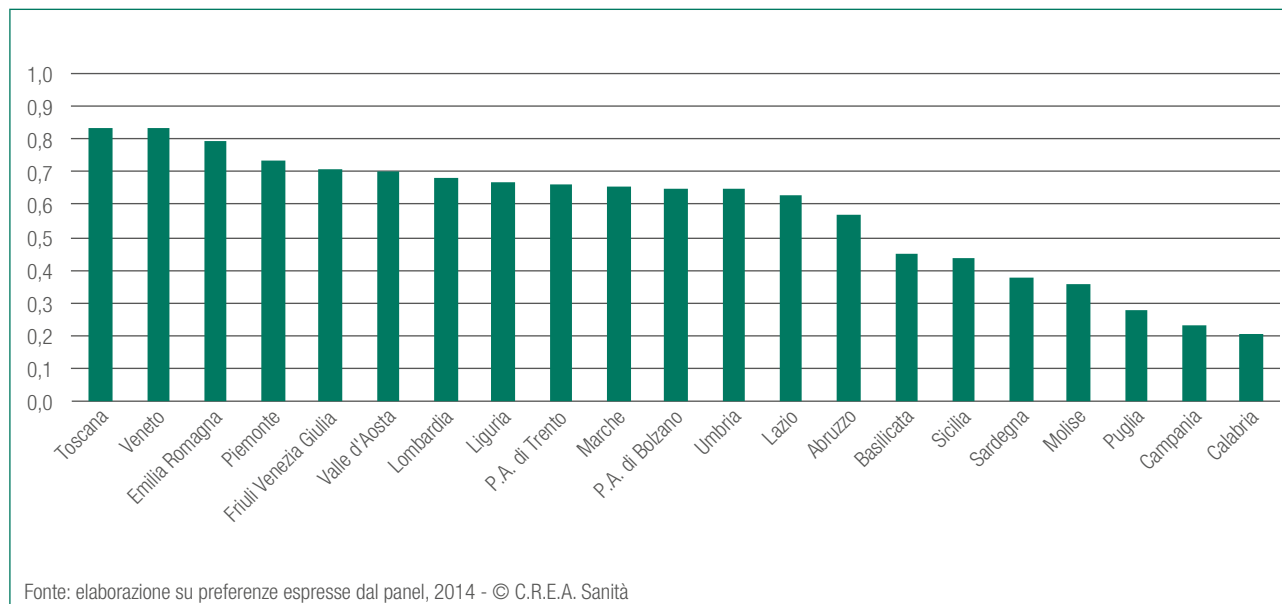
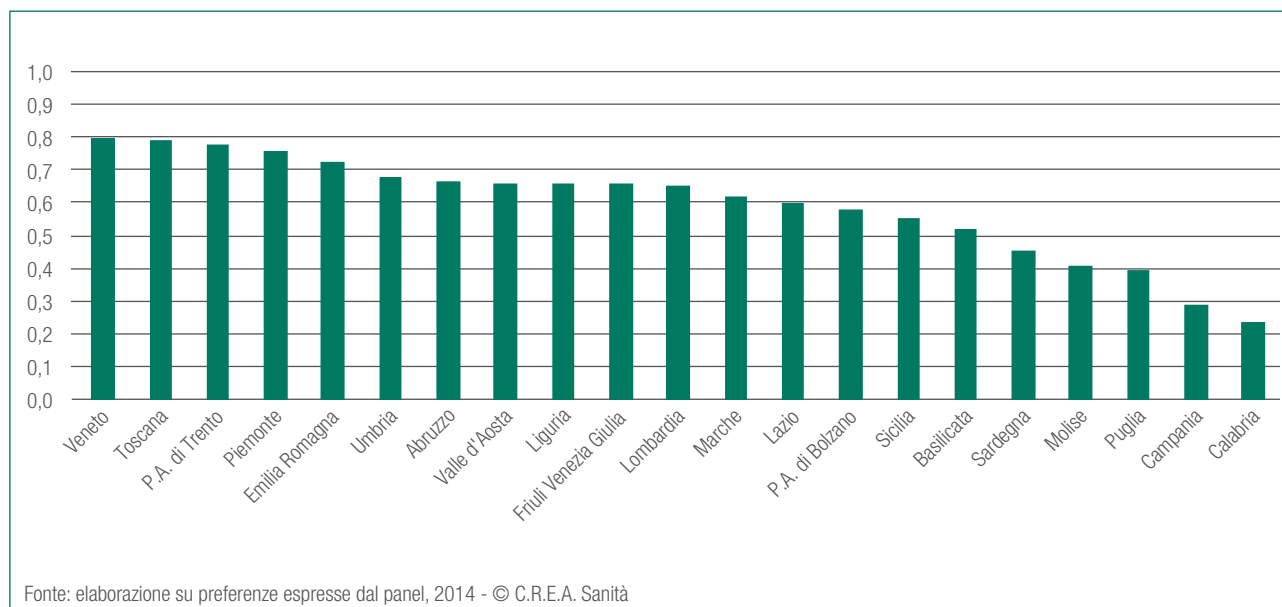


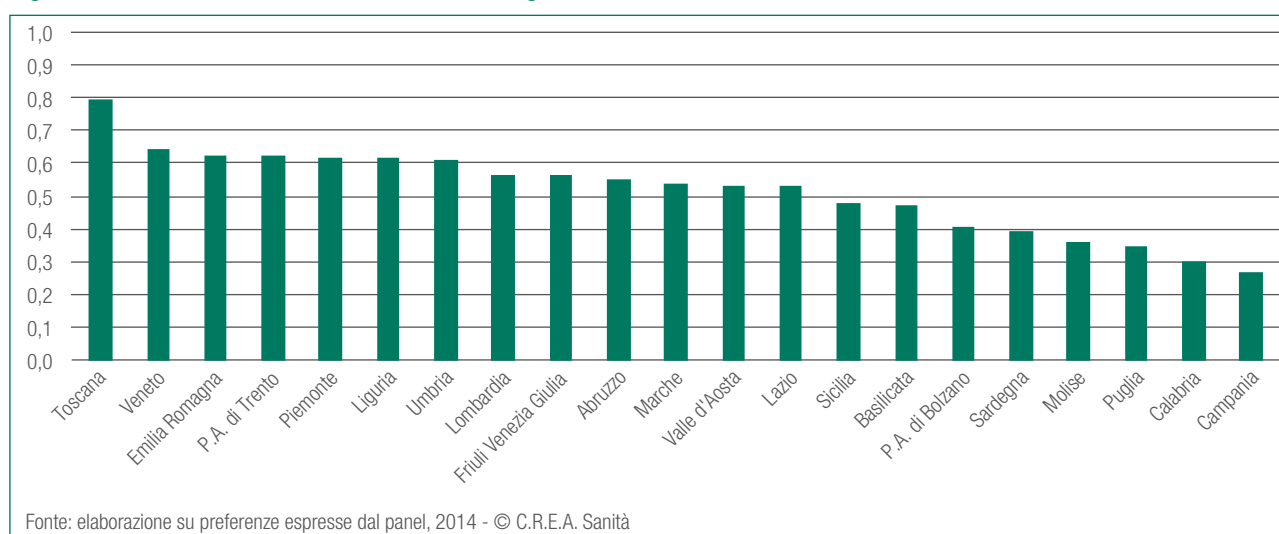
Figura 4b.6. Misura di *Performance* dei SSR - Categoria 'Industria medicale'Figura 4b.7. Misura di *Performance* dei SSR - Categoria 'Management aziendale'

