

## CAPITOLO 4b

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

*d'Angela D.<sup>1</sup>, Carrieri C.<sup>1</sup>, Polistena B.<sup>2</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>*

#### 4b.1. Introduzione

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

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

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

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, con la collaborazione di un qualificato *Panel* di esperti.

Il *Panel* è motore dei processi di affinamento an-

nuale 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 VI edizione del progetto, 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; come atteso, l'analisi ha palesato come il dibattito di politica sanitaria assuma connotati diversi nelle diverse aree del Paese, in funzione dello “stato” dei diversi SSR, condizionando anche le valutazioni di *Performance*.

Come anticipato, i risultati descritti di seguito sono il frutto del lavoro di un *Panel* composto da 102 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 medicale”.

Il *Panel* ha prima identificato e scelto gli indicatori su cui basare la valutazione, utilizzando il metodo *Delphi* per addivenire ad una consensus tra tutti i componenti del *Panel*; poi, in un *meeting* collegiale, i 67 membri del *Panel* (dei 102 complessivi) intervenuti, hanno fornito le loro valutazioni.

Le valutazioni richieste agli *stakeholder* hanno riguardato tanto il valore attribuito alle determinazioni

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

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

numeriche degli indicatori, quanto il grado di sostituibilità tra gli *outcome* di cui i diversi indicatori sono rappresentativi.

Per quanto concerne le analisi effettuate, oltre alla distinzione delle preferenze relative ai componenti del *Panel* afferenti alle Regioni in Piano di Rientro e a quelle in “sostanziale equilibrio”, ci si è concentrati sulla dinamica temporale della *Performance* e sul “contributo” delle diverse Dimensioni al risultato finale.

## 4b.2. Risultati

Come anticipato, i (102) componenti dell'*Expert Panel*, nel mese di Aprile 2018, avvalendosi di un applicativo *web-based*, sono stati chiamati a partecipare ad una *consensus a distanza*; nello specifico hanno espresso il loro livello di accordo (nessuno, basso, medio, alto e assoluto) sui 15 indicatori, 3 per Dimensione, precedentemente elaborati e preselezionati dal C.R.E.A. Sanità per le loro caratteristiche di standardizzabilità, rilevanza e disponibilità a livello regionale (Tabella 4b.1.).

Utilizzando il metodo *Delphi*, con due *round* si è raggiunto il livello predeterminato di consenso e, a seguire, il 9 Maggio 2018, il *Panel* si è riunito per discutere i risultati e l'elicitazione delle preferenze.

Ogni membro del *Panel* intervenuto al *meeting* ha espresso le sue preferenze singolarmente, utilizzando procedure *computer assisted*, adjuvato da un applicativo informatico *web-based* sviluppato ad hoc dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità, il quale ha poi raccolto le risposte, le ha elaborate ed aggregate adottando una funzione di utilità multi-attributo.

Per questo ultimo aspetto, è stato utilizzato un applicativo (*Logical Decision*® ver. 7.2) che permette di stimare funzioni di utilità multi-attributo, con le quali aggregare una misura unica di *Performance* per ogni Regione.

Tabella 4b.1. Indicatori di Performance

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

Fonte: elaborazione su *consensus Expert Panel*, 2018 - © 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 il progetto ha, in generale, permesso di apprezzare (logico postulato della “multi-prospettiva” e della dinamica sopra descritta) come la prospettiva, e quindi il sistema delle preferenze, vari con lo “stato” della Regione di provenienza dei membri per *Panel*, ove per “stato” intendiamo, in alternativa, la condizione di equilibrio economico o di disavanzo e Piano di rientro.

Nelle Regioni in Piano di Rientro, sembra emergere una maggiore “rassegnazione” verso le 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 (in molti casi coincidenti con le Regioni in Piano di Rientro). Il contributo della Dimensione Sociale alla *Performance*, nella VI edizio-

ne, è aumentato in maniera importante, allineandosi a quello di Appropriatezza ed Esiti, ed in maggior misura per gli *stakeholder* che operano in realtà in Piano di Rientro.

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 si desume dalla elicitazione delle funzioni di valore, corrisponde all'idea che i risultati peggiori vadano "penalizzati" più che proporzionalmente, associandoci contributi alla *Performance* nulli o minimi; vale il viceversa, nel caso di determinazioni degli indicatori prossimi ai risultati migliori.

Questo è un "atteggiamento" che, peraltro in continuità con le edizioni precedenti, si riscontra in particolare per la Dimensione Sociale.

Come già rilevato nella scorsa edizione, il progetto evidenzia come il divario Nord-Sud nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano trovi una nuova declinazione proprio nei criteri di misurazione della *Performance*.

In ogni caso, osserviamo che il *gap* tra chi opera in Regioni in sostanziale equilibrio e chi in Regioni in Piano di Rientro, pur rimanendo una maggiore "aspettativa" fra i primi, tende a ridursi, proporzionalmente al progressivo superamento delle condizioni di "ritardo" delle Regioni in Piano di rientro.

È stato inoltre rilevato come i livelli di soddisfazione (degli esperti del *Panel*) per le *Performance* regionali attuali, sia relativamente scarsa; anche i migliori risultati regionali raggiunti sono, infatti, ben lontani da una *Performance* ottimale, soprattutto nella prospettiva degli Utenti e delle Istituzioni; di contro, Professionisti sanitari e *Management* risultano decisamente più "realisti" rispetto alla "bontà" dei livelli raggiunti.

Una possibile lettura del fenomeno suggerisce che sul lato della "domanda" si osservi una chiara insoddisfazione per i livelli di servizio, mentre sul lato dell'offerta prevalga il convincimento, suffragato peraltro da molte ragioni oggettive, di avere fatto "il

massimo" con le risorse disponibili.

A livello dei singoli indicatori che compongono la *Performance*, osserviamo come, nell'edizione 2018, si sia ulteriormente "esasperato" un atteggiamento di rifiuto verso le situazioni in cui i valori degli indicatori sono peggiori: il *Panel*, infatti, "punisce" queste situazioni, dando loro un valore in termini di *Performance* praticamente nullo; inoltre, il contributo alla *Performance* cresce più che proporzionalmente solo per valori numerici degli indicatori prossimi ai loro risultati migliori; quanto esposto spiega perché nessuna Regione, nella valutazione del *Panel*, raggiunga livelli assoluti elevati di *Performance*.

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

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

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

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

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

Analizzando i risultati per Categoria (Figura 4b.1.), nel caso degli Utenti le Dimensioni Sociale ed Appropriatezza contribuiscono per quasi il 50% alla misura della *Performance* del sistema sanitario (28,7% e 19,2% rispettivamente); seguono Innovazione, Esiti ed Economico-Finanziaria, rispettivamente con il 18,5%, il 17,9% ed il 15,7%.

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

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

Per il *Management* aziendale, come per le Professioni sanitarie, sono Esiti ed Appropriatezza le

due Dimensioni che contribuiscono maggiormente: 31,0% e 23,4% rispettivamente; seguite dal Sociale con il 20,7%, dall'Economico-Finanziaria (16,0%) e dall'Innovazione con il 9,0%.

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

Analizzando i pesi distintamente per gli *stakeholder* afferenti o meno a Regioni in Piano di Rientro, si riscontra come per gli Utenti delle Regioni in Piano di Rientro sia maggiormente importante il contributo del Sociale (36,5%), seguito da quello dell'Economico-Finanziaria (17,7%); per i rappresentanti delle Istituzioni e Professioni sanitarie, sempre afferenti a regioni in Piano di Rientro, prevalgono i contributi di Esiti ed Appropriatezza: 59,9% e 55,3% rispettivamente per le due categorie. Per il *Management* aziendale è maggiormente importante il contributo del Sociale (41,6%) e dell'Appropriatezza (26,7%).

