

CAPITOLO 4b

La misura della *Performance* dei SSR

d'Angela D.¹, Carrieri C.¹, Polistena B.¹, Spandonaro F.²

4b.1. Introduzione

Il progetto “La misura della *Performance* dei SSR”, giunto alla sua settima annualità, è nato con l'obiettivo di fornire una valutazione dei livelli di opportunità di tutela della salute per i residenti nelle diverse Regioni italiane.

Non si tratta, quindi, di una classifica dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) pubblici, e tanto meno del raggiungimento da parte di essi di obiettivi tecnocraticamente attribuiti *ex ante*; l'opportunità di tutela della salute attiene, infatti, ad un ambito più ampio, che esula la stretta erogazione di beni e servizi sanitari, a cui i SSR sono deputati: coinvolge, ad esempio e senza pretesa di esaustività, la prevenzione nella sua accezione più ampia, ivi compresi gli stili di vita; comprende anche la rimozione delle deprivazioni e dei divari socio-economici che impattano sulla capacità di “produzione di salute”; i servizi sociali e tutto ciò che esita nella capacità di inclusione; contiene, infine, il costo opportunità di destinare risorse pubbliche, ma anche private, al settore socio-sanitario, privandone altri usi meritori.

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

L'approccio utilizzato, si basa su un metodo originale di valutazione delle *Performance*, proposto e sviluppato dal *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in

Sanità) dell'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, con la collaborazione di un qualificato *Panel* di esperti.

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

Nel presente capitolo si riassumono i principali risultati della VII edizione del progetto (anno 2019), caratterizzata da una analisi ad hoc svolta separando le preferenze degli *stakeholder* afferenti a Regioni in Piano di Rientro da quelle delle Regioni in sostanziale equilibrio; l'analisi ha palesato come le valutazioni di *Performance* siano condizionate dall'evoluzione del dibattito di politica sanitaria, e come esso assuma connotati diversi nelle diverse aree del Paese, in funzione dello “stato” di sviluppo dei diversi SSR.

I risultati descritti di seguito, come anticipato, sono il frutto del lavoro di un *Panel* composto da 97 membri provenienti da tutt'Italia, e afferenti a cinque Categorie di *stakeholder*, “Utenti” (associazioni dei cittadini, sindacati, stampa), “Professioni sanitarie” (medici di medicina generale, medici ospedalieri, del servizio di emergenza urgenza territoriale, farmacisti, etc.), “*Management* aziendale” (Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi di Aziende Sanitarie), “Istituzioni” (Assessorati regionali, Agenzia Nazionale della Sanità, Agenzia Italiana del farmaco, Ministero della Salute) e “Industria medica”.

Il *Panel* ha prima identificato e scelto gli indicatori su cui basare la valutazione: a tal fine è stata realiz-

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

² Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, C.R.E.A. Sanità

zata consensus tra i componenti del *Panel*, utilizzando il metodo *Delphi*; poi, in un *meeting* collegiale, i 56 membri del *Panel* presenti, hanno fornito le loro valutazioni, permettendo l'elicitazione delle loro preferenze per gli indicatori.

Il processo di elicitazione è stato 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 *tablet*; il *team* di C.R.E.A. Sanità ha raccolto le risposte, le ha poi elaborate ed aggregate adottando una funzione di utilità multi-attributo.

Le valutazioni richieste agli *stakeholder* hanno riguardato tanto il valore attribuito alle determinazioni numeriche degli indicatori, quanto il grado di sostituibilità tra gli *outcome* di cui i diversi indicatori sono rappresentativi.

Per quanto concerne le analisi effettuate, in continuità con la precedente edizione, è stata mantenuta la distinzione fra gruppi di *stakeholder*, fra componenti del *Panel* afferenti a Regioni in Piano di Rientro o a Regioni in "sostanziale equilibrio"; inoltre, è stata concentrata una particolare attenzione sulla dinamica della *Performance*, e sul "peso" delle diverse Dimensioni.

4b.2. Risultati

Come anticipato, il *Panel*, nel mese di Aprile 2018, avvalendosi di un applicativo *web-based*, è stato chiamato a partecipare ad una consensus a distanza; nello specifico, i membri del *Panel* hanno espresso il loro livello di accordo (nessuno, basso, medio, alto e assoluto) su 22 indicatori elaborati e preselezionati dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità, per poi selezionarne 15 finali (Tabella 4b.1): 3 per Dimensione.

Utilizzando il metodo *Delphi*, con due *round* si è raggiunto il livello predeterminato di consenso e, a seguire, il 21 Maggio 2019, il *Panel* si è riunito per discutere i risultati e per l'elicitazione delle preferenze.

Ogni membro del *Panel* intervenuto al *meeting* ha espresso le sue valutazioni singolarmente, utilizzando procedure *computer assisted*, essendo adjuvato

da un applicativo informatico *web-based* sviluppato ad hoc dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità; il processo di elicitazione ha sfruttato un applicativo (*Logical Decision*[®] ver. 7.2) che permette di stimare le funzioni di utilità multi-attributo, utilizzate per produrre poi una misura unica di *Performance* per ogni Regione.

Tabella 4b.1. Dimensioni e Indicatori di Performance

Dimensione	Indicatore
Sociale (Equità)	Quota di famiglie che rinuncia a sostenere spese per consumi sanitari per motivi economici
	Quota famiglie impoverite a causa di consumi sanitari privati
	Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza
Esiti	Aspettativa di vita in buona salute
	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite
	Tasso di mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero
Appropriatezza	Quota di interventi (Carcinoma mammario, frattura di femore, angioplastica, <i>by-pass</i> aorto-coronarico, colecistectomia laparoscopica) effettuati in centri rispondenti ai requisiti previsti dal D.M. n. 70/2015
	Tasso di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete non controllato, diabete con complicanze, insufficienza cardiaca, asma nell'adulto, malattie polmonari cronico-obstruttive, influenza nell'anziano)
	Quota ricoveri ospedalieri ordinari in acuzie con DRG inappropriati
Innovazione	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
	Quota donne con carcinoma mammario trattato in centri afferenti a Centri di senologia rispondenti ai requisiti europei
	Quote di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico
Economico-Finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	Disavanzo pro-capite
	Incidenza dei consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile

Fonte: elaborazione su consensus *Panel*, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Rimandando alla pubblicazione "Una misura di Performance dei SSR" (d'Angela D., Spandonaro F., 2013) per i dettagli sulla metodologia, si osserva che le funzioni di utilità (o valore) degli indicatori della Dimensione Sociale registrano valori che tendono a descrivere atteggiamento di "stigma" verso le situazioni che evidenziano maggiori iniquità; degno di nota è che, rispetto alle edizioni precedenti, su que-

sto punto si è registrato un ulteriore “irrigidimento” nelle valutazioni degli *stakeholder* che operano in realtà non in Piano di Rientro, al quale si contrappone un atteggiamento di minore “rigidità” da parte di chi opera nelle realtà in Piano di Rientro (praticamente nel Sud).

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

Nelle Regioni in Piano di Rientro, sembra emergere una maggiore “rassegnazione” verso la difficoltà di risoluzione delle problematiche sociali (equitative), ovvero verso l’esistenza di evidenti iniquità, peraltro causate in larga misura dalla fragilità socio-economica che caratterizza tutte le Regioni meridionali (per lo più coincidenti con le Regioni in Piano di Rientro).

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

La Dimensione Innovazione sembra assumere una maggiore importanza, nonostante tutti i componenti del *Panel*, da quanto emerso dai lavori di gruppo tenutisi durante il *Panel meeting*, considerino gli indicatori selezionati ancora non pienamente rappresentativi della Dimensione.

Le funzioni di valore o utilità, che il *Panel* ha associato agli indicatori, appaiono razionalmente spiegabili, sia nel complesso, che nella articolazione derivante dalle diverse prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder*, come anche dalla diversa provenienza geografica dei membri del *Panel*.

In generale, l’atteggiamento che emerge dalla elicitazione delle funzioni di valore corrisponde all’idea che vadano più che proporzionalmente “penalizzati” i risultati peggiori, a cui, quindi, sono associati contributi alla *Performance* nulli o minimi; e viceversa nel

caso di determinazioni degli indicatori prossimi ai risultati migliori.

Questo è un “atteggiamento” che si riscontra in particolare per la Dimensione Sociale, peraltro in continuità con le edizioni precedenti: la sua importanza nella *Performance* risulta in aumento negli ultimi anni, ed appare particolarmente importante per chi opera nelle realtà in Piano di Rientro.

Come abbiamo rilevato nella scorsa edizione, il progetto evidenzia come il divario Nord-Sud nel SSN italiano, trovi una nuova conferma/declinazione nei criteri di misurazione della *Performance*.