formance varia dallo 0,80 della Toscana allo 0,27 del SSR campano. Subito dopo la Toscana, seguono con misure di *Performance* pressoché simili (da 0,61 a 0,65) sei SSR: Veneto, Emilia Romagna, P.A. di Trento, Piemonte, Liguria e Umbria. Le ultime quattro Regioni, Molise, Puglia, Calabria e Campania, hanno invece indici di *Performance* inferiori a 0,40 (Figura 4b.8).

La Toscana conserva la prima posizione per questa categoria, seguita dal Veneto e dall'Emilia Romagna.

Il SSR emiliano recupera una posizione rispetto alla valutazione complessiva, quello ligure ne recupera cinque diventando sesto.

Le ultime quattro mantengono invariate le loro posizioni rispetto alla valutazione complessiva.

Figura 4b.8. Misura di *Performance* dei SSR - Categoria 'Istituzioni'

4b.3. Riflessioni e contributi alla politica sanitaria

Anche in questa seconda applicazione del metodo i risultati ottenuti confermano come le misure di *Performance* non sono neutrali, dipendendo dalle prospettive dei diversi *stakeholders* del sistema: a riprova di ciò, sebbene rimangano sostanzialmente costanti le “classi di merito”, i *ranking* regionali variano al variare della categoria.

Questo risultato ci sembra confermi l'importanza di considerare le differenti visioni e eventualmente di “mediarle” in una prospettiva sociale.

Come detto le “classi di merito” si confermano: alcuni SSR risultano occupare stabilmente sempre le stesse posizioni, indipendentemente dalla prospettiva della categoria; per altre si è detto come la posizione sia variabile a seconda della categoria presa in analisi.

Il progetto “Una misura di *Performance* dei SSR” ha l'ambizione di portare un contributo su due elementi sostanziali negli esercizi di valutazione della *Performance*: il primo è l'importanza di considerare la multi-dimensionalità degli obiettivi: nelle politiche sanitarie tali obiettivi sono molteplici e il “rendere conto”, intrinseco nel concetto di *accountability*, richiede la trasparenza sul focus dell'analisi; il secondo, e fondamentale elemento,

è quello della prospettiva adottata: persone o gruppi di interesse (*stakeholder*) diversi, possono legittimamente avere idee (preferenze) diverse in termini di priorità degli obiettivi.

Per rispondere alle esigenze citate, il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità ha cercato con questo progetto di implementare un metodo basato sulla elicitazione delle preferenze degli *stakeholder*, mutuato dalla logica della teoria economica, e già reso operativo in approcci tipici delle decisioni multiattributo.

In questa seconda edizione del progetto (anno 2014) si è in particolare evidenziato e confermato che:

- 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;
- il contributo che le varie Dimensioni di analisi danno alla *Performance* sono fortemente difforni e, di nuovo, dipendenti dalle preferenze di cui i diversi *stakeholder* sono portatori.

Il confronto fra le due annualità, al di là di alcuni cambiamenti nei *ranking* regionali, permette di apprezzare come il contributo che le varie Dimensioni di analisi danno alla *Performance* varia anche all'evoluzione del

contesto politico in cui si trova il Paese, e quindi le Regioni.

Non appare un caso che per un verso nel secondo anno di analisi si esaspera il contributo alla *Performance* complessiva della dimensione 'Economico-finanziaria', ma cresce anche fortemente l'attenzione verso gli esiti, in ossequio al contestuale passaggio delle Regioni in Piano di rientro ad una nuova fase in cui assume importanza, oltre al risanamento finanziario, anche la verifica del rispetto dei LEA.

In qualche modo appare coerente con questa visione l'importanza, più virtuale che effettiva, attribuita agli indicatori di prevenzione, che indica come in una fase di risorse fortemente limitate gli investimenti passano spesso, purtroppo, in secondo piano.

In termini numerici, riepilogando quanto emerso da questa seconda applicazione del metodo, si ha che:

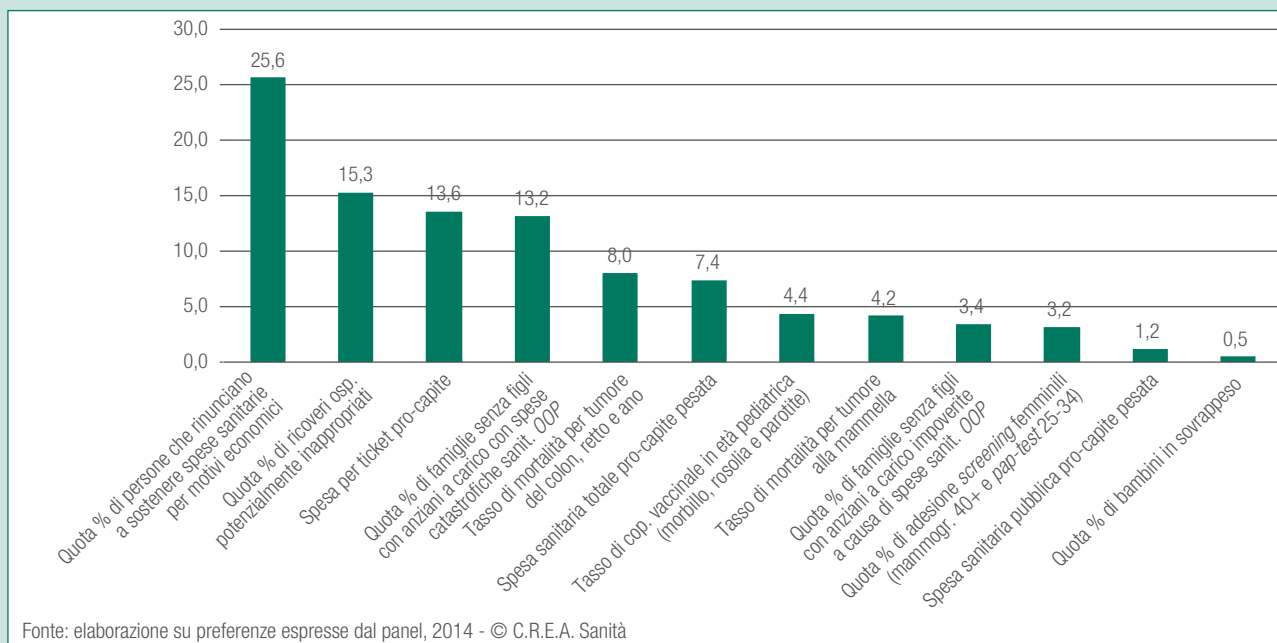
- il valore attribuito alle determinazioni degli indicatori segue logiche razionali; nello specifico, negli indicatori di tipo 'Sociale' ed 'Economico-finanziario' si percepisce come valori sotto una certa soglia sono considerati inaccettabili, e superate soglie di "buona *Performance*" il beneficio aggiuntivo viene valutato rapidamente decrescente; per gli indicatori di 'Appropriatezza' ed 'Esiti' sono invece stati definiti degli andamenti lineari, ovvero al migliorare del valore dell'indicatore migliora proporzionalmente quello della *Performance*;
- il contributo della Dimensione 'Sociale' è molto forte per 'Utenti' (37,9%), 'Istituzioni' (30,7%) ed 'Industria medica' (27,0%); quella 'Economico-finanziaria' ha un ruolo importante soprattutto per le 'Professioni sanitarie' (47,1%) e il 'Management aziendale' (27,6%); la Dimensione 'Appropriatezza' fornisce un contributo importante per le Categorie 'Management aziendale' (25,5%), 'Istituzioni' (25,0%) e 'Industria Medica' (24,8%); gli 'Esiti' pesano in minor misura per 'Utenti' (18,9%) e 'Professioni sanitarie' (19,3%);
- rispetto alla precedente edizione è aumentato il "peso" del 'Sociale' nella *Performance*, probabilm-

mente a causa della evidente difficoltà che stanno incontrando i cittadini in questo periodo nell'accesso ai servizi dei SSR; ma ancor di più è aumentato il peso dell'Economico-finanziario'; in particolare aumenta il "peso" attribuito dalle 'Professioni sanitarie' alla dimensione 'Economico-finanziaria', probabilmente risentendo del fatto che questi ultimi sono sempre più chiamati a "far quadrare i conti" già nelle loro unità operative, siano esse di servizi (farmacia, etc.), di area clinica, ospedaliera o territoriali;

- 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, da un massimo di 0,83 ad un minimo di 0,22 (nel range 0-1): il primo valore è associato al SSR della Toscana e il secondo a quello della Regione Campania. A cinque SSR è associato una misura di *Performance* superiore a 0,70 (70% della *Performance* massima teoricamente ottenibile); a nove SSR (Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Umbria, Lombardia, Marche, Liguria, Abruzzo, Lazio e P.A. di Bolzano) un valore superiore a 0,60, con le ultime tre su un piano leggermente inferiore alle altre; sette Regioni, Sicilia, Basilicata, Sardegna, Molise, Puglia, Calabria e Campania, ottengono un valore inferiore a 0,60. Una mera "interpretazione grafica" sembra far emergere 5 Regioni "complessivamente eccellenti" (Toscana, Veneto, P.A. di Trento, Emilia Romagna e Piemonte) un folto gruppo di Regioni "con *Performance* complessive in media accettabili", e un gruppo di Regioni con *Performance* complessive progressivamente peggiori, che comprende tutto il meridione, ad eccezione della Basilicata.

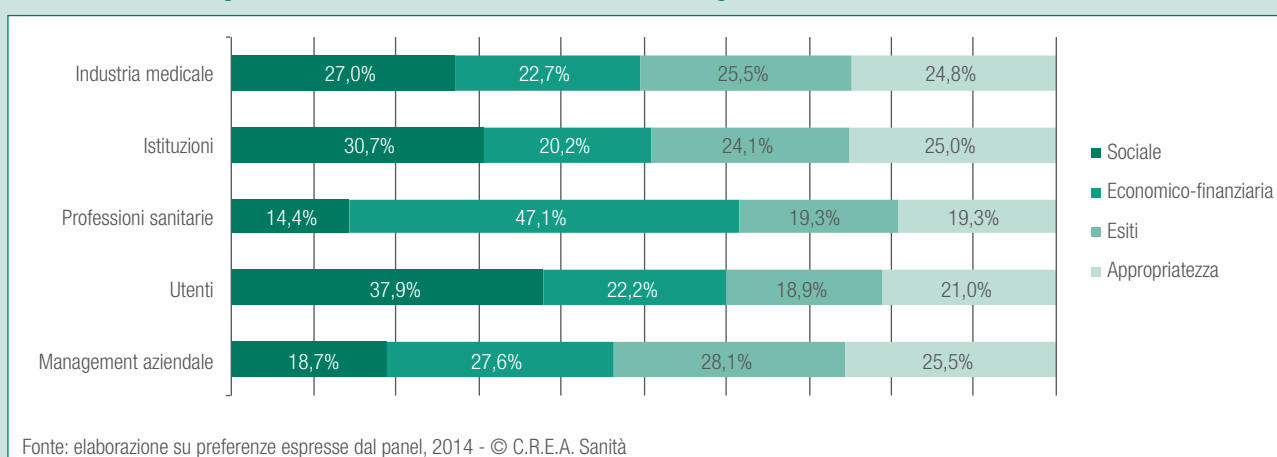
Ci sembra, in conclusione, che la misura proposta, sebbene con i limiti sopra esposti, possa rappresentare uno strumento finalizzato ad incentivare il miglioramento e la crescita delle istituzioni sanitarie, nonché ad orientare gli interventi di politica sanitaria.