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

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

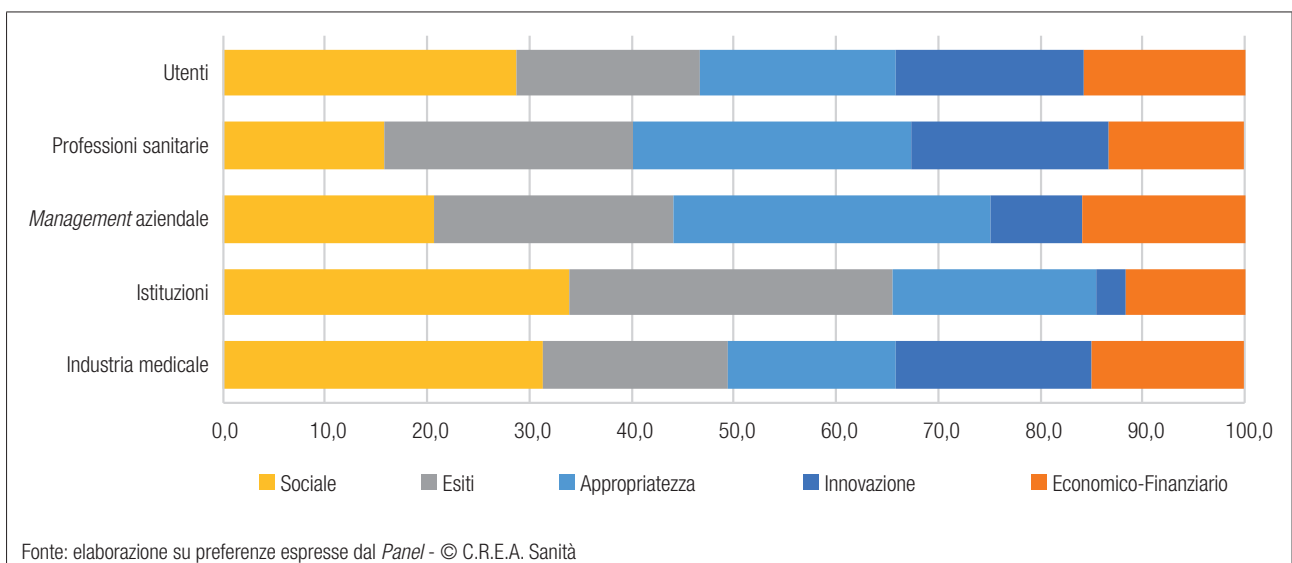
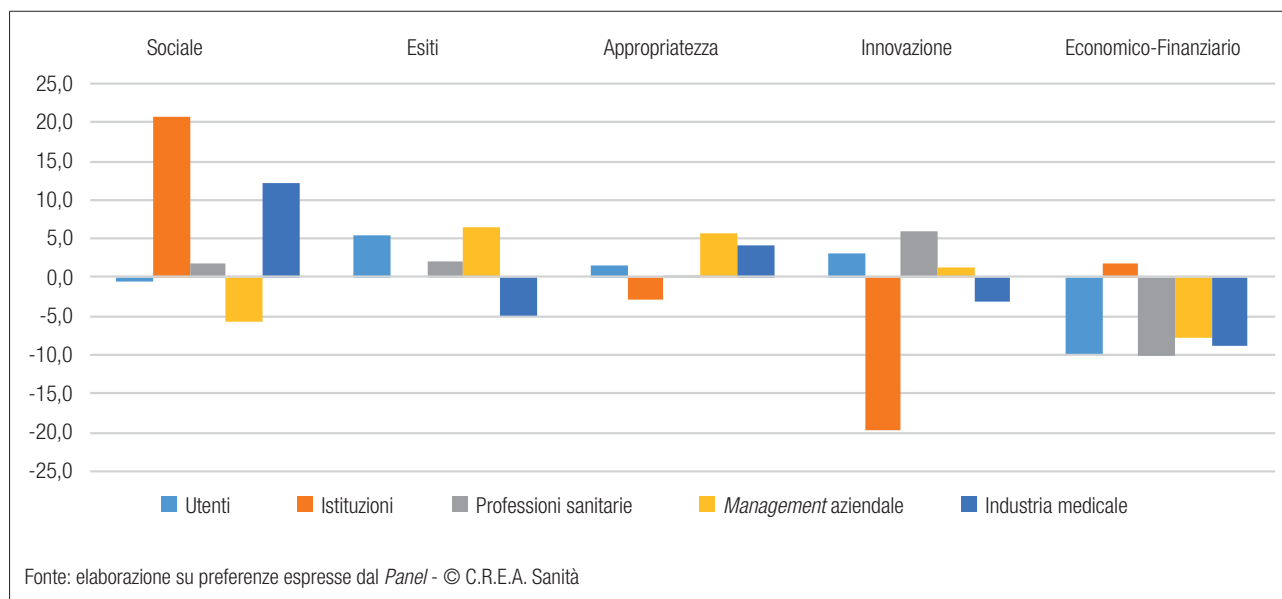


Figura 4b.2. Variazioni del contributo delle Dimensioni alla Performance VI vs V edizione



Sempre per le Regioni in equilibrio, per il *Management* Appropriatelyzza ed Economico-Finanziario contribuiscono per il 50% alla *Performance*. Per i rappresentanti dell'Industria invece contribuisce per quasi il 60% la Dimensione Sociale.

Analizzando la dinamica dei "pesi" (Figura 4b.2.), ovvero del contributo alla *Performance*, per categoria, è possibile osservare come per gli Utenti sia aumento il contributo degli Esiti (5,5 punti percentuali) e dell'Innovazione (3,2 punti percentuali), e si è invece ridotto quello della Dimensione Economico-Finanziaria (-9,8 punti percentuali). Per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente aumentato il peso del Sociale (20,8 punti percentuali) e si è invece ridotto quello dell'Innovazione (-19,7 punti percentuali); per le Professioni sanitarie è aumentato quello dell'Innovazione (5,9 punti percentuali) e si è invece ridotto di 10,2 punti percentuali quello dell'Economico-Finanziario. Per il *Management* aziendale è aumentato il peso di Appropriatelyzza (5,7 punti percentuali) ed Esiti (6,4 punti percentuali) e si è ridotto quello del Sociale (-5,8) e dell'Economico-Finanziaria (-7,7 punti percentuali). Infine, per l'Industria è aumentato il peso del Sociale e dell'Appropriatelyzza, rispettivamente di 12,3 e 4,2 punti percentuali.

Complessivamente si rileva come in questa ulti-

ma annualità sia aumentato soprattutto il contributo del Sociale, ma anche di Appropriatelyzza ed Esiti; il primo in maggior misura per gli *stakeholder* delle Regioni in Piano di Rientro. Si è invece ridotto quello dell'Economico-Finanziario e dell'Innovazione; il primo soprattutto per le realtà in Piano di Rientro, ragionevolmente per effetto dell'ulteriore riduzione del disavanzo economico-finanziario, che ha permesso di spostare l'"attenzione" sugli aspetti equitativi.

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

### 4b.3. La *Performance* regionale

L'indice complessivo di *Performance* determinato nell'esercizio 2018 oscilla da un massimo del 51,0% ad un minimo del 19,0%: il risultato migliore è ottenuto dalla P.A. di Trento ed il peggiore dalla Regione Sardegna (Figura 4b.3.)

In altri termini, il *Panel* esprime, implicitamente, la convinzione che anche le migliori *Performance* at-

tuali siano ancora significativamente distanti da una *Performance* ottimale in termini di complessiva capacità di tutela della Salute.

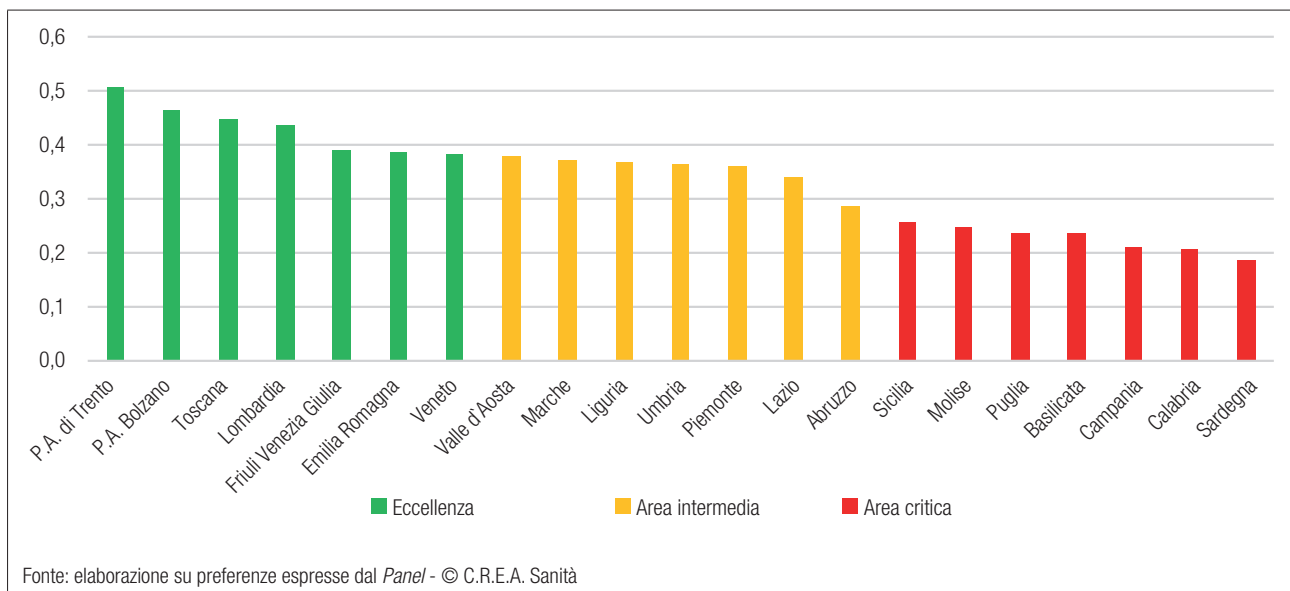
In termini relativi, il divario di *Performance* fra la prima e l'ultima è rilevante, essendo più del doppio.