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

L’indice complessivo di *Performance* che si determina in questa VII edizione della progettualità, oscilla da un massimo del 70% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 31%: se ne desume che il *Panel* esprime la convinzione che anche le migliori *Performance* attuali siano ancora significativamente distanti da una situazione ottimale in termini di complessive opportunità di tutela della Salute.

Una possibile lettura del fenomeno, basato sul confronto delle valutazioni degli Utenti (pazienti e professionisti sanitari) e del *Management*, rileva che sul lato della “domanda” si osserva una chiara insoddisfazione per i livelli di servizio, mentre sul lato dell’offerta prevale il convincimento, suffragato peraltro da molte ragioni, di avere fatto “il massimo” con le risorse disponibili.

Il progetto dimostra, inoltre, che è scorretto attribuire al concetto di *Performance* una connotazione statica: esso risulta intrinsecamente dinamico, e associato alle dinamiche evolutive degli scenari socio-economici, culturali e politici.

A dimostrazione di ciò, osserviamo negli anni una progressiva riduzione di importanza della Dimensione Economico-Finanziaria: che, alla luce anche dei risultati delle precedenti edizioni del Progetto, rite-

niamo non sia casuale: infatti, essa si è innescata in corrispondenza del sostanziale risanamento finanziario dei SSR.

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

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

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

Analizzando i risultati per Categoria (Figura 4b.1.), nel caso degli Utenti le Dimensioni Appropriatezza ed Innovazione contribuiscono per quasi

il 50% alla misura della *Performance* del sistema sanitario (22,7% e 22,4% rispettivamente); seguono le Dimensioni Sociale, Esiti ed Economico-Finanziaria, con il 21,2%, il 20,9% ed il 12,7% rispettivamente.

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

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

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

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

Figura 4b.1. Contributo delle Dimensioni alla *Performance* per categoria

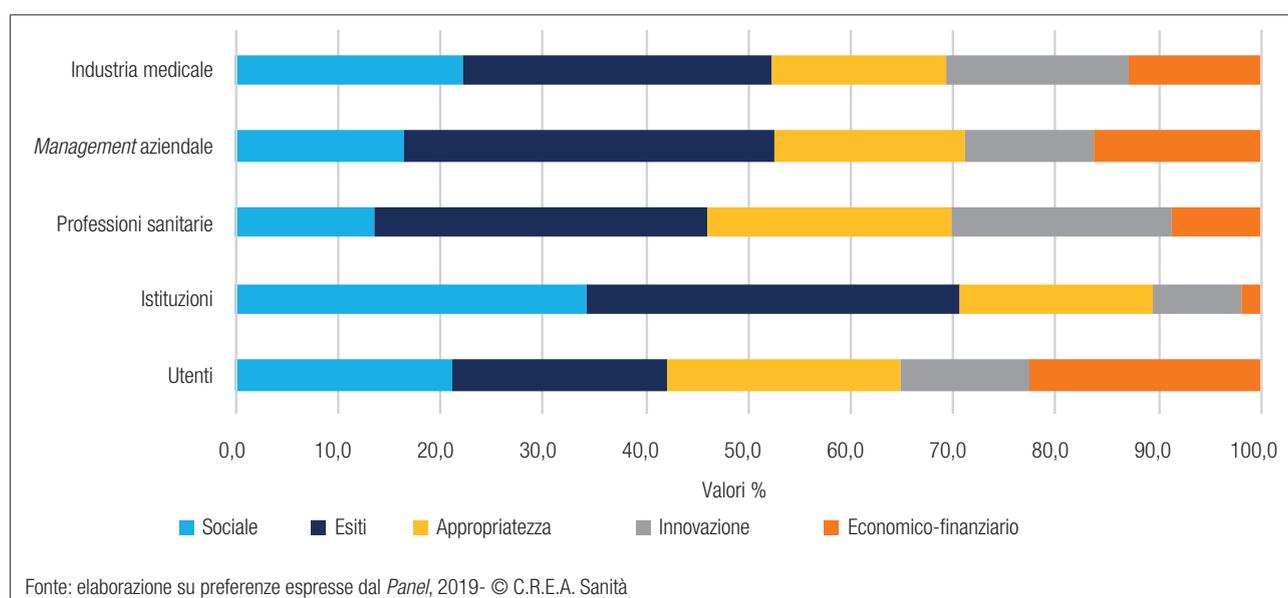
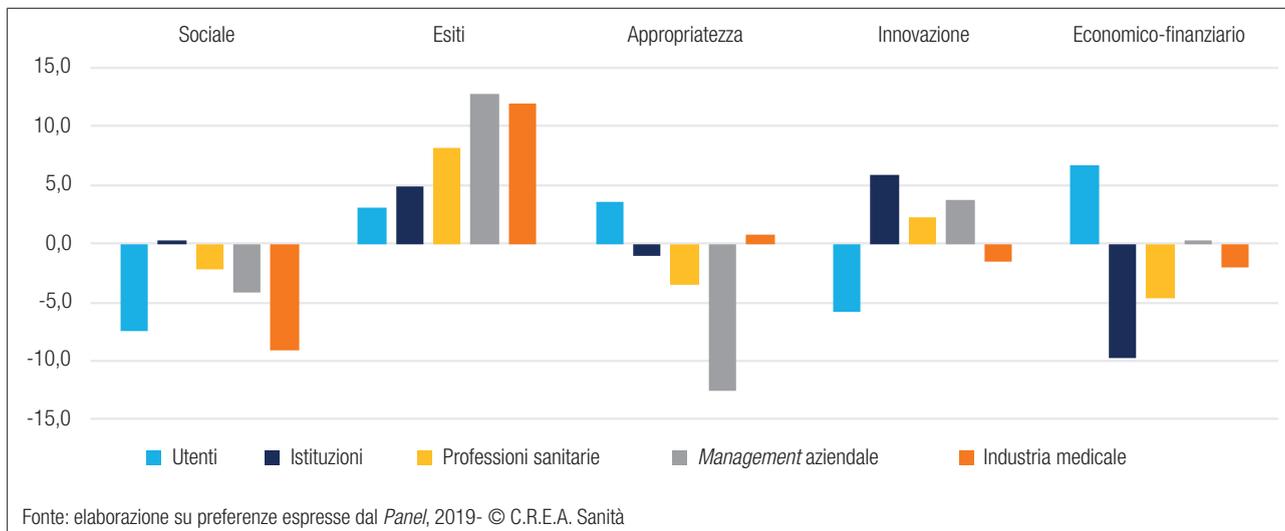


Figura 4b.2. Variazioni del contributo delle Dimensioni alla Performance. VII vs VI edizione



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

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

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

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

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

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

seconda).

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

Analizzando la dinamica dei pesi per categoria (Figura 4b.2), è possibile osservare come, in questo ultimo anno, per gli Utenti sia aumentato il contributo dell'Economico-Finanziaria (6,7 punti percentuali), di Appropriatazza (3,5 punti percentuali) ed Esiti (3,0 punti percentuali), e si è invece ridotto quello della Dimensione Sociale ed Innovazione (-7,5 e -5,8 punti percentuali rispettivamente).

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

e si è ridotto quello del Sociale (-9,1 punti percentuali).

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

4b.3. La Performance regionale

Per quanto concerne l'indice complessivo di *Performance* (Figura 4b.3.) il risultato migliore è ottenuto dalla P.A. di Trento (70%) ed il peggiore dalla Regione Sardegna (31%).

All'interno delle *Performance* realizzate, il divario fra la prima e l'ultima è rilevante e oltre un terzo delle Regioni non arrivano ad una *Performance* pari al 50% del massimo ottenibile.

Una analisi qualitativa del *ranking* porta a distinguere quattro gruppi di Regioni in base ai livelli di *Performance* raggiunti; in dettaglio, 3 Regioni sembrano avere "una marcia in più": P.A. di Trento, To-

scana, P.A. di Bolzano, con *Performance* comprese fra il 63% ed il 70%.

Altre 6 Regioni hanno risultati a cui, convenzionalmente, associamo un giudizio di eccellenza, con una *Performance* compresa fra il 57% e il 61%, del livello ottimale: all'interno del gruppo troviamo Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Umbria, Veneto e Piemonte, con modeste variazioni fra loro.