KI 4b.1. Progetto “Una misura di Performance dei SSR” (II edizione). Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR. Valori %, anno 2014

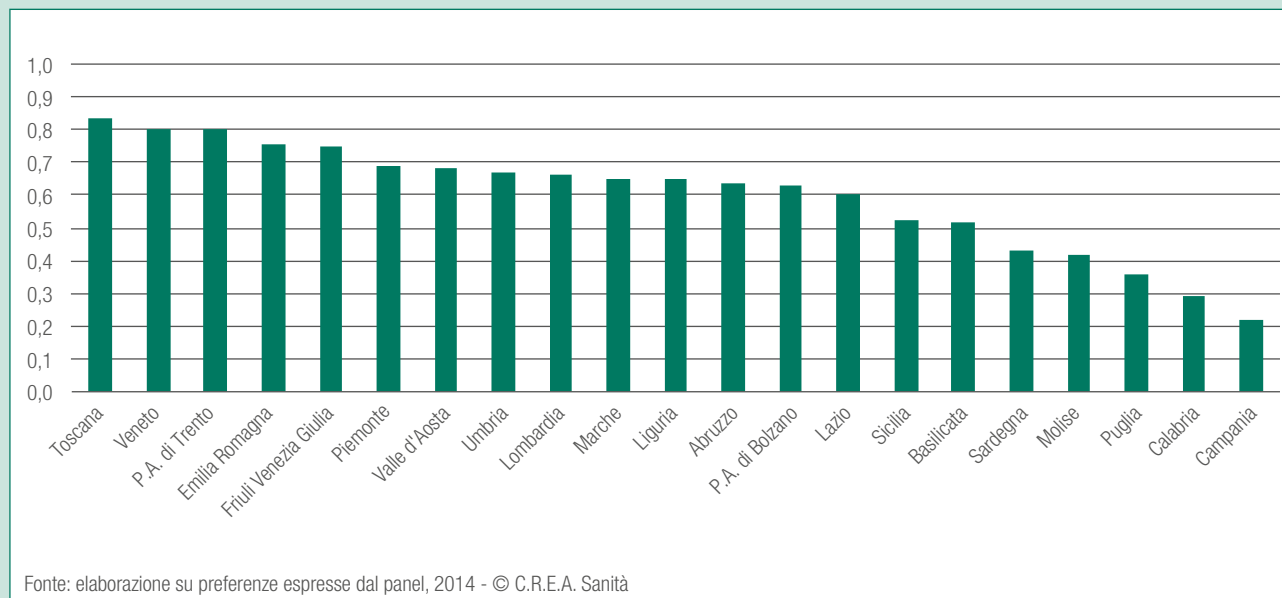


Con riferimento al Progetto “Una misura di Performance dei SSR” (II edizione), di cui si è parlato nella monografia del capitolo 4b, sulla base delle preferenze relative espresse è stato possibile costruire “i tassi di sostituibilità”, non solo tra i singoli indicatori, ma anche fra le relative Dimensioni di Performance. Complessivamente i primi quattro indicatori, ‘Quota % di persone che rinunciano a sostenere spese sanitarie per motivi economici’, ‘Quota % di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati’, ‘Spesa per ticket pro-capite’ e ‘Quota % di famiglie senza figli con anziani a carico soggette a spese catastrofiche sanitarie Out of Pocket’, contribuiscono alla Performance dei SSR per oltre il 67%. Quelli che contribuiscono meno, complessivamente pesando per poco meno del 5% sono ‘Quota % di adesione agli screening femminili (mammogr. 40+ e pap-test 25-34)’, ‘Spesa sanitaria pubblica pro-capite pesata’ e ‘Quota % bambini in sovrappeso’.

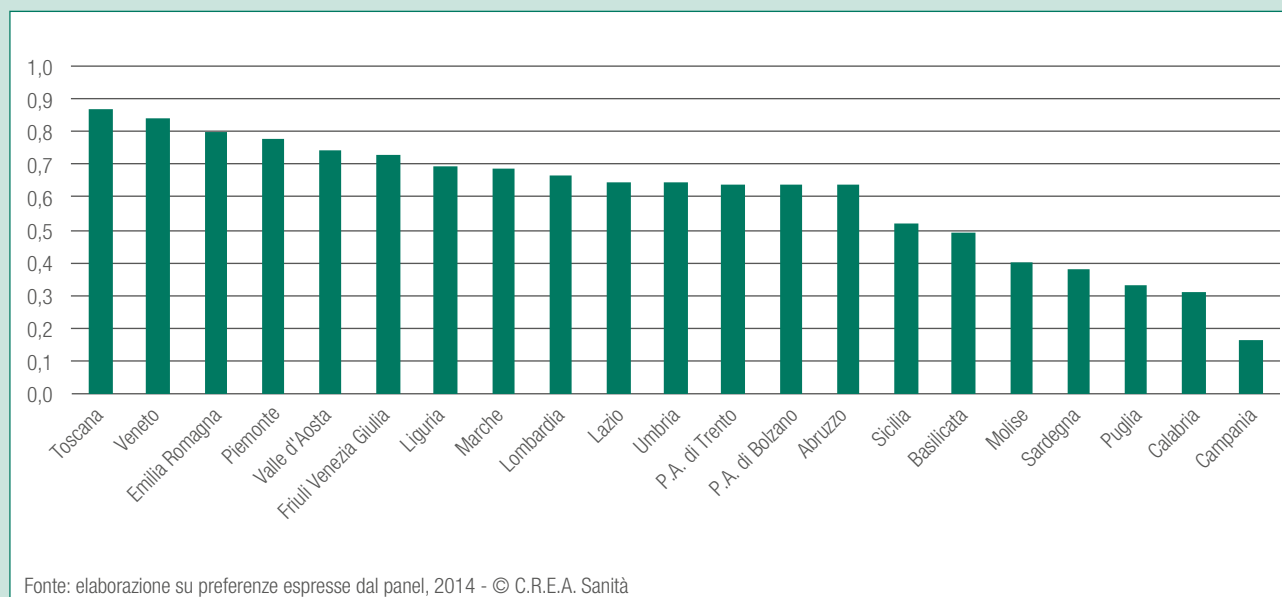
KI 4b.2. Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR - Per categoria di stakeholder. Valori %, anno 2014