Si continua a verificare che si possono distinguere tre gruppi di Regioni in base ai livelli di *Performance* raggiunti; la composizione del gruppo delle Regioni nell'area dell'"eccellenza" (con i caveat espressi sul livello, modesto, di soddisfazione espresso dal *Pa-*

*nel*) rimane stabile nel tempo e contiene (in ordine di risultato): P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Toscana, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Veneto; all'altro estremo, altrettanto stabile, è il gruppo, numericamente rilevante, delle Regioni che rimane nell'area più critica (Sicilia, Molise, Puglia, Basilicata, Campania, Calabria, Sardegna).

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

Figura 4b.3. Indice di *Performance*



**Categoria Utenti**

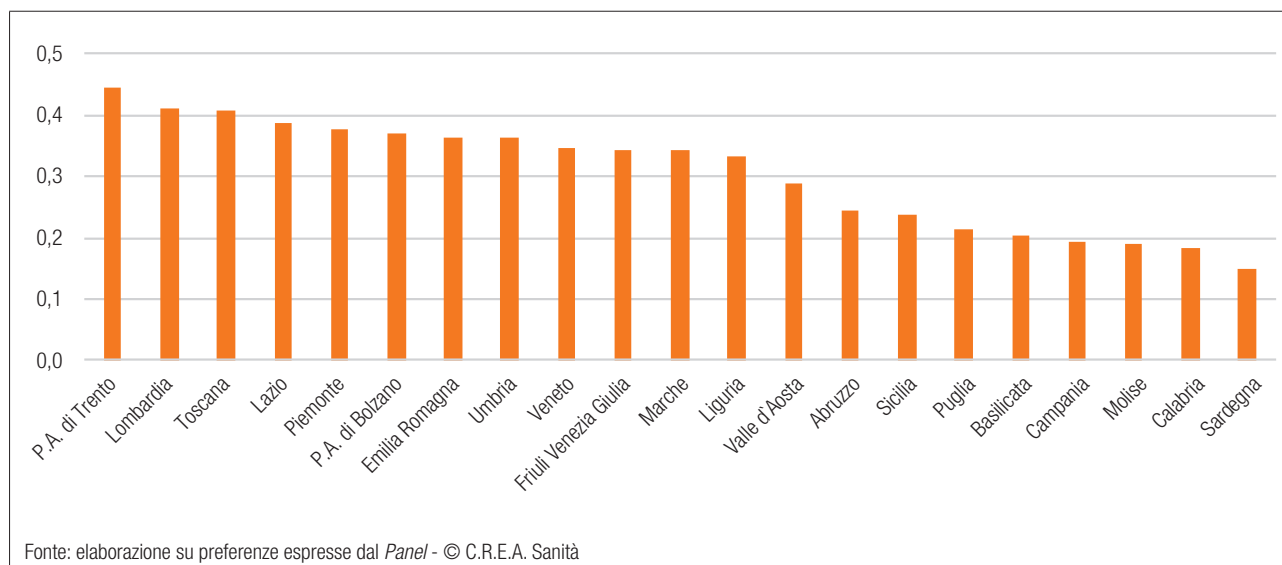
Per la Categoria Utenti, la P.A. di Trento, con una *Performance* del 44,0%, continua a mantenere la prima posizione, ma con un livello di "gradimento" inferiore (Figura 4b.4.).

Seguono Lombardia e Toscana con una *Performance* rispettivamente pari a 41,0% e 40,0%: come precedentemente accennato, gli Utenti si sono dimostrati molto "esigenti" in termini di valore attribuito agli indicatori, ritenendo che le determinazioni sotto la media contribuiscano poco o nulla alla *Performance* e questo spiega i bassi valori di *Performance*;

Campania, Molise, Calabria e Sardegna occupano le ultime quattro posizioni con un indice di *Performance* sempre inferiore al 20,0%.

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

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



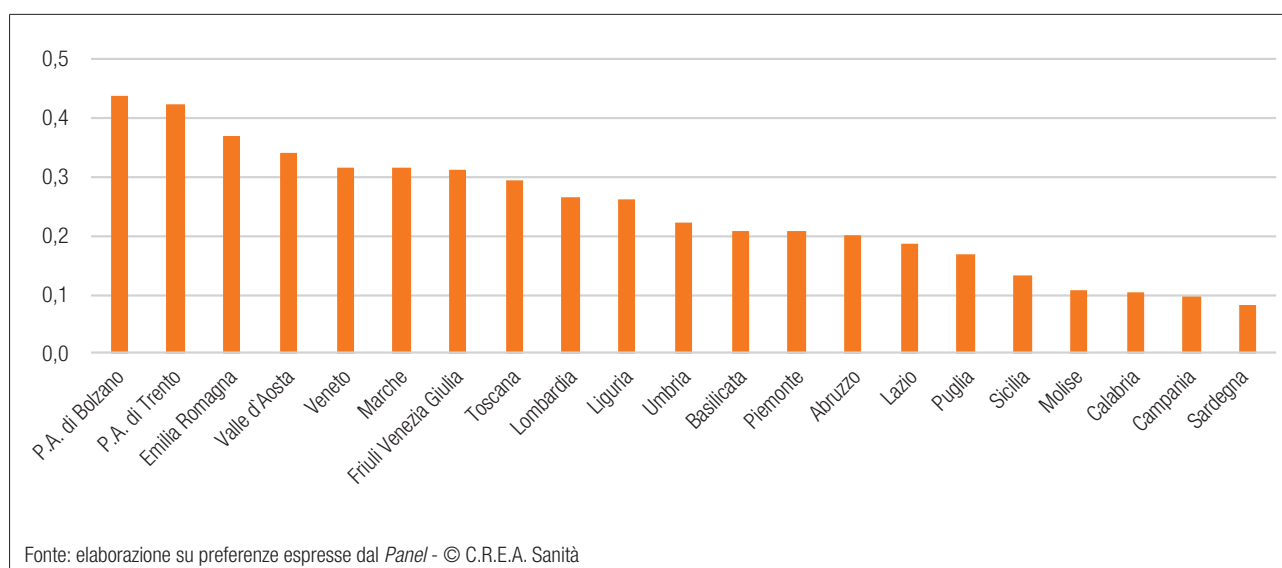
### Categoria Istituzioni

Anche i rappresentanti delle Istituzioni, come gli Utenti, sono risultati abbastanza "esigenti": la misura di *Performance* varia dallo 44% della P.A. di Bolzano all'8% del SSR sardo (Figura 4b.5.). La P.A. di Trento segue quella di Bolzano con un livello di *Performance* pressoché simile (42,0%). Nelle ultime posizioni troviamo Puglia, Sicilia, Molise, Calabria, Campania

e Sardegna che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 17,0% e l'8,0%.