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

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

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

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

Figura 4b.3. Indice di Performance

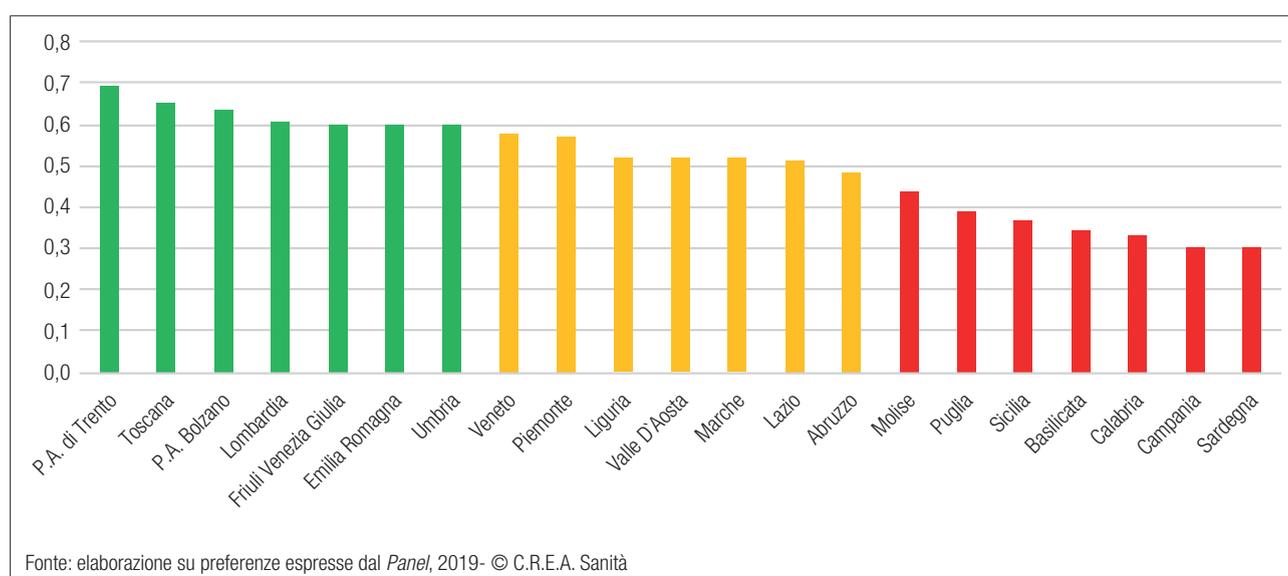
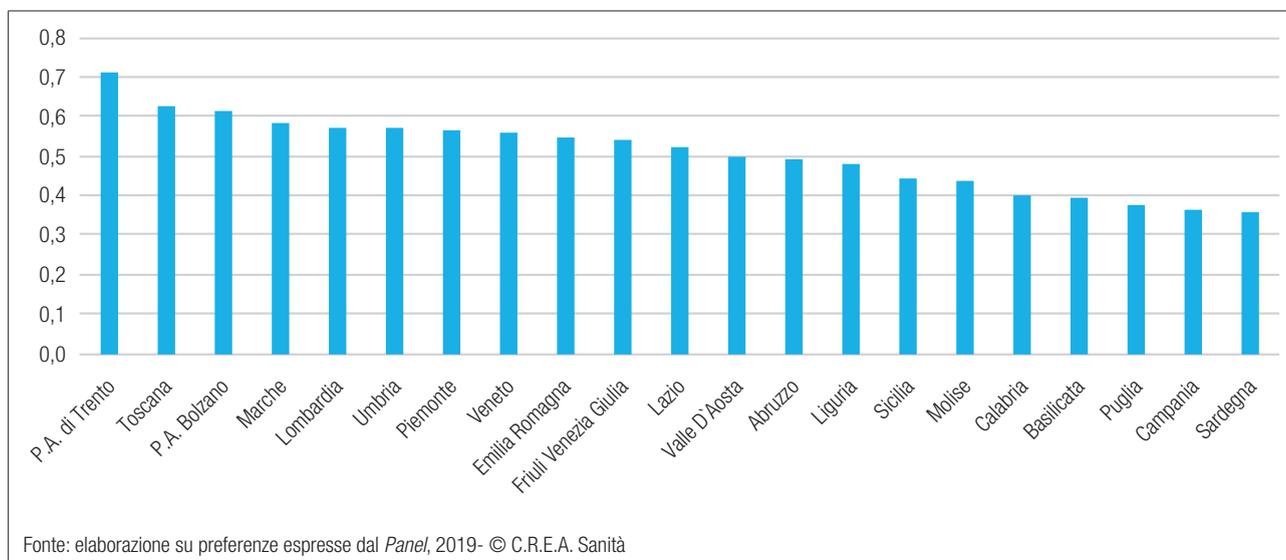


Figura 4b.4. Indice di Performance. Categoria Utenti



Categoria Utenti

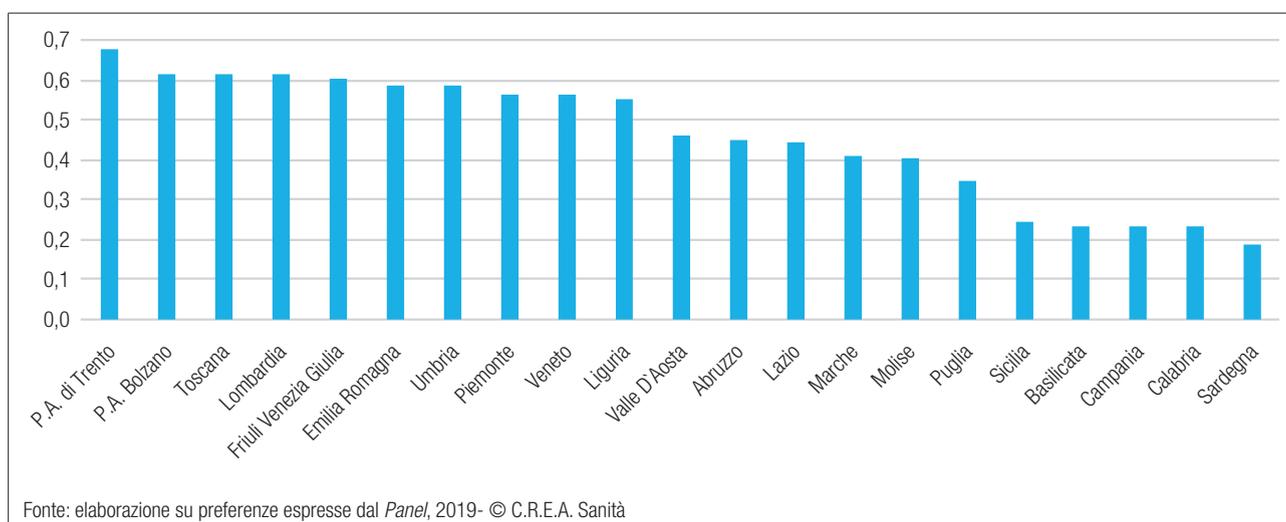
Per la Categoria Utenti (Figura 4b.4.), la P.A. di Trento, con il 72%, continua a mantenere la prima posizione, registrando un livello di Performance ancora superiore a quello registrato nella “classifica generale”.

Seguono Toscana e P.A. di Bolzano con una Performance rispettivamente pari al 63% e 62%; Puglia, Campania e Sardegna occupano le ultime tre posi-

zioni con un indice di Performance inferiore al 40%.

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

Figura 4b.5. Indice di Performance. Categoria Istituzioni



Categoria Istituzioni

Per i rappresentanti delle Istituzioni (Figura 4b.5.), la misura di *Performance* varia dal 68% della P.A. di Trento al 19% del SSR sardo: si allarga quindi la forbice fra gli estremi; P.A. di Bolzano, Toscana e Lombardia seguono la P.A. di Trento con un livello di *Performance* pressoché simile (62% tutte e tre). Nelle ultime posizioni troviamo Sicilia, Basilicata, Campania, Calabria e Sardegna che presentano un

livello di *Performance* compreso tra il 25% e il 19%.