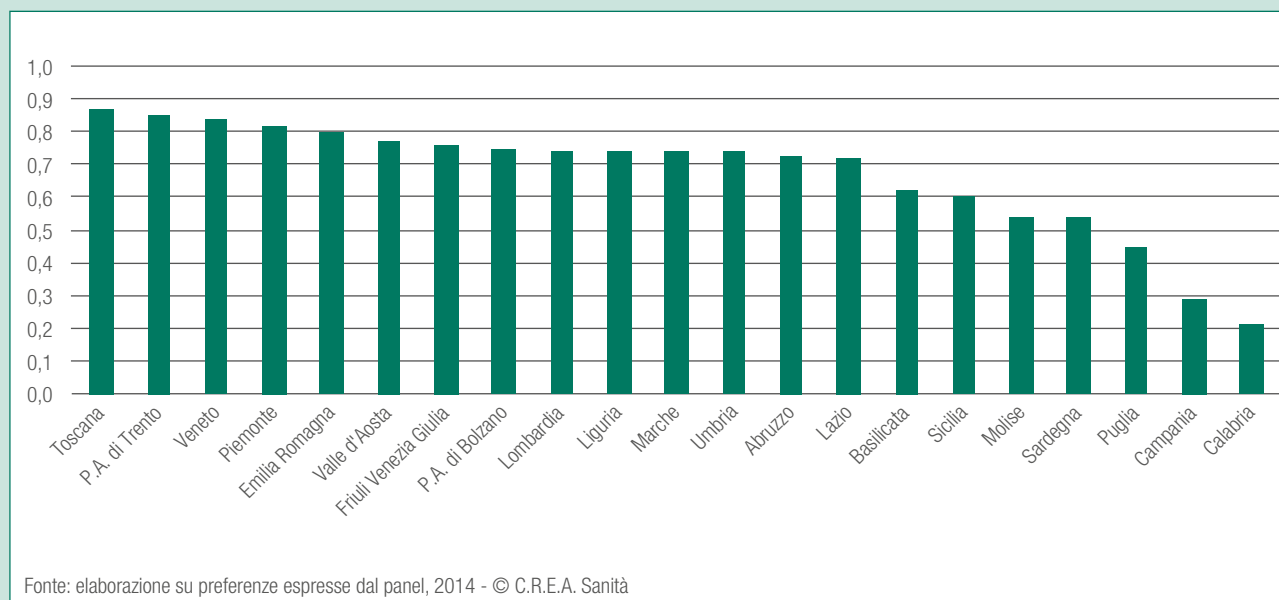
Per la Categoria ‘Utenti’ le Dimensioni ‘Sociale’ ed ‘Economico-finanziaria’ contribuiscono per più del 60% alla Performance di un sistema sanitario (37,9% e 22,2%); le altre Dimensioni, ‘Esiti’ ed ‘Appropriatazza’, seguono rispettivamente con 18,9% e 21,0%. Un peso “importante” alla Dimensione ‘Sociale’ viene dato anche dalle altre Categorie (30,7% per le ‘Istituzioni’, 28,1% per il ‘Management aziendale’ e 27,0% per l’industria medicale), ad eccezione delle ‘Professioni sanitarie’ per le quali contribuisce solo per 14,4%, sebbene tutta concentrata sull’indicatore che considera gli anziani. Per quest’ultima Categoria la Dimensione ‘Economico-finanziaria’ contribuisce per il 47,1% alla Performance, ‘Esiti’ ed ‘Appropriatazza’ in egual misura (19,3%). Per la Categoria del ‘Management aziendale’, la dimensione ‘Esiti’ contribuisce in maggior misura per il 28,1%, seguita da quella ‘Economico-finanziaria’ con il 27,6%, da quella ‘Appropriatazza’ con il 25,5% ed infine da quella ‘Sociale’ con il 18,7%.

KI 4b.3. Misura di *Performance* dei SSR. Valori assoluti, anno 2014

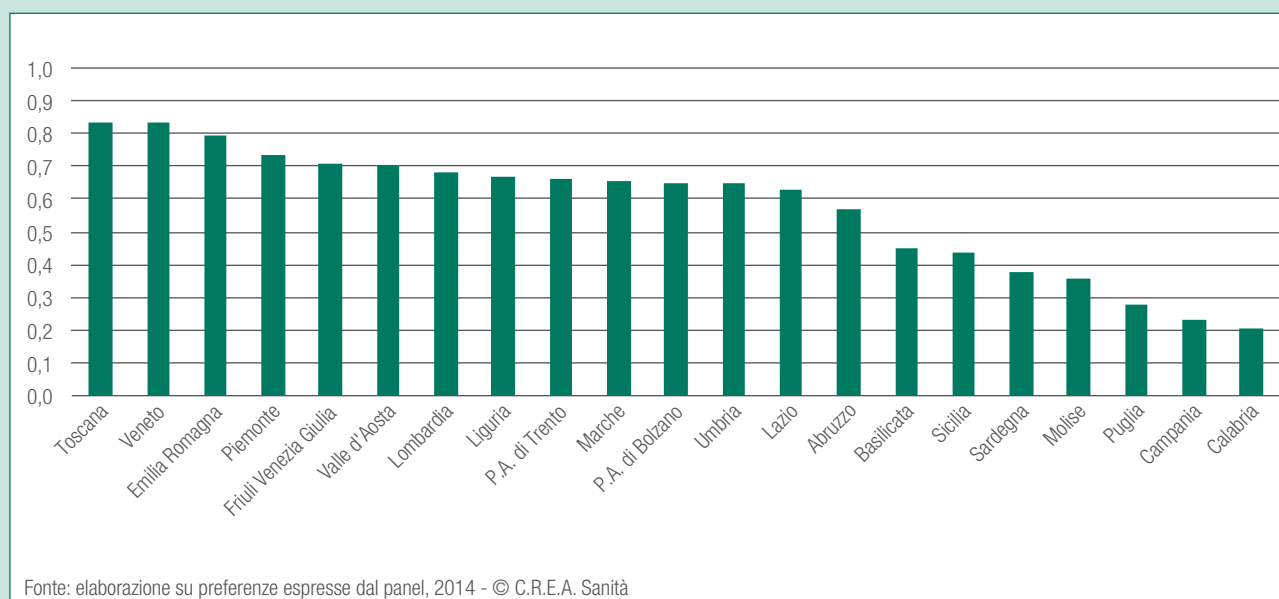
Dall'analisi della misura della *Performance* ottenuta, sintesi delle preferenze espresse da tutte e cinque le Categorie di *stakeholder* rappresentate nel Panel di Esperti, l'indice oscilla da un massimo di 0,83 ad un minimo di 0,22: il primo valore è associato al SSR della Toscana ed il secondo a quello della Regione Campania. A cinque SSR è associato una misura di *Performance* superiore a 0,70 (70% della *Performance* massima teoricamente ottenibile); a nove SSR (Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Umbria, Lombardia, Marche, Liguria, Abruzzo, Lazio e P.A. di Bolzano) un valore superiore a 0,60; e a sette, Sicilia, Basilicata, Sardegna, Molise, Puglia, Calabria e Campania, un valore inferiore o circa pari a 0,50.