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

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





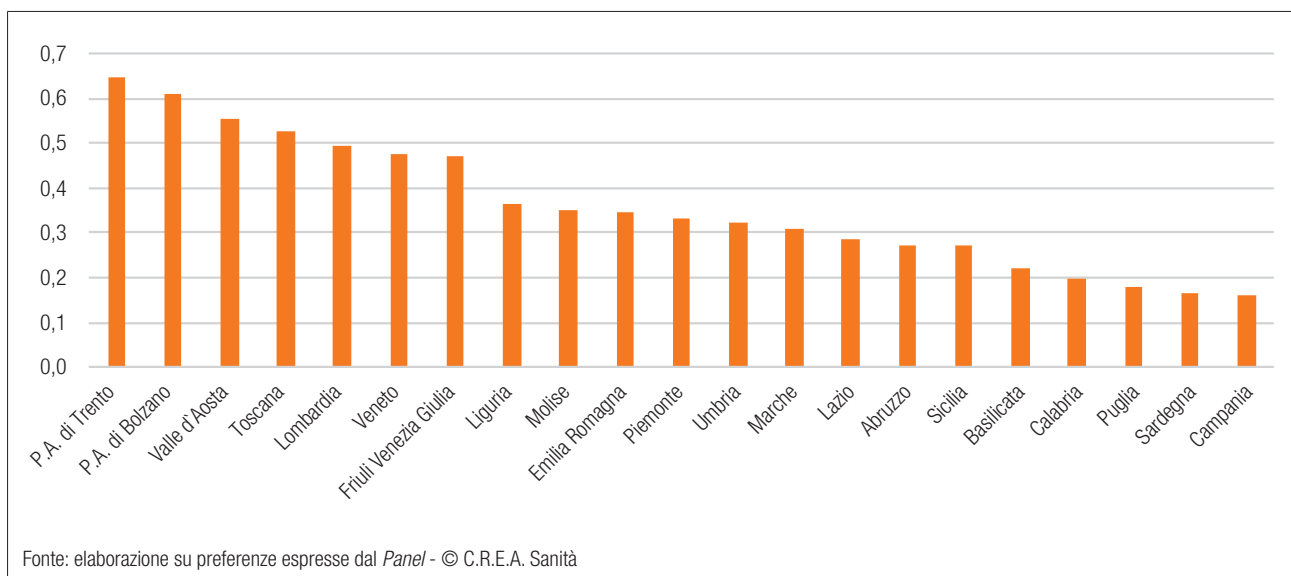
### Categoria Professioni sanitarie

I Professionisti sanitari sembrano essere mediamente più soddisfatti della *Performance* complessiva: il punteggio varia fra il 65,0% della P.A. di Trento e il 16,0% della Campania; P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta, Toscana, Lombardia e Veneto, con un livello di *Performance* compreso tra 0,65 e 0,48 occupano le prime sei posizioni; Puglia, Sardegna e Campania occupano, invece, le ultime tre con

un indice di *Performance* compreso tra il 18,0% e il 16,0% (Figura 4b.6.).

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

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



### Categoria Management aziendale

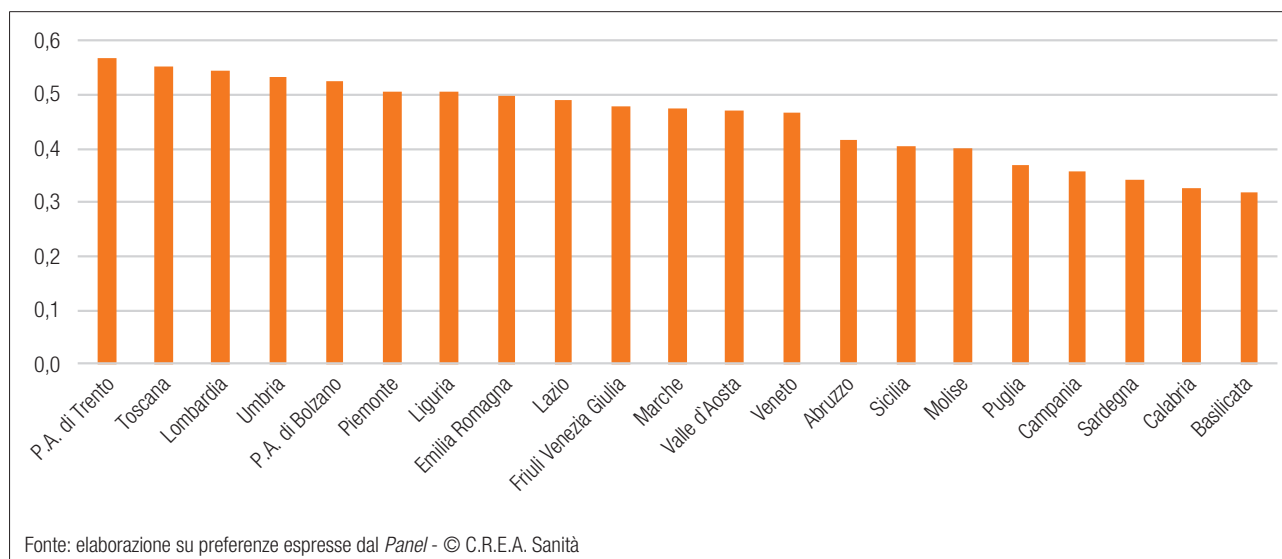
Per la Categoria *Management* aziendale, il *gap* tra il SSR più "performante" e quello meno è abbastanza ristretto: si passa da un valore massima del 57,0% della P.A. di Trento ad uno minimo del 32,0% del SSR lucano (Figura 4b.7.). P.A. di Trento, Toscana, Lombardia, Umbria, P.A. di Bolzano, Piemonte e Liguria occupano le prime otto posizioni con una *Performance* compresa tra il 57,0% e il 51,0%; all'estremo opposto troviamo Puglia, Campania, Sardegna, Calabria e Basilicata che occupano le ultime cinque posizioni con un valore di *Performance* com-

preso tra il 37,0% e il 32,0%.

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



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

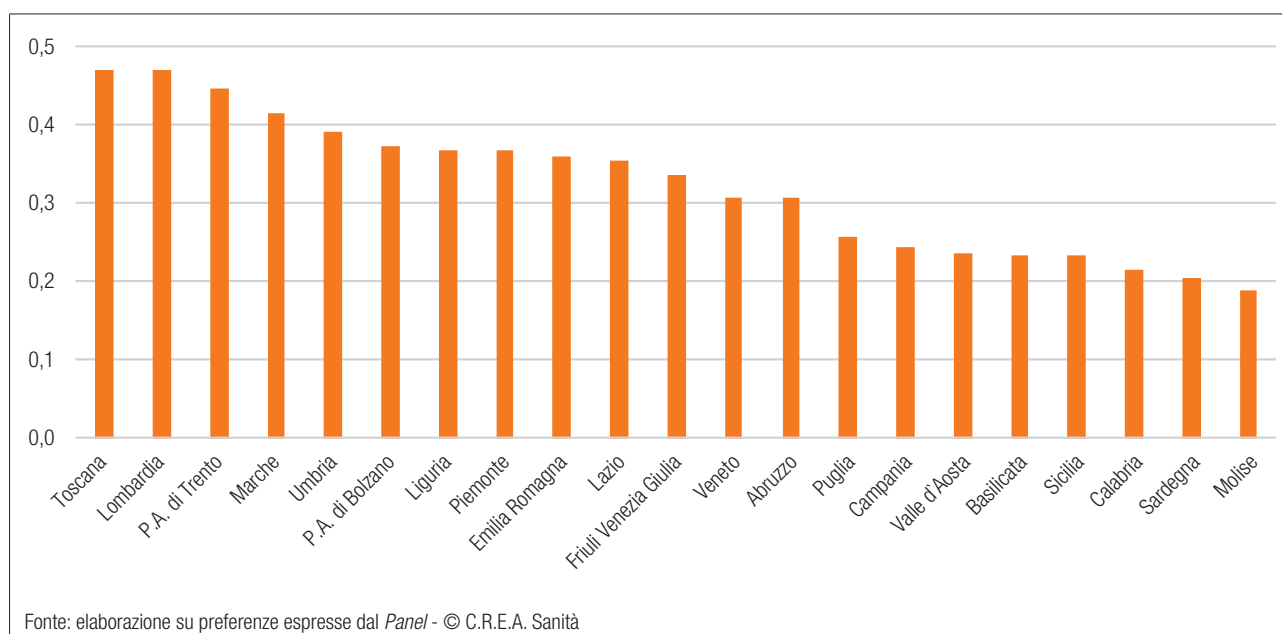


### Categoria Industria medicale

Per la Categoria Industria medicale, la misura di Performance varia dal 47,0% della Toscana, al 19,0% del Molise (Figura 4b.8.). Quattro Regioni hanno un valore di Performance superiore al 40,0%: Toscana, Lombardia, P.A. di Trento e Marche; sette, nello specifico Campania, Valle d'Aosta, Basilicata, Sicilia, Calabria, Sardegna e Molise, hanno invece una Performance inferiore al 25,0%.

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

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



#### 4b.4. Riflessioni per la politica sanitaria

Il progetto “Una misura di *Performance* dei SSR” ha l’ambizione di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie, fornendo una lettura comparativa dei SSR capace di approfondire tre elementi che riteniamo sostanziali per gli esercizi di valutazione della *Performance*: il primo è l’importanza di considerare la multi-dimensionalità degli obiettivi, il secondo è quello della esplicitazione della prospettiva adottata ed il terzo quello del contesto di provenienza degli *stakeholder*.

In corso d’opera, come già testimoniato nelle precedenti edizioni, è emerso un elemento aggiuntivo che riteniamo di grande valenza interpretativa: la dinamica dei pesi, e quindi del contributo delle diverse Dimensioni alla *Performance*, si è dimostrato cambi di anno in anno, e in modo coerente con le modificazioni in corso nel dibattito di politica sanitaria. Fa testo la riduzione dell’importanza della Dimensione Economico-Finanziaria, avvenuto in corrispondenza del risanamento finanziario dei SSR; come anche la crescita della importanza della componente Esiti, avvenuta parallelamente alla diffusione del Programma Nazionale Esiti.