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

Figura 4b.6. Indice di *Performance*. Categoria Professioni Sanitarie

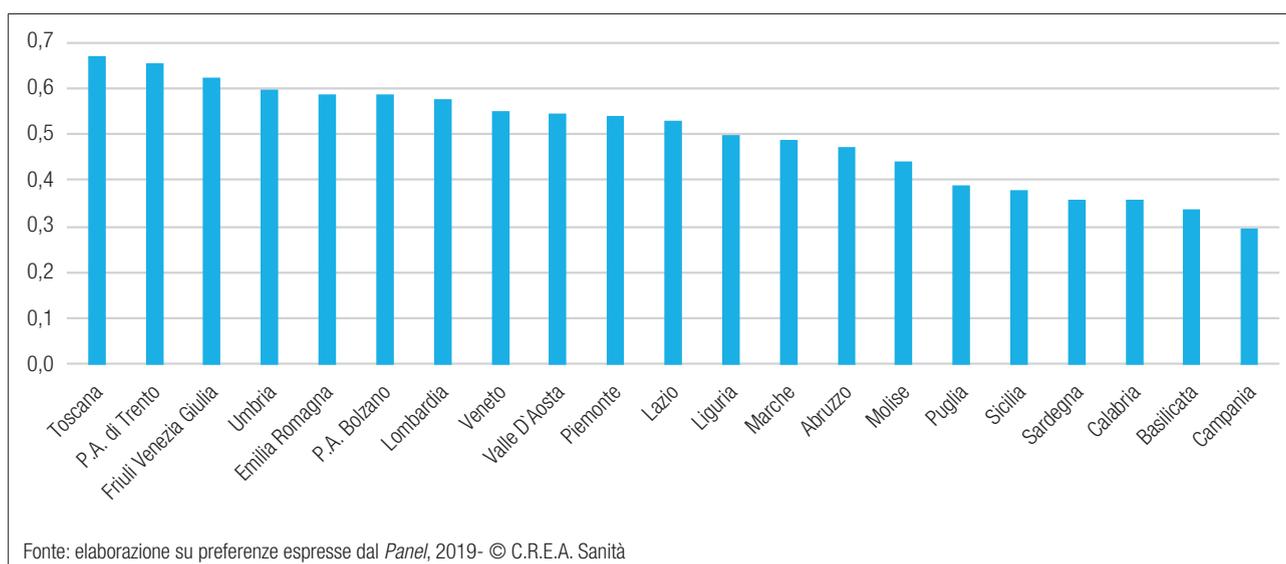
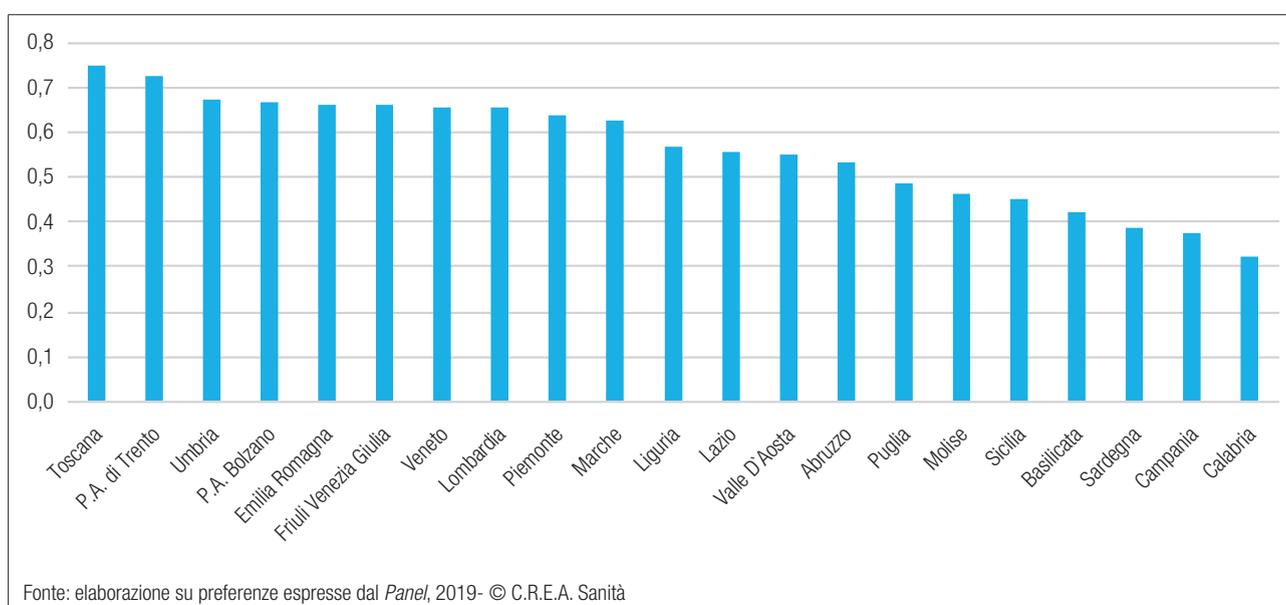


Figura 4b.7. Indice di *Performance*. Categoria Management aziendale



Categoria Professioni sanitarie

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

Rispetto alla classifica generale, la Toscana avanza e raggiunge il primo posto, a scapito della P.A. di Trento; P.A. di Bolzano e Lombardia perdono tre posizioni, il Friuli Venezia Giulia e l'Umbria ne guadagnano rispettivamente due e tre, diventando terza e quarta; la Campania scivola all'ultimo posto e la Basilicata perde due posizioni diventando penultima (Figura 4b.6.).

Categoria Management aziendale

Per la Categoria *Management* aziendale (Figura 4b.7.), il *gap* tra il SSR più performante e quello meno performante è maggiore rispetto a quello complessivo: si passa da un valore massimo del 75% della

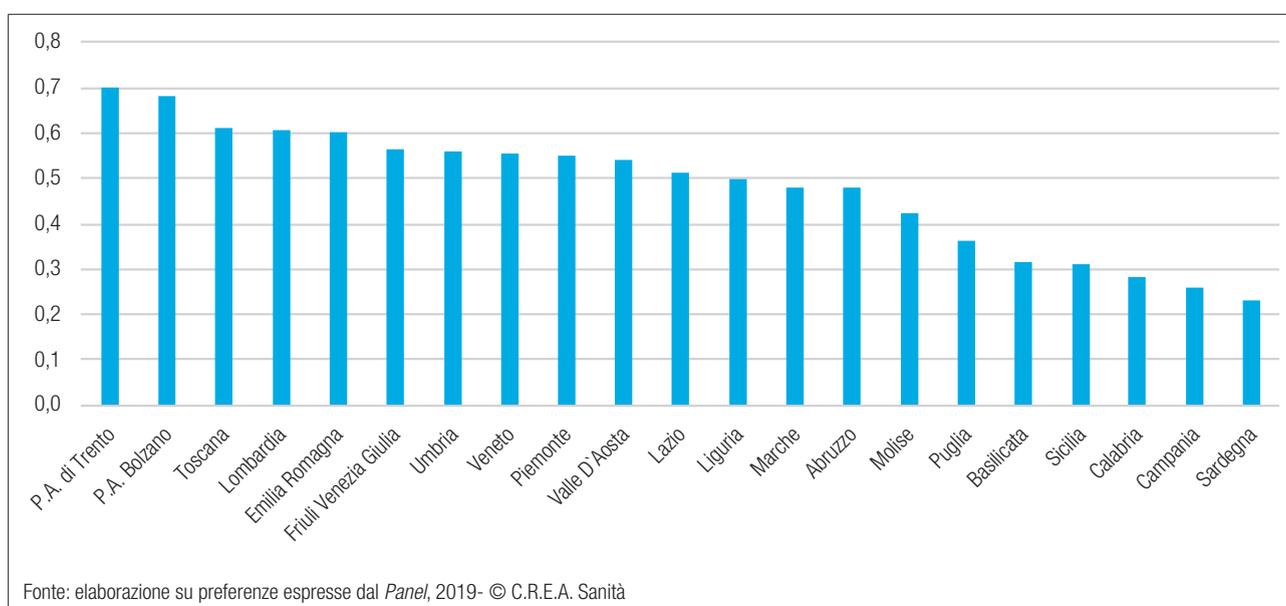
Toscana ad uno minimo del 33% della Calabria. Toscana, P.A. di Trento, Umbria, P.A. di Bolzano, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Piemonte e Marche occupano le prime dieci posizioni con una *Performance* superiore al 60% (tra il 75% e il 62%); all'estremo opposto troviamo Sardegna, Campania e Calabria che occupano le ultime tre posizioni con un valore di *Performance* inferiore al 40% (tra il 39% e il 33%).

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

Categoria Industria medicale

Per i rappresentanti dell'Industria medicale (Figura 4b.8.) la misura di *Performance* varia dal 70% della P.A. di Trento al 23% della Sardegna. La P.A. di Bolzano segue quella di Trento con un livello di *Performance* pressoché simile (68%). Nelle ultime posizioni troviamo Calabria, Campania e Sardegna che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 28% e il 23%.

Figura 4b.8. Indice di *Performance*. Categoria Industria medicale



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

4b.4. Conclusioni

Il progetto "La misura della *Performance* dei SSR" è nato nel 2013 con l'ambizione di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie tese a ottimizzare le opportunità di tutela della Salute delle persone; a tal fine la misura della *Performance*, fornendo una valutazione regionale dei livelli di tali opportunità, vuole rappresentare uno strumento teso a incentivare le pratiche migliori.

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

Il concetto di *Performance* adottato non può quindi che essere olistico e multi-dimensionale.

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

Ribadiamo, quindi, che l'indice di *Performance* elaborato si fonda su un assioma di multi-dimensionalità della *Performance* stessa; ma postula anche l'esistenza di molteplici prospettive: ovvero riconosce la possibilità di preferenze diverse relativamente al contributo delle Dimensioni alla *Performance*, funzione dei diversi interessi di cui sono portatori i molteplici *stakeholder* dei sistemi socio-sanitari.

L'adozione di una logica multi-dimensionale e multi-prospettiva implica l'utilizzo di "pesi" di com-

posizione, che rendano conto del diverso contributo alla *Performance* che può essere attribuito alle Dimensioni, come anche alle differenze di priorità degli *stakeholder*.

Si osservi, infine, che la Salute, secondo un corretto approccio olistico, è concetto che non può essere declinato in modo statico: appare evidente la dinamica delle opportunità e delle aspettative di cura, in continua e rapida evoluzione, come anche il modificarsi del contesto socio-economico, culturale e politico nel quale esse si realizzano.