KI 4b.4. Misura di *Performance* dei SSR - Categoria 'Utenti'. Valori assoluti, anno 2014

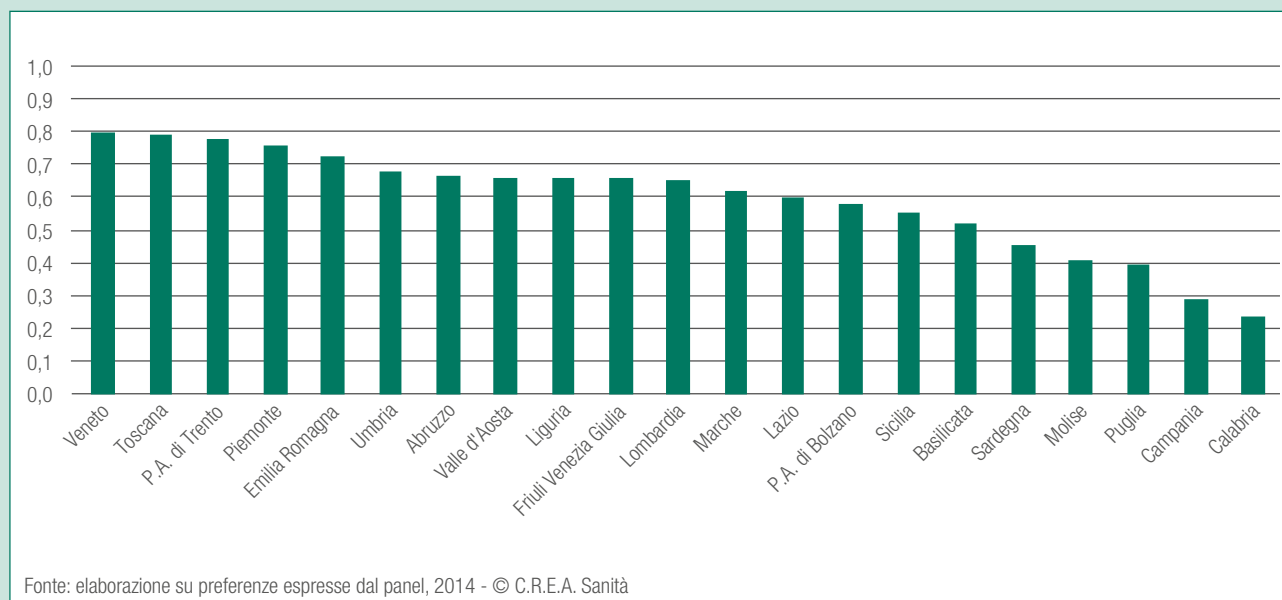
Per la categoria 'Utenti', la misura di *Performance* dei SSR varia dallo 0,88 del Veneto allo 0,17 del SSR campano. Tutti delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,55; Veneto, Toscana ed Emilia Romagna hanno una misura di *Performance* compresa tra 0,80 e 0,88. Nella prospettiva della Categoria 'Utenti' i SSR emiliano e piemontese recuperano una posizione diventando rispettivamente terzo e quarto. Veneto e Toscana invertono le loro posizioni diventando rispettivamente primo e secondo. Il SSR laziale recupera due posizioni. Restano invece invariate le ultime tre posizioni di Puglia, Calabria e Campania.

KI 4b.5. Misura di *Performance* dei SSR - Categoria 'Professioni sanitarie'. Valori assoluti, anno 2014

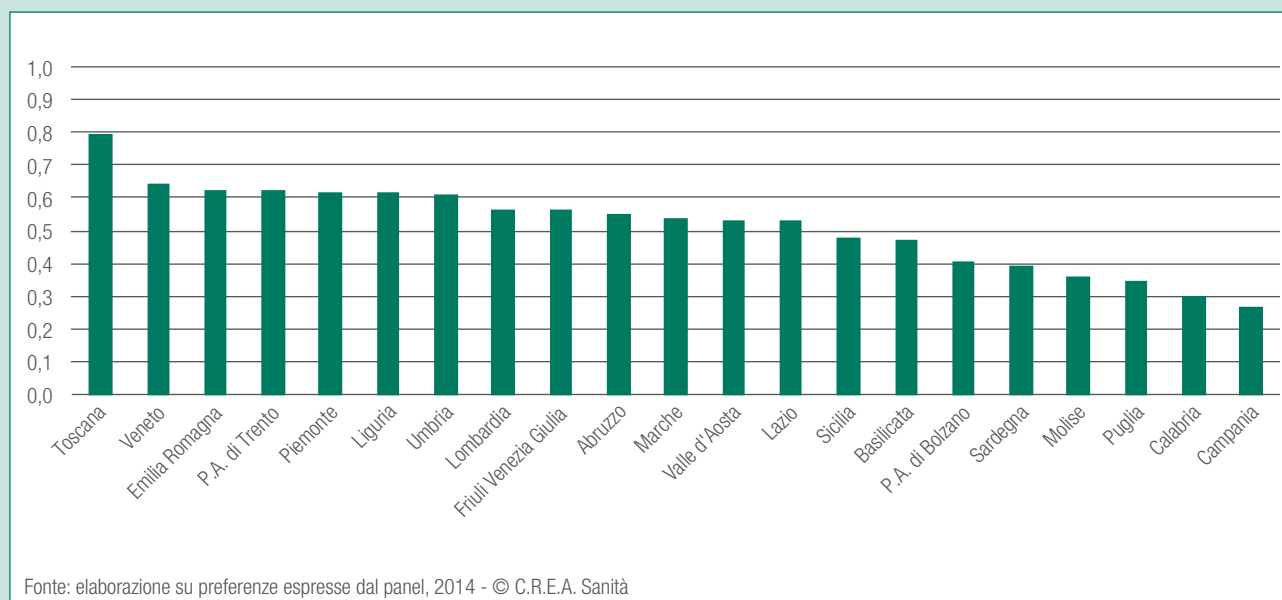
Secondo la Categoria 'Professioni sanitarie' la misura di *Performance* varia dallo 0,88 della Toscana allo 0,21 del SSR campano. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,63; Toscana, P.A. di Trento, Veneto, Piemonte ed Emilia Romagna compreso tra 0,81 e 0,88. Rispetto alla valutazione complessiva Veneto e P.A. di Trento invertono le loro posizioni diventando rispettivamente terza e seconda; così come Piemonte ed Emilia Romagna che diventano rispettivamente quarta e quinta. Si invertono le ultime due posizioni di Campania e Calabria (penultima e ultima rispettivamente). Nella prospettiva dei 'Professionisti sanitari' il SSR molisiano recupera una posizione (da terz'ultimo a quart'ultimo), quello laziale ne perde una (da tredicesimo a quattordicesimo).