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

Tutto questo si traduce in un differente contributo che le diverse Dimensioni danno alla *Performance*, come anche nei diversi *ranking* prodotti dai diversi gruppi di *stakeholder*.

Nella VI edizione del progetto, accanto alla continua crescita del peso di Esiti ed Appropriatezza, si è associato un aumento del contributo del Sociale.

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

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

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

Inoltre:

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

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

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

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

Potremmo tentare una sintesi di questa evidenza richiamando come la “domanda” sia ormai insoddisfatta dei livelli di servizio, mentre sul lato dell’offerta sembra si ritenga, con molte evidenti ragioni, di avere fatto “il massimo” con le risorse disponibili.

Si riduce anche il *gap* tra chi opera in Regioni in sostanziale equilibrio e chi in Regioni in Piano di Rientro: rimane una maggiore “aspettativa” in coloro che operano in realtà in sostanziale equilibrio, ma il fenomeno si attenua nel tempo, proporzionalmente al progressivo superamento delle condizioni di “ritar-

do” delle Regioni in Piano di rientro.

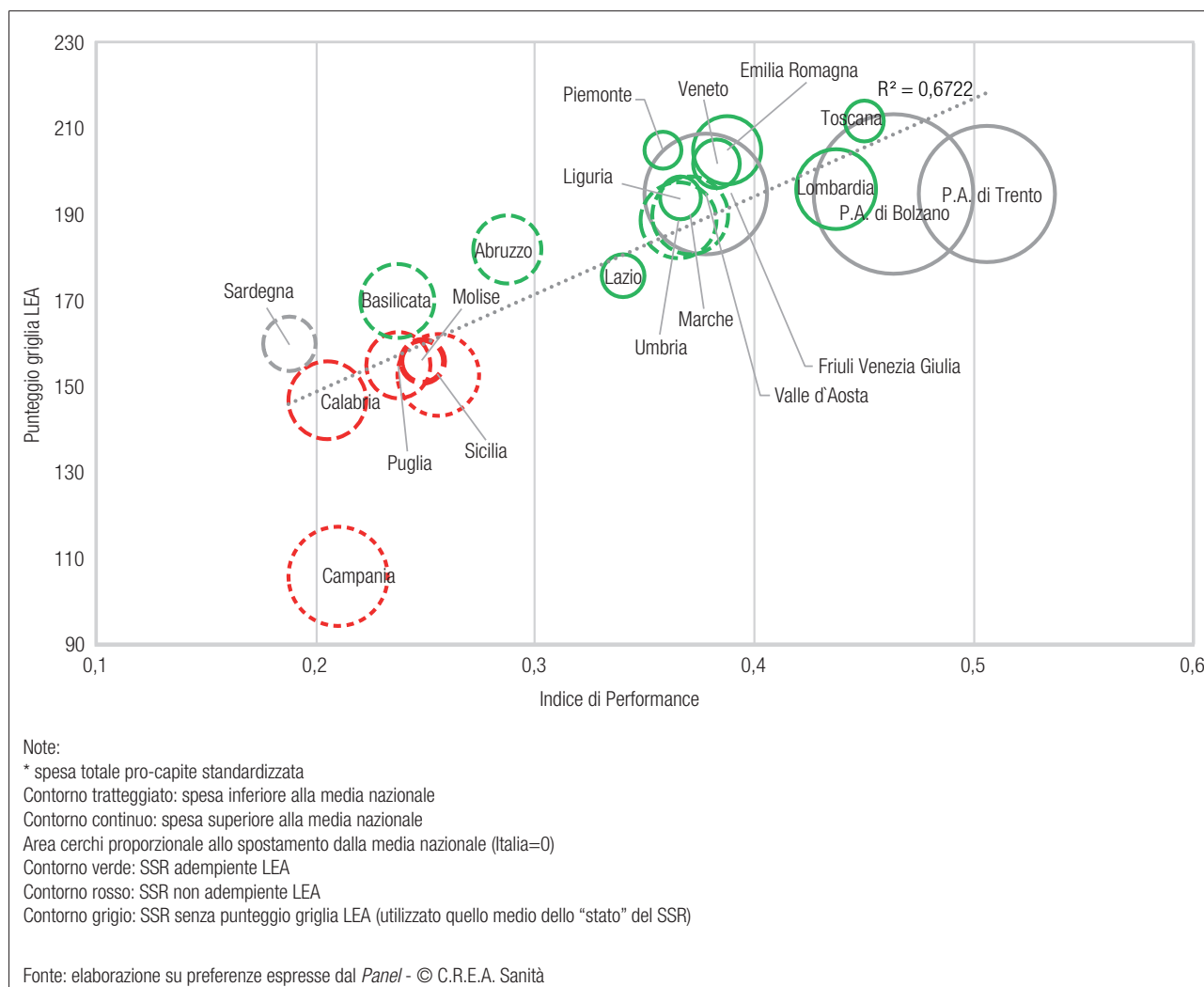
Rimangono irrisolti alcuni aspetti peculiari: per la Dimensione Economico-Finanziaria, ad esempio, si conferma la netta separazione di tipo “geografico”, per cui elevati livelli di spesa totale sono sostanzialmente giustificati nelle Regioni in sostanziale equilibrio, ed in particolare dai rappresentanti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

In termini analoghi, va segnalato come la Categoria Utenti, soprattutto ove appartenete a realtà in Piano di Rientro, dia molta importanza all’innovazione

organizzativa (introduzione di PDTA) e al Sociale, mentre nelle restanti realtà (in sostanziale equilibrio) al Sociale affiancano l’appropriatezza in termini di ricorso al ricovero ordinario.

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

Figura 4b.9. Performance, Griglia LEA e spesa sanitaria\*. Anno 2016



Infine, incrociando il livello di *Performance* stimato, con i punteggi della Griglia LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) del Ministero della Salute, e con la spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata tenendo presente che alle 5 Regioni a statuto speciale (cerchio grigio) non è assegnato un punteggio LEA, per cui nella Figura 4b.9. convenzionalmente è stato fissato pari a quello medio delle Regioni in Piano di Rientro o meno, è stato osservato come, in termini di *ranking*, la *Performance* sia sostanzialmente allineata a quella della Griglia LEA, ma i risultati “qualitativi” sono anche correlati ai livelli di spesa sanitaria totale (pubblica e privata).

In generale, le Regioni con una spesa sanitaria totale inferiore alla media nazionale (cerchi con contorni tratteggiati nel grafico sotto) presentano un punteggio di Griglia LEA inferiore alla sufficienza, ri-

sultando quindi inadempienti (colore rosso); quelle con una spesa maggiore (contorno continuo) presentando invece punteggi più alti (colore verde).

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

### Riferimenti bibliografici

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

## ENGLISH SUMMARY

### *Performance evaluation (6<sup>th</sup> edition): the Italian Regional Healthcare Services*

*The chapter reports the results of the sixth 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 subsequent composition.*

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

*The selected (a priori) dimensions of Performance were:*

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

*Analysing the 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, must represent a compromise between different viewpoints/preferences, which requires 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, in the overall, for Users, Healthcare Professionals and Management perspectives, Bolzano ranks first in Institutions and Toscana Industry perspective. At the opposite side of the scale, the region of Sardegna ranks last, in the overall, for Users and Institutions perspectives, Basilicata in Management perspective, Campania for Healthcare Professionals and Molise for Industry perspective.*

*In the overall assessment, the perspective of the Management implies the smaller gap between the worst and the best region, the higher in the Healthcare professionals.*

*In this edition of the project the contribution of Social dimension to the overall Performance increased, reaching the 26.1%, followed by Appropriateness, 22.8%, Outcome with 23.1%, Economic and Financial and Innovation contribute respectively for 14.3% and 13.8%.*

*In the Users perspective, Social and Appropriateness are the most important dimensions; for the Healthcare Professionals and Management, Appropriateness and Outcome; for the Institutions, Social and Outcome. Finally, for the Medical industry perspective Social and Innovation.*