È quindi opportuno sottolineare che nella visione di *Performance* dell'esercizio proposto, alla multi-dimensionalità e multi-prospettiva, si aggiunge una natura intrinsecamente dinamica ed evolutiva.

La replicazione, anno dopo anno, del nostro esercizio di elicitazione delle preferenze degli *stakeholder*, ci permette di seguire e apprezzare tale dinamica, offrendo spunti importanti per interpretare le tendenze in corso.

Entrando nello specifico della metodologia, ci preme, in particolare, sottolineare che il processo di esplicitazione dei "pesi" adottati per la composizione dei contributi degli indicatori e delle Dimensioni è un elemento essenziale al fine di garantire al processo la dovuta trasparenza e *accountability*.

Per rispondere a questa esigenza, il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità - Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" ha sviluppato un metodo ispirato alle logiche delle analisi delle decisioni nel *Project Management*, che è stato adattato alle specifiche esigenze di una applicazione finalizzata a misurare le opportunità per la tutela della propria Salute di cui dispongono i cittadini delle diverse Regioni.

Concludendo, questa settima edizione del progetto, anche alla luce dei risultati delle precedenti edizioni, valida e consolida la correttezza delle assunzioni adottate in fase di impostazione del progetto: in particolare quelle in tema di molteplicità degli obiettivi e delle prospettive; infatti, anno dopo anno, troviamo conferma dell'evidenza di differenze significative nelle funzioni di valore/utilità degli indicatori elicitate a seconda delle categorie di *stakeholder* coinvolti; analogamente, anche i "pesi" elicitati per quanto concerne il contributo portato dalle diverse

Dimensioni alla *Performance*, sono diversi e variabili a seconda della prospettiva adottata.

Queste evidenze si traducono in una chiara dimostrazione del fatto che le diverse Dimensioni individuate apportano alla *Performance* contributi diversi e legati alla prospettiva adottata; e quindi che i *ranking* regionali prodotti dai diversi gruppi di *stakeholder*, presentano significative differenze, pur in un quadro qualitativamente omogeneo.

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

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

Come anticipato, e già richiamato nelle precedenti edizioni, si rafforza la consapevolezza che la dinamica dei pesi cambia di anno in anno: l'analisi porta a concludere che ciò avviene, però, in modo coerente con le modificazioni del contesto socio-economico e dei relativi riflessi sul dibattito di politica sanitaria.

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

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

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

La necessità di recuperare il significato profondo

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

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

Complessivamente, riteniamo che il "combinato disposto" di queste dinamiche indichi chiaramente un riorientamento del dibattito di politica sanitaria e, in particolare, dell'attenzione verso i risultati del sistema sanitario: in altri termini, preso atto dell'avvenuto risanamento finanziario, oggi il tema principe sembra diventare quello della ricerca di nuovi assetti nel sistema sanitario, capaci di garantire nel tempo la sopravvivenza delle politiche di tutela.

Sottolineiamo come aumenti anche l'importanza della Dimensione Sociale: crescita già osservata nella precedente edizione, e che noi interpretiamo come la dimostrazione di una diffusa consapevolezza del fatto che il principale fallimento del sistema di tutela sia quello dell'insuccesso nella riduzione delle disparità infra e intra regionali.

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

Guardando, infine, ai livelli di "soddisfazione" espressi dal *Panel*, osserviamo come fra la misura della *Performance* "migliore" e quella "peggiore", lo scarto rimane significativo: dal 70% al 31%.

Da una parte osserviamo come anche la migliore *Performance* rimanga lontana da un risultato considerato ottimale dagli *stakeholder*; dall'altra non si può non essere preoccupati del fatto che all'altro estremo tale valore si dimezzi.

Tre realtà sembrano offrire un livello di opportuni-

tà ai propri residenti significativamente migliore delle altre, seguite da altre 6 che possiamo ritenere facciano sempre parte dell'area dell'"eccellenza"; 6 Regioni rimangono in una posizione "intermedia" con livelli di *Performance* abbastanza omogenei; infine troviamo in area "critica" le altre 6 Regioni, tutte del meridione.

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

L'analisi dei pesi elicitati, insieme ai risultati in termini di *Performance* regionali, ci offre uno spunto

finale a supporto delle politiche sanitarie future: la crescita di importanza della Dimensione Innovazione ci sembra, infatti, legata alla consapevolezza che essendo fallite le politiche sanitarie sin qui sviluppate, il riavvicinamento delle opportunità di tutela non potrà che passare per l'innovazione tecnologica e organizzativa, nella misura in cui sapranno generare nuove opportunità di sviluppo adattabili alle caratteristiche socio-economiche e culturali delle diverse aree del Paese.

Riferimenti bibliografici

1. C.R.E.A. Sanità (anni vari), *Rapporto Sanità*
2. Istat (anni vari), *Indagine Spesa delle famiglie*

ENGLISH SUMMARY

Performance evaluation (7th edition): the Italian Regional Healthcare Services

The chapter reports the results of the seventh 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 both the democratic participation of all the different healthcare system stakeholders and a transparent methodology for eliciting and weighting preferences.

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

The experiment has involved a panel of 100 experts, belonging to 5 different categories of stakeholders ("Patients", "Healthcare professions", "Medical industry", "Management" and "Institutions").

The selected (a priori) dimensions of Performance were:

- outcomes
- appropriateness
- economic and financial
- social (fairness)
- innovation.

Regional Health Systems (RHS) rankings resulting by the experiment, in terms of overall Performance, as well as single Performance dimension, has allowed us to confirm that the different stakeholders have significantly different structures of preferences.

It follows that a democratic Performance appraisal, should represent a compromise between different viewpoints/preferences, requiring a focus on the methods used 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 dif-

ferent dimensions of the Performance.

Going deeper in the results, Trento RHS ranks first for "Patients", "Industry", "Institutions"; instead Toscana ranks first for "Healthcare Professionals" and "Management" perspectives. At the opposite side of the scale, Sardegna ranks last for "Users" and "Institutions", "Management" and "Industry"; Campania ranks last for "Healthcare Professionals".

In this edition of the project, the contribution of "Outcome" dimension to the overall Performance increased, reaching the 31.2%, followed by "Social", 21.5%, "Appropriateness", 20,2%, "Innovation" with 14.6% and "Economic and Financial" with 12.4%.

In the "Patients" perspective, "Appropriateness" and "Economic and Financial" are the most important dimensions; for the "Healthcare Professionals" and "Management", "Appropriateness" and "Outcome"; for the "Institutions" and "Medical industry" perspectives, "Social" and "Outcome".

The analysis confirms the evidence of the previous edition: namely that the stakeholders have different opinions about Performance, related to the specific context; stakeholder coming from Regions with budget deficit give a higher "weight" to "Social" and "Economic and Financial" dimensions; the other ones to "Outcome", "Appropriateness" and "Innovation".

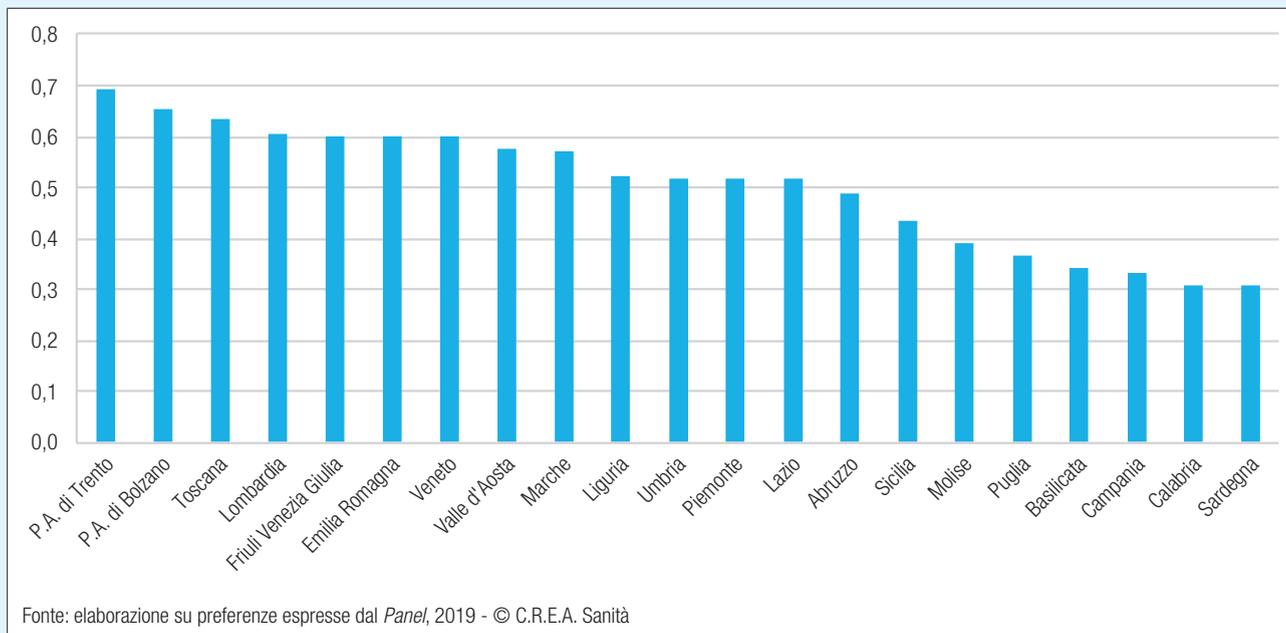
In conclusion, in the belief that accountability is a duty, particularly by the public institutions, and also that Performance improvement can be encouraged and stimulated by introducing merit-based rankings, we are confident that the experimented method can contribute to the debate by having demonstrated that it is, at least, "mandatory" 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*
- *assess the RHS Performance in a dynamic*