KI 4b.6. Misura di *Performance* dei SSR - Categoria 'Industria medicale'. Valori assoluti, anno 2014

Per la categoria 'Industria medicale', la misura di *Performance* varia dallo 0,84 di Toscana e Veneto allo 0,20 del SSR calabrese. Solo tre Regioni hanno un valore di *Performance* inferiore allo 0,30: Puglia, Campania e Calabria. Toscana e Veneto detengono le prime tre postazioni con un indice pari a 0,84. In questa prospettiva l'Emilia Romagna recupera una posizione diventando terza, ed i SSR calabrese e siciliano ne perdono una diventando rispettivamente ultimo e sedicesimo.

KI 4b.7. Misura di *Performance* dei SSR - Categoria 'Management Aziendale'. Valori assoluti, anno 2014

Per la categoria 'Management Aziendale' la misura di *Performance* varia dallo 0,80 del Veneto allo 0,24 del SSR calabrese. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,55; Veneto, Toscana, P.A. di Trento, Piemonte ed Emilia Romagna hanno valori compresi tra 0,73 e 0,80. Veneto e Toscana, Piemonte ed Emilia Romagna, Campania e Calabria invertano le loro posizioni rispetto alla valutazione complessiva.

KI 4b.8. Misura di *Performance* dei SSR - Categoria 'Istituzioni'. Valori assoluti, anno 2014

Per la Categoria delle 'Istituzioni', la misura di *Performance* varia dallo 0,80 della Toscana allo 0,24 del SSR calabrese. Subito dopo la Toscana, seguono con misure di *Performance* pressochè simili (da 0,65 a 0,63) sei SSR: Veneto, Emilia Romagna, P.A. di Trento, Piemonte, Liguria e Umbria. Le ultime quattro Regioni, Molise, Puglia, Calabria e Campania, hanno invece indici di *Performance* inferiori a 0,40. La Toscana conserva la prima posizione per questa Categoria, seguita dal Veneto e dall'Emilia Romagna. Il SSR emiliano recupera una posizione rispetto alla valutazione complessiva, quello ligure ne recupera cinque diventando sesto. Le ultime quattro mantengono invariate le loro posizioni rispetto alla valutazione complessiva.



Chapter 4 – Summary

Performance evaluation

4a. A synthesized measure of the equity level
of the Regional Health Services

4b. An exercise on the Italian Regional Healthcare Systems
(II edition)

Chapter 4 - Summary Performance evaluation

d'Angela D.¹, Spandonaro F.¹

In the field of healthcare, assessment of *Performance* plays a fundamental role, both by effect of deserving to be part of the healthcare plan and the information asymmetry that characterizes it.

In both cases, the ultimate rationale lies in the ethics of transparency and accountability towards citizens; to whom the need for *accountability* in the public healthcare policies sector is also addressed.

However, the concept of *Performance* is difficult to define: it is certainly of a multidimensional nature and it is also reasonable to believe that the outcome of its assessment depends upon the standpoint from which it was conducted; this, in turn, depends upon the objective of the assessment and therefore on the interests that the various *stakeholders* of the healthcare system carry.

The dimensions involved, as mentioned with “burdens” depending upon the perspective of the assessor and upon the objectives of the assessment, are multi-fold: results (clinical, but not only clinical) are certainly important, but so are care appropriateness, process efficiency, decision fairness and others that may be proposed.

Even assessment methods are of interest and deserve to be studied at length: in fact, many methods have

been proposed and these cannot always be overlapped or are not always coherent in terms of results.

In continuity with previous editions of the Health Report, once again Chapter 4 includes analysis summarizing *Performance* dimensions and in particular:

- the definition of a single index indicating the equity level of RHSs (Regional Health Services, chapter 4a), obtained by “aggregating” the indicator for the share of families who resort to *Out Of Pocket* (OOP) social-healthcare expenditure, the indicator for the share of the population that abstains from OOP for economic reasons and indicators for impoverishment and “catastrophic” (chapter 4a);
- the implementation of composition techniques regarding preferences expressed by different categories of *stakeholders* aimed at the establishment of a single *Performance* measurement for the RHSs (in terms of satisfaction for services, clinical results, social results, economic results, etc.). The methodology has been implemented by setting up a *panel* of experts, chosen according to their field of expertise, to represent the different *stakeholders* of the healthcare system and asked to take an elicitation exercise regarding their personal preferences (chapter 4b).

¹ C.R.E.A. Sanità, “Tor Vergata” University of Rome.

Chapter 4a - Summary

A synthesized measure of the equity level of the Regional Health Services

d'Angela D.¹

The Italian National Health Service (ITA-NHS) may be classified as a universalistic-type social insurance that aims not only at promoting the health of the population but also - and fundamentally - at insuring the individuals against the onset of the economic burdens resulting from diseases.

Drawing inspiration from the proposal made by the World Health Organization², we have endeavored to evaluate the level of response of the system in terms of safeguarding people against the economic risks arising from illness in the recent economic recession phases.

In particular, we have analyzed the social and health costs privately sustained by households with a view to relating them to the capacity to pay of the latter, also evaluating the “effects” of the application of the systems of copayments exemptions copayments, also considering whether a few expense typologies are “indispensable” or not.

Furthermore, with a view to providing a synthetic indicator that might allow appreciating the trend over time of the equity-related dimension, we have “aggregated” the indicator of the share of households that have recourse to Out Of Pocket - OOP social and healthcare expenses with the indicator of the share of the population that give up OOP expenses for economic reasons and the indicators of impoverishment and “catastrophic payments”.