*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,*

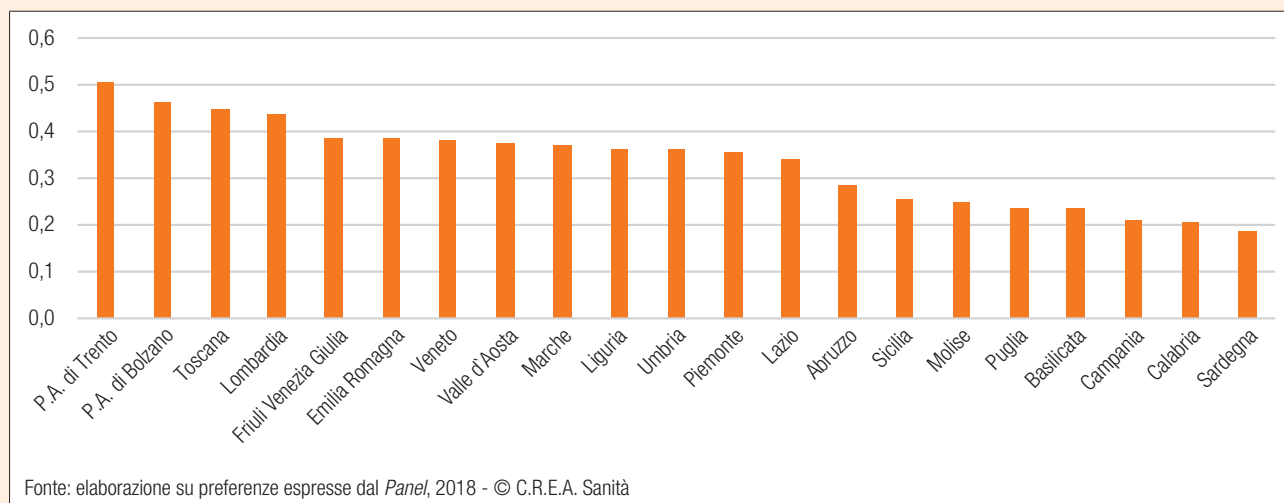
*we are confident that the experimented method can contribute to the debate by having demonstrated that it is essential to:*

- 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*

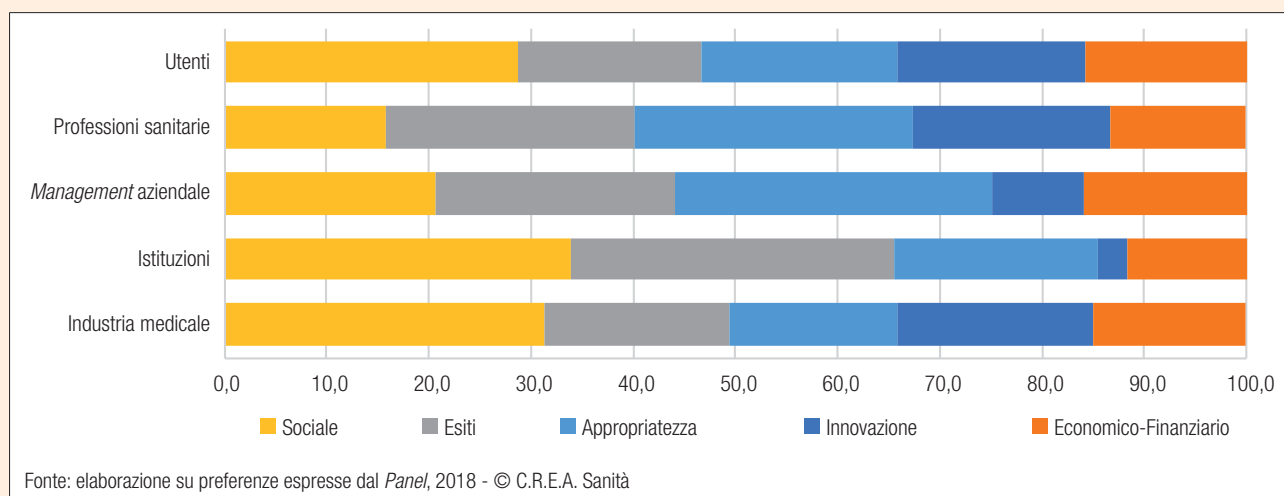
- assess the RHS Performance in a dynamic way, by considering the context (national and local) and consequently the changes of the political priorities.*

**KI 4b.1. Performance dei SSR. Anno 2018**



Il SSP trentino, con un livello di *Performance* pari a 0,51 (51,0% di quella massima), risulta essere il più performante, seguono la P.A. di Bolzano, la Toscana, la Lombardia con una *Performance* superiore a 0,44; tutte le Regioni del Sud si trovano nella parte più bassa della classifica ed hanno livelli di *Performance* più bassi: compresi tra 0,26 (Abruzzo) e 0,19 (Sardegna).

**KI 4b.2. Contributo dei diversi domini alla Performance dei SSR per Categoria di stakeholder. Anno 2018**

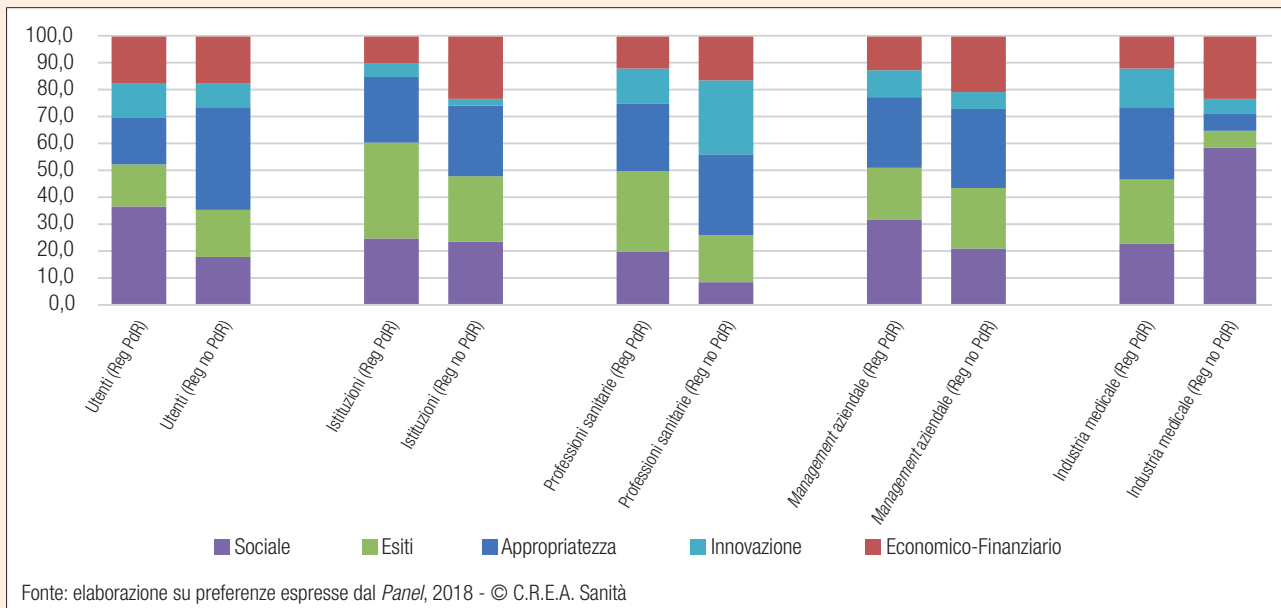


Prendendo in analisi le Dimensioni della *Performance* si osserva che Sociale ed Appropriatelyzza contribuiscono maggiormente (26,1% e 22,8% rispettivamente), seguite dagli Esiti (23,1%); le Dimensioni Economico-Finanziaria ed Innovazione contribuiscono rispettivamente per il 14,3% e 13,8%. Rispetto alla precedente edizione (2017) si osserva come sia aumentato il peso della Dimensione Sociale (5,7 punti percentuali), degli Esiti (1,9 punti percentuali) e dell'Appropriatelyzza (1,7 punti percentuali), e si sia invece ulteriormente ridotto quello della Dimensione Economico-Finanziaria (-6,9 punti percentuali) e dell'Innovazione (-2,5 punti percentuali).

Analizzando i risultati per Categoria, nel caso degli Utenti le Dimensioni Sociale ed Appropriatelyzza contribuiscono per quasi il 50% alla misura della *Performance* del sistema sanitario (28,7% e 19,2% rispettivamente); seguono Innovazione, Esiti ed Economico-Finanziaria, rispettivamente con il 18,5%, il 17,9% ed il 15,7% rispettivamente. Per i rappresentanti delle Istituzioni, Sociale ed Esiti contribuiscono per oltre il 55% alla *Performance* (33,9% e 31,6% rispettivamente), segue l'Appropriatelyzza con il 20,0% e l'Economico-Finanziaria con l'11,7%; l'Innovazione contribuisce solo per il 2,8%. Per le Professioni sanitarie sono Esiti ed Appropriatelyzza le due Dimensioni che contribuiscono maggiormente, 24,3% e 27,2% rispettivamente, seguite dall'Innovazione con il 19,3%, dal Sociale con il 15,8% e dall'Economico-Finanziaria (13,3%). Per il *Management* aziendale, come per le Professioni sanitarie, sono Esiti ed Appropriatelyzza le due Dimensioni che contribuiscono maggiormente: 31,0% e 23,4% rispettivamente; seguite dal Sociale con il 20,7%, dall'Economico-Finanziaria (16,0%) e dall'Innovazione con il 9,0%. Infine, per l'Industria, sono il Sociale e l'innovazione le Dimensioni che contribuiscono maggiormente alla *Performance* (31,3% e 19,2% rispettivamente), seguite dagli Esiti (18,1%), dall'Appropriatelyzza (16,4%) e dall'Economico-Finanziaria (14,9%).