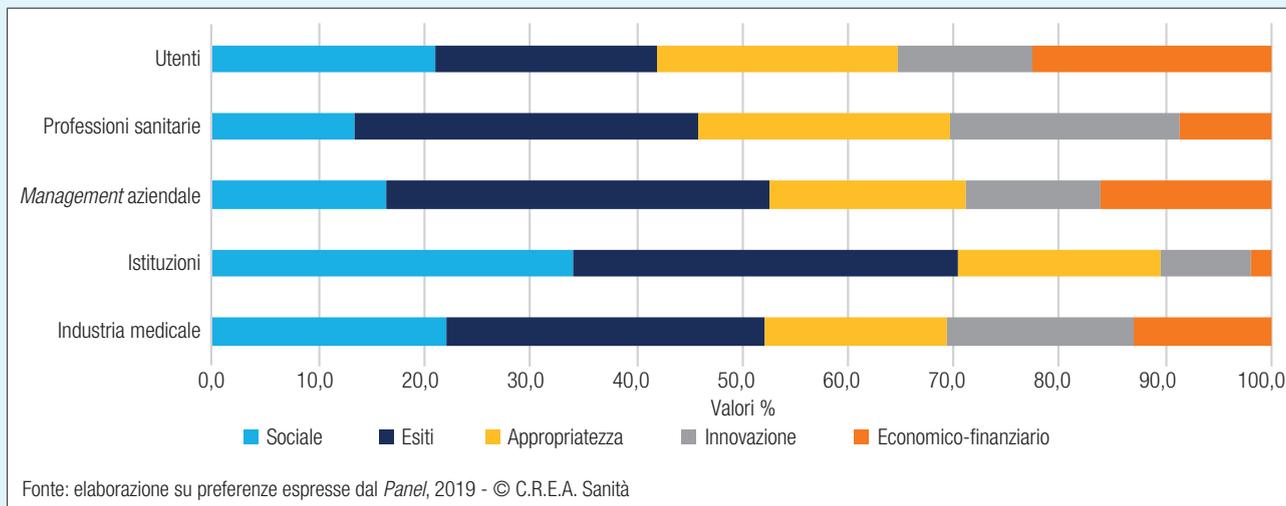
way, by considering the context (national and local) and consequently the changes of the political priorities.

KI 4b.1. Performance dei SSR secondo gli stakeholder. Anno 2019



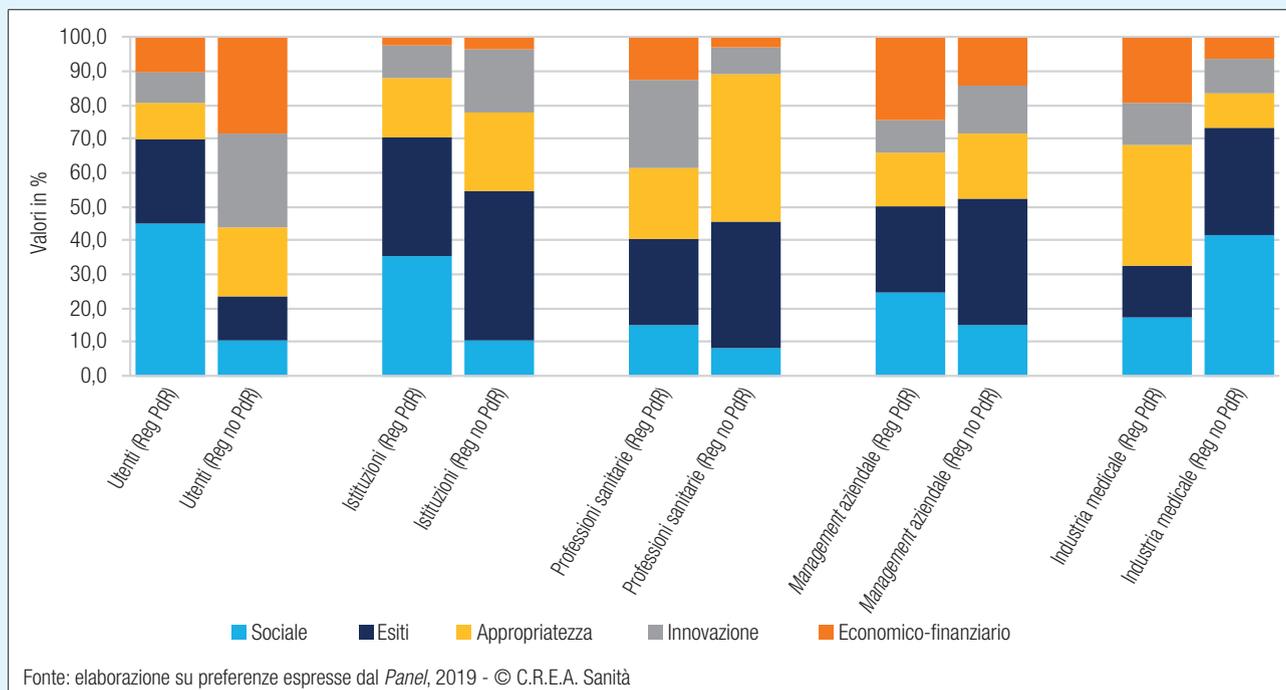
L'indice complessivo di Performance, in questa VII edizione della progettualità, oscilla da un massimo del 69,5% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 30,6%: il risultato migliore è ottenuto dalla P.A. di Trento ed il peggiore dalla Regione Sardegna.

KI 4b.2. Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR per Categoria di stakeholder. Anno 2019



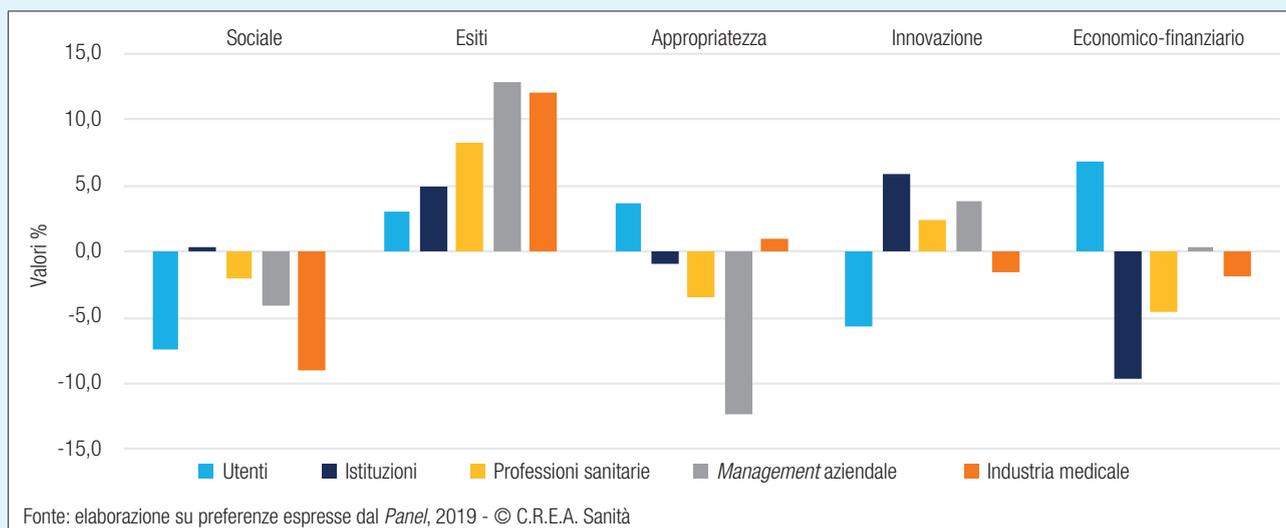
Aggregando i risultati per Dimensione, si osserva come le Dimensioni Esiti e Sociale contribuiscono maggiormente alla Performance (31,2% e 21,5%), seguite dall'Appropriatelyzza (20,2%); le Dimensioni Innovazione ed Economico-Finanziaria, contribuiscono per il 14,6% e 12,4%. Rispetto alla precedente edizione si registra un aumento del peso della Dimensione Esiti (8,1 %) e dell'Innovazione (0,9%); si è invece ridotto quello delle Dimensioni Sociale, Appropriatelyzza ed Economico-Finanziaria (-4,6, -2,5 e -1,9 %). Analizzando i risultati per Categoria, nel caso degli Utenti le Dimensioni Appropriatelyzza ed Innovazione contribuiscono per quasi il 50% alla misura della Performance del sistema sanitario (22,7% e 22,4%); seguono le Dimensioni Sociale, Esiti ed Economico-Finanziaria, con il 21,2%, il 20,9% ed il 12,7%. Per i rappresentanti delle Istituzioni, Sociale ed Esiti contribuiscono per oltre il 70% alla Performance (34,1% e il 36,4%), segue l'Appropriatelyzza con il 19,0% e l'Innovazione con l'8,6%; l'Economico-Finanziaria contribuisce solo per il 2,0%. Per le Professioni sanitarie sono Esiti e Appropriatelyzza le due Dimensioni che contribuiscono maggiormente, 32,4% e 23,7%, seguite dall'Economico-Finanziaria (21,6%), del Sociale (13,6%) e dall'Innovazione (8,7%). Per il Management aziendale, sono Esiti ed Appropriatelyzza le due Dimensioni che contribuiscono maggiormente: 36,1% e 18,5%; seguite dal Sociale con il 16,5%, dall'Economico-Finanziaria (16,2%) e dall'Innovazione con il 12,7%. Infine, per l'Industria, sono gli Esiti ed il Sociale le Dimensioni che contribuiscono maggiormente alla Performance (30,0% e 22,2%), seguite dall'Innovazione (17,6%), dall'Appropriatelyzza (17,2%) e dall'Economico-Finanziaria (12,9%).