If, on the one hand, the growth in household consumption reported in 2013 may well herald an economic recovery of the Country, on the other hand the increase in the share intended for social and health care (4.1% in 2013 and 4.4% in 2014, according to ISTAT - Na-

tional Institute of Statistics data) is disquieting, since it evidently represents a want in providing the Minimum Health Care Levels (MHCL) from the NHS.

In terms of equity-related impact, in 2013 the incidence of both impoverishment phenomena for social and health care OOP expenses and catastrophic payments has kept on decreasing. With respect to 2012, there are nearly 100,000 fewer impoverished households and 40,000 fewer households meeting with catastrophic expenses. However, it may not be neglected that, always with respect to 2012, there are 1.6 million fewer individuals that have sustained OOP social and health care expenses and that over 5% of the population gives them up a priori for economic reasons.

In terms of response of the system to the protection of the population against economic risks arising from illness, it would seem that the Autonomous Provinces of Trento and Bolzano, as well as Friuli Venezia Giulia and Veneto, are the Regions with the best response, while Campania, Calabria, Puglia and Abruzzo instead rank at the bottom.

Those giving up are for the most part households in the medium-low quintiles that pay prevalently for drugs, visits and diagnostic exams (80-90% of the social and health care OOP expenses).

The private OOP expenditure for drugs and specialist visits increases with the average income of the Regions population, though it would seem that the system of copayments exemptions in Puglia and Sicilia does not ensure a sufficient protection of the individuals in the recourse to these expenses. On the other hand, the phenomenon would seem to be limited in Campania

¹ CREA Sanità, “Tor Vergata” Rome University.

² WHO proposed the integration between the classical ex ante measures on the financing side, and the ex post factors (burden space), based on the comparison between out of pocket (OOP) health costs sustained by families and their capacity to pay (CTP)

and Calabria with respect to the recourse to drugs consumption, and in Campania and Sardegna with respect to the recourse to specialist visits.

The correlation existing between the phenomenon of renunciation and impoverishment, which is instead absent with respect to catastrophic payments, definitely shows that the problem lies in the incidence of extensive shares of low-income population rather than in the cost of the services.

At the same time, equity issues are closely connected with the levels of per capita public spending, and this confirms the importance of the public health service redistribution, and problems relative to the allocation of the resources.

The 14.5% increase in OOP expenses reported in the ISTAT preliminary data relative to 2014, together with the € 2.35 billion ITA-NHS funding cut provided for by

recent measures gives rise to the problem of how much of the maneuver is going to prove an efficiency-related improvement and how much is going to prove a further exacerbation of the cost-sharing arrangements.

Considering the latter scenario, it would seem advisable for the cost sharing burden to be shouldered by those having greater resources since, otherwise, there is the risk that impoverishment and renunciations will increase once again to a considerable extent.

Quite naturally, this gives rise to the problem of an appropriate income recognition as, otherwise, there is the risk that the copayments exemption policies will turn into a strong factor of iniquity.

In perspective, a significant growth of the OOP expense is likely to go along with a greater recourse to complementary forms of health insurance, the growth of which in recent years has become already evident.

Chapter 4b - Summary

An exercise on the Italian Regional Healthcare Systems (II edition)

d'Angela D.¹, Spandonaro F.¹

The chapter reports the results of the second year of application of an experimental methodology, developed by the research team of C.R.E.A. Sanità with the aim of defining a measure of the performance of the Italian Regional Healthcare Services (RHS).

A measure that - in our opinion - should ensure the democratic participation of all the healthcare system stakeholders and a transparent methodology for aggregating preferences.

In developing this methodology, we have been inspired by the process of direct elicitation of preferences, and by decision analysis techniques for subsequent composition.

The application of this method, on an experimental basis, has involved a panel of 38 experts, belonging to 5 different categories of stakeholders ("Users", "Healthcare professions", "Medical industry", "Management" and "Institutions").

The selected (a priori) dimensions of performance are:

- outcome;
- appropriateness;
- economic and financial;
- social (fairness).

Allowing a RHS rankings, in terms of both overall performance and by single dimension, the experiment has allowed us to confirm that the different stakeholders have significantly different structures of preferences.

It follows that a democratic performance appraisal, must represent a compromise between different viewpoints/preferences, which requires a focus on the methods for their composition.

In quantitative terms, the regional ranking has shown a certain degree of sensitivity, towards both the preferences for one or another indicator, as well as the replaceability of the results regarding the different dimensions of the performance.

In Italy, among the regional healthcare services, Toscana ranks first, in the overall assessment and in "Healthcare Professionals", "Institutions" and "Industry" stakeholders; Veneto in "User" and "Management" perspectives. At the opposite side of the scale, the region of Calabria ranks last, leaving the bottom position to Campania for "Users" and "Institutions".

In the overall assessment, the perspective of the "Management" and "Institutions" implies a smaller gap between the best and worst regional values (greater than 0.41 in a scale 0-1); instead, the gap is larger with regard to the perspective of the "Users" and "Healthcare professionals" (minimum value of 0.10 for "Users").

The contribution to the overall performance of the "Outcome" dimension is almost negligible for the "Users", "Healthcare Professionals" and "Institutions", and increases only for the "Management", probably because the former believe that the differences in the regional results are not a critical factor.

The contribution of the "Economic and Financial" dimension is paradigmatic, being very low for the "Institutions", and, instead, a priority for the "Healthcare professionals" (47.1% of the overall Performance).

The "Social" dimension is linked to equity, and plays an key role in the measurement of the performance for "Users" (37.9%) and "Institutions" (30.7%), lower for the other categories.

Finally, the dimension of "Appropriateness" provides

¹ C.R.E.A. Sanità, "Tor Vergata" University of Rome.

an important contribution to performance for “Management” (25.5%), “Institutions” (25.0%) and “Medical industry” (24,8%); the lowest contribution is for “Health-care professionals” (19.3%).

In conclusion, in the belief that accountability is a duty, particularly by the public institutions, and that improvement can be encouraged and, indeed, stimulated by introducing merit-based rankings, the experimented

method can contribute to the debate by having demonstrated that it is essential to:

- ensure the explanation, and therefore the transparency of the system of values that underlies the assessments;
- democratically represent and compose the various issues, and therefore the different priorities of the various system stakeholders.