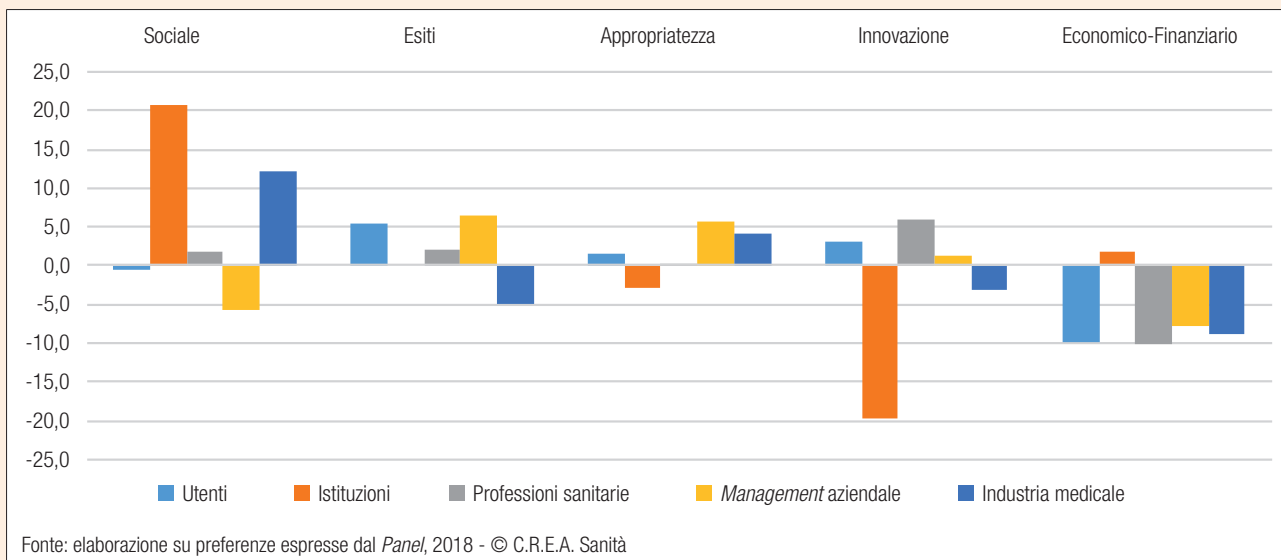


KI 4b.3. Contributo delle diverse Dimensioni alla Performance dei SSR secondo le diverse categorie di stakeholder. Anno 2018



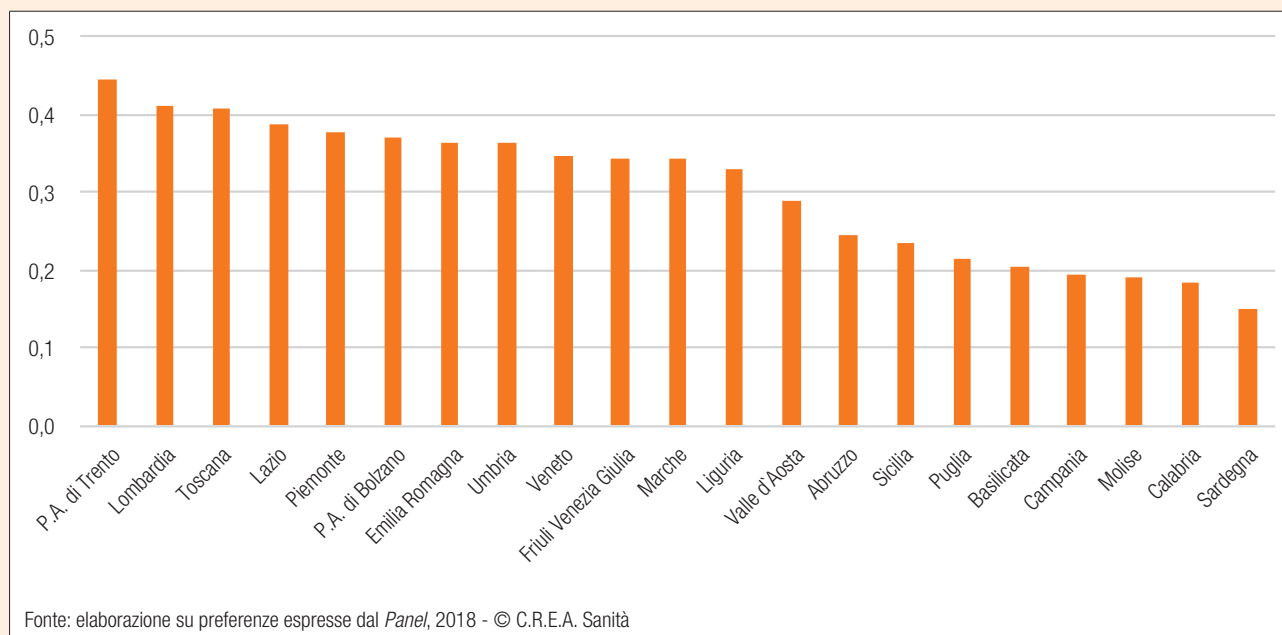
Analizzando i pesi distintamente per stakeholder afferenti o meno a Regioni in Piano di Rientro si riscontra come per gli Utenti delle Regioni in Piano di Rientro sia maggiormente importante il contributo del Sociale (36,5%), seguito da quello dell'Economico-Finanziaria (17,7%); per i rappresentanti delle Istituzioni e Professioni sanitarie, sempre afferenti a regioni in Piano di Rientro, prevalgono i contributi di Esiti ed Appropriatelyzza: 59,9% e 55,3% rispettivamente per le due categorie. per il Management delle Regioni in equilibrio, Appropriatelyzza ed Economico-finanziario contribuiscono per il 50,0% alla Performance. Per i rappresentanti dell'Industria che operano nelle realtà in sostanziale equilibrio sembra invece contribuire per quasi il 60,0% alla Performance la Dimensione Sociale. Per i Professionisti sanitari operanti nelle Regioni in equilibrio sono Appropriatelyzza ed Innovazione le Dimensioni che contribuiscono maggiormente (30,0% e 27,9% rispettivamente). Per il Management aziendale è maggiormente importante il contributo del Sociale (41,6%) e dell'Appropriatelyzza (26,7%).

KI 4b.4. Variazione del contributo delle diverse Dimensioni alla performance dei SSR secondo le diverse categorie di stakeholder. Anno 2018