KI 4b.3. Performance dei SSR secondo gli stakeholder. Anno 2019



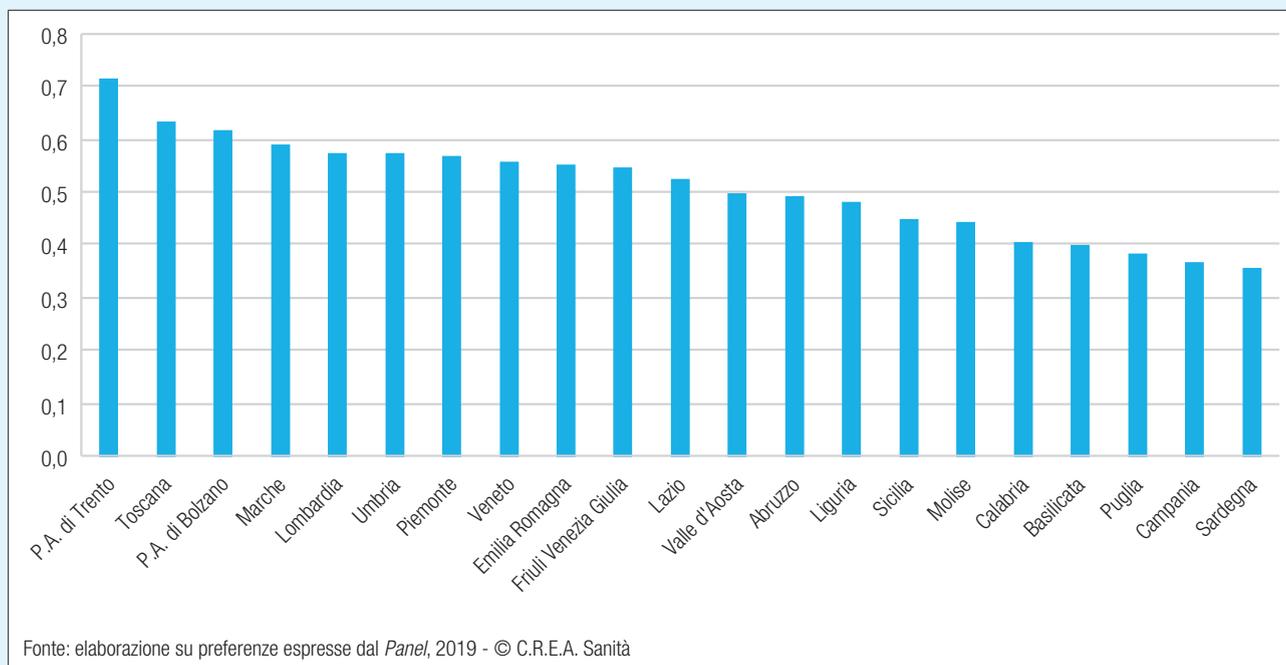
Analizzando i pesi distintamente per *stakeholder* afferenti o meno a Regioni in Piano di Rientro, possiamo evincere come per gli Utenti e le Istituzioni delle Regioni in Piano di Rientro sia maggiormente importante il contributo del Sociale (44,9% e 35,7%), seguito dagli Esiti (24,9% e 34,6%); per i rappresentanti delle Professioni sanitarie, sempre afferenti a Regioni in Piano di Rientro, prevalgono i contributi di Innovazione ed Esiti: 25,8% e 25,6%. Per il *Management* aziendale è maggiormente importante il contributo degli Esiti (25,6%), seguito dal Sociale e dall'Economico-Finanziario (24,4% per entrambe). Per l'Industria che opera in tali realtà contribuisce in maggior misura l'Appropriatazza (35,5%). Per gli Utenti che operano nelle realtà non in disavanzo sono le Dimensioni Economico-Finanziaria ed Innovazione che contribuiscono in maggior misura: 28,5% e 27,6%. Per le Istituzioni invece Esiti (44,0%) ed Appropriatazza (23,4%). Per le Professioni sanitarie ed il *Management* operanti nelle Regioni in equilibrio sono Appropriatazza ed Esiti le Dimensioni che contribuiscono maggiormente (43,7% e 19,3% per la prima Dimensione, 37,7% e 37,3% per la seconda). Per i rappresentanti dell'Industria che operano nelle realtà in sostanziale equilibrio, le Dimensioni Esiti ed Appropriatazza sembrano invece contribuire per oltre il 70% alla *Performance*.

KI 4b.4. Contributo delle Dimensioni alla Performance - Variazioni VII vs VI edizione



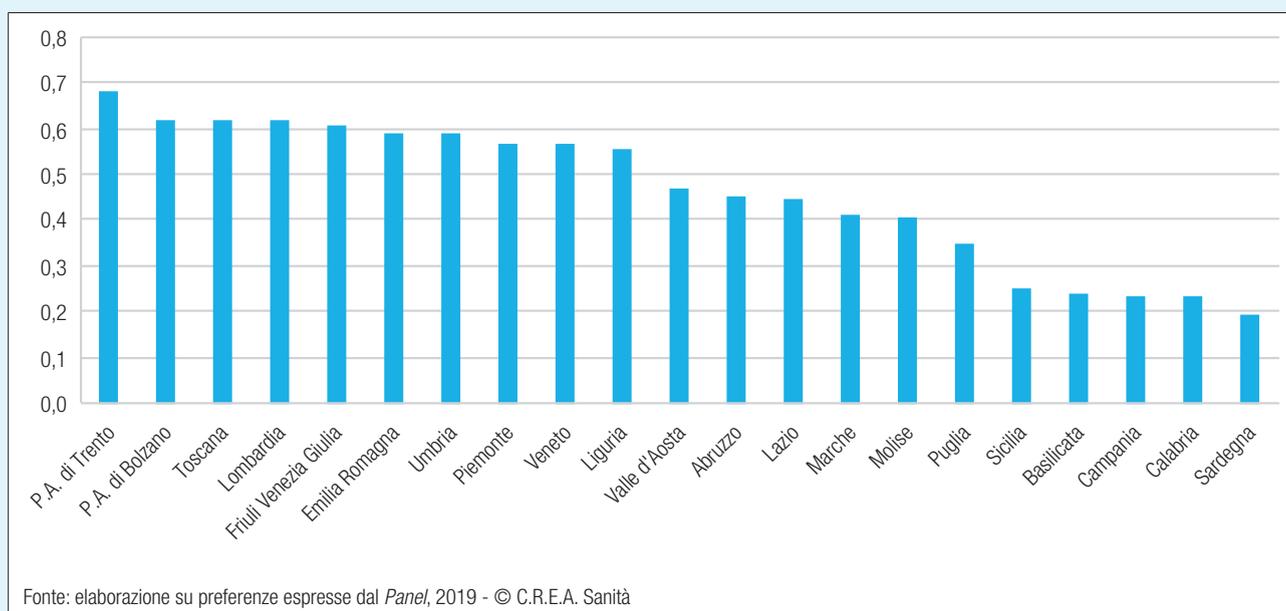
Analizzando la dinamica dei "pesi" per categoria, è possibile osservare come, in questo ultimo anno, per gli Utenti sia aumentato il contributo della Dimensione Economico-Finanziaria (6,7%), di Appropriatazza (3,5%) ed Esiti (3,0%), e si è invece ridotto quello della Dimensione Sociale ed Innovazione (-7,5 e -5,8% rispettivamente). Per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente aumentato il peso dell'Innovazione (5,8%) e degli Esiti (4,8%) e si è invece ridotto fortemente quello dell'Economico-Finanziaria (-9,7%); per le Professioni sanitarie è aumentato quello degli Esiti (8,1%) e dell'Innovazione (2,3%) e si è invece ridotto del 4,6% quello dell'Economico-Finanziaria e di 2,2 quello della Dimensione Sociale. Per il *Management* aziendale è continuato ad aumentare il peso degli Esiti (12,7%) e dell'Innovazione (3,7%) e si è ridotto quello dell'Appropriatazza (-12,5) e del Sociale (-4,2). Infine, per l'Industria è aumentato il peso degli Esiti (11,9) e si è ridotto quello Sociale (-9,1%).

KI 4b.5. Performance dei SSR secondo gli stakeholder. Anno 2019 - Categoria Utenti



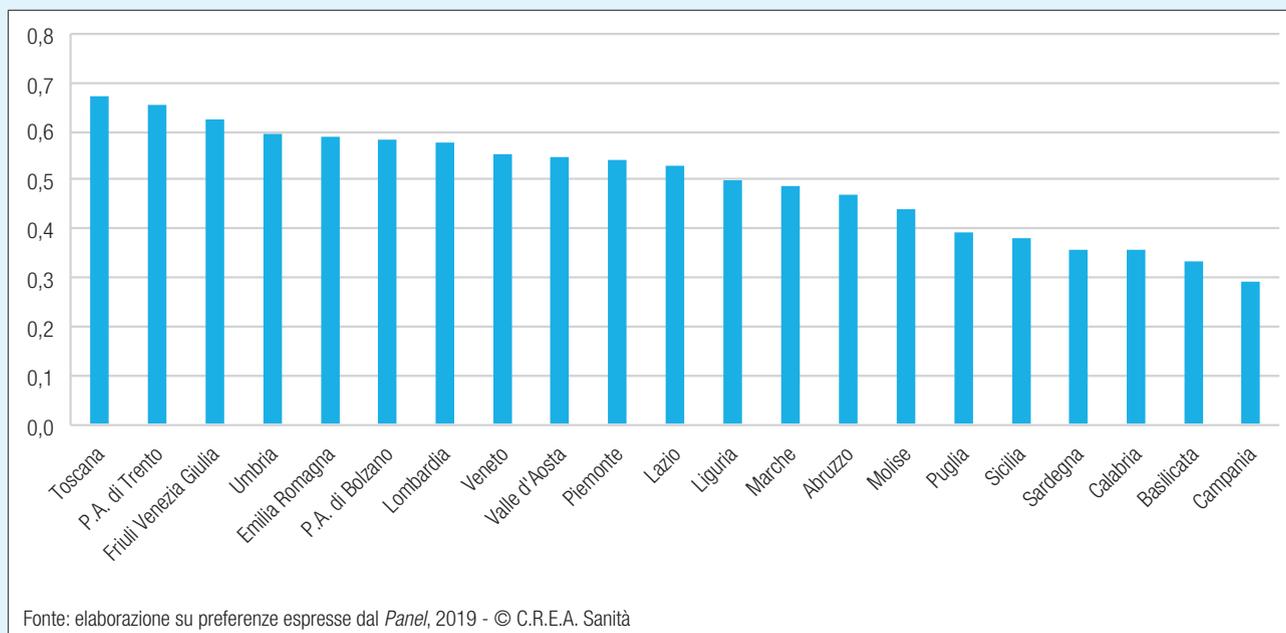
Per la Categoria Utenti, la P.A. di Trento, con il 71,5%, continua a mantenere la prima posizione, registrando un livello di Performance ancora superiore a quello registrato nella "classifica generale". Seguono Toscana e P.A. di Bolzano con una Performance rispettivamente pari al 63,2% e 61,6%; Puglia, Campania e Sardegna occupano le ultime tre posizioni con un indice di Performance inferiore al 40%.

KI 4b.6. Performance dei SSR secondo gli stakeholder. Anno 2019 - Categoria Istituzioni



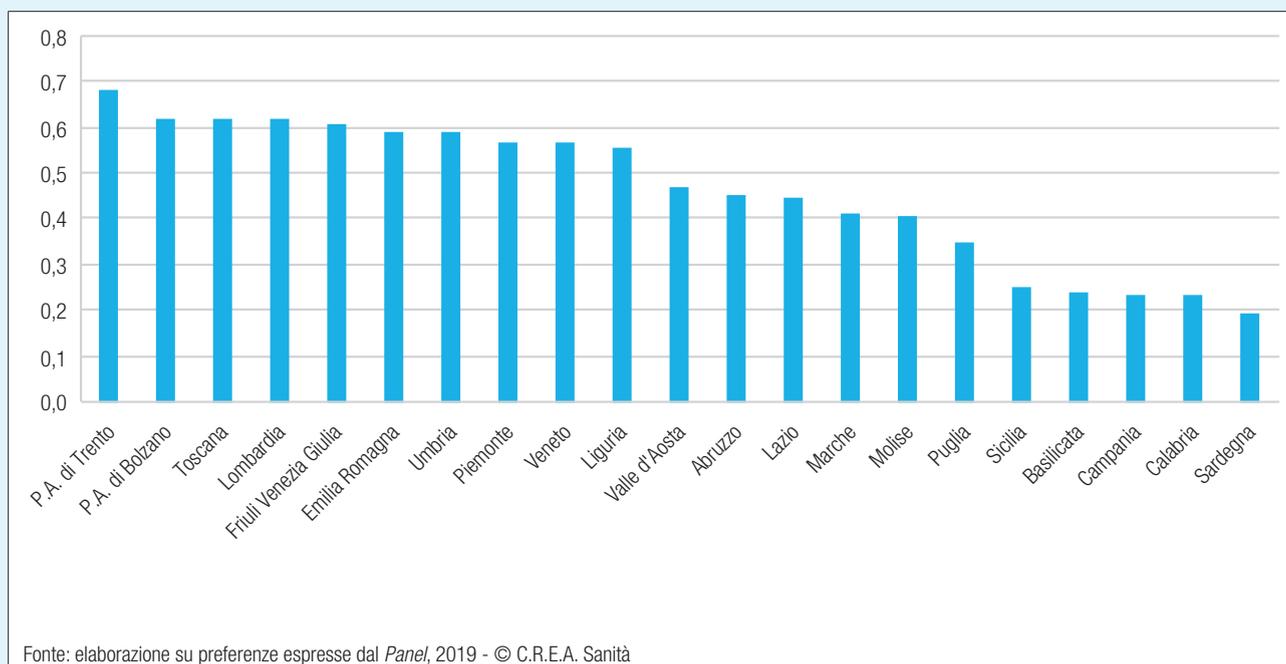
Per i rappresentanti delle Istituzioni la misura di Performance varia dal 68,0% della P.A. di Trento al 19,2% del SSR sardo: si allarga quindi la forbice fra gli estremi; P.A. di Bolzano, Toscana e Lombardia seguono la P.A. di Trento con un livello di Performance pressoché simile (62% circa tutte e tre). Nelle ultime posizioni troviamo Sicilia, Basilicata, Campania, Calabria e Sardegna che presentano un livello di Performance compreso tra il 24,9% e il 19,2%.

KI 4b.7. Performance dei SSR secondo gli stakeholder. Anno 2019 - Categoria Professioni sanitarie



Per le Professioni Sanitarie la Performance complessiva varia fra il 67,0% della Toscana ed il 29,3% della Campania; Toscana, P. A. di Trento, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Emilia Romagna, P. A. di Bolzano e Lombardia, con un livello di Performance compreso tra il 67,0% e il 57,7% occupano le prime sei posizioni; Sardegna, Calabria, Basilicata e Campania occupano, invece, le ultime quattro con un indice di Performance compreso tra il 35,9% e il 29,3%.

KI 4b.8. Performance dei SSR secondo gli stakeholder. Anno 2019 - Categoria Management aziendale



Per la Categoria Management aziendale il gap tra il SSR più performante e quello meno performante è maggiore rispetto a quello complessivo: si passa da un valore massimo del 74,5% della Toscana ad un minimo del 32,5% della Calabria. Toscana, P. A. di Trento, Umbria, P. A. di Bolzano, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Piemonte e Marche occupano le prime dieci posizioni con una Performance superiore al 60% ; all'estremo opposto troviamo Sardegna, Campania e Calabria che occupano le ultime tre posizioni con un valore di Performance inferiore al 40%.