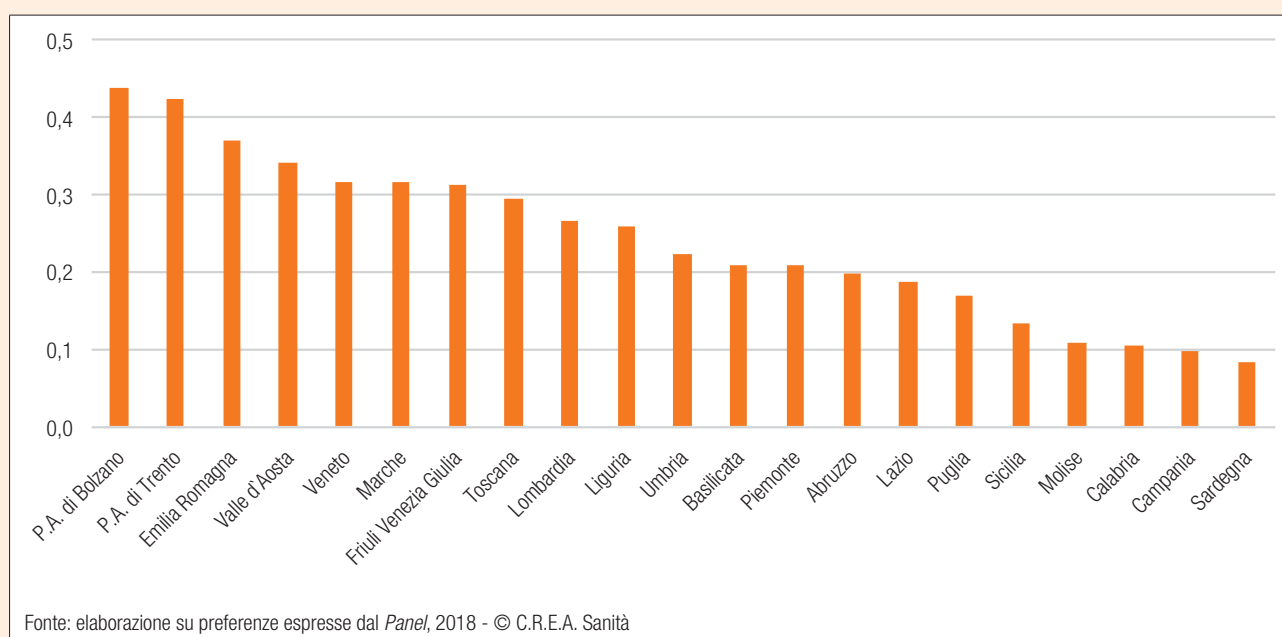
Rispetto alla V edizione (2017) è possibile osservare come per gli Utenti sia aumento il contributo degli Esiti (5,5 punti percentuali) e dell'Innovazione (3,2 punti percentuali), e si è invece ridotto quello della Dimensione Economico-Finanziaria (-9,8 punti percentuali). Per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente aumentato il peso del Sociale (20,8 punti percentuali) e si è invece ridotto quello dell'Innovazione (-19,7 punti percentuali); per le Professioni sanitarie è aumentato quello dell'Innovazione (5,9 punti percentuali) e si è invece ridotto di 10,2 punti percentuali quello dell'Economico-Finanziario. Per il Management aziendale è aumentato il peso di Appropriatelyzza (5,7 punti percentuali) ed Esiti (6,4 punti percentuali) e si è ridotto quello del Sociale (-5,8) e dell'Economico-Finanziaria (-7,7 punti percentuali). Infine, per l'Industria è aumentato il peso del Sociale e dell'Appropriatelyzza, rispettivamente di 12,3 e 4,2 punti percentuali.

KI 4b.5. Performance dei SSR secondo la categoria Utenti. Anno 2018



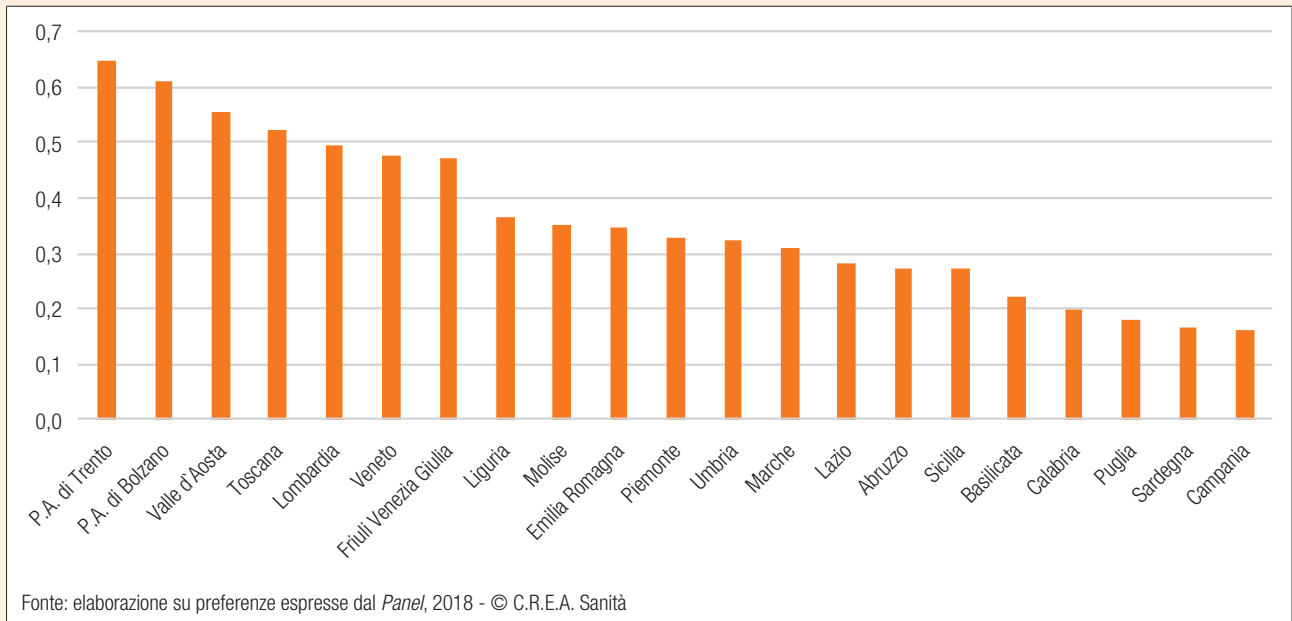
Per la Categoria Utenti, la P.A. di Trento, con 44,0%, continua a mantenere la prima posizione, ma con un livello di *Performance* inferiore. Seguono Lombardia e Toscana con una *Performance* rispettivamente pari a 41,0% e 40,8%: come precedentemente accennato, gli Utenti si sono dimostrati molto "esigenti" in termini di valore attribuito agli indicatori, ritenendo che le determinazioni sotto la media contribuiscono poco o nulla alla *Performance* e questo spiega i bassi valori di *Performance*; Campania, Molise, Calabria e Sardegna occupano le ultime quattro posizioni con un indice di *Performance* sempre inferiore al 20%.

KI 4b.6. Performance dei SSR secondo la categoria Istituzioni. Anno 2018



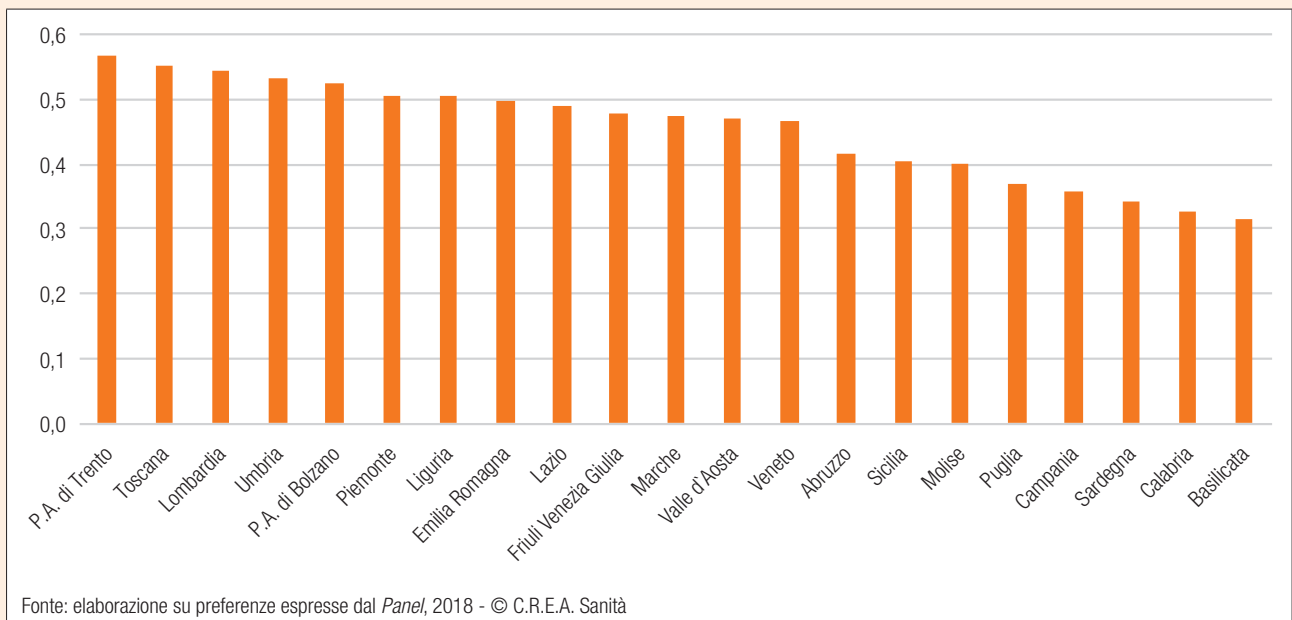
Per i rappresentanti delle Istituzioni la misura di *Performance* varia dallo 44,0% della P.A. di Bolzano all'8,1% del SSR sardo. La P.A. di Trento segue quella di Bolzano con un livello di *Performance* pressoché simile (42,0%). Nelle ultime posizioni troviamo Puglia, Sicilia, Molise, Calabria, Campania e Sardegna che presentano un livello di *Performance* al di sotto dei valori peggiori espressi nella media dagli *stakeholder* e compreso tra il 16,7% e l'8,1%.

KI 4b.7. Performance dei SSR secondo la categoria Professioni Sanitarie. Anno 2018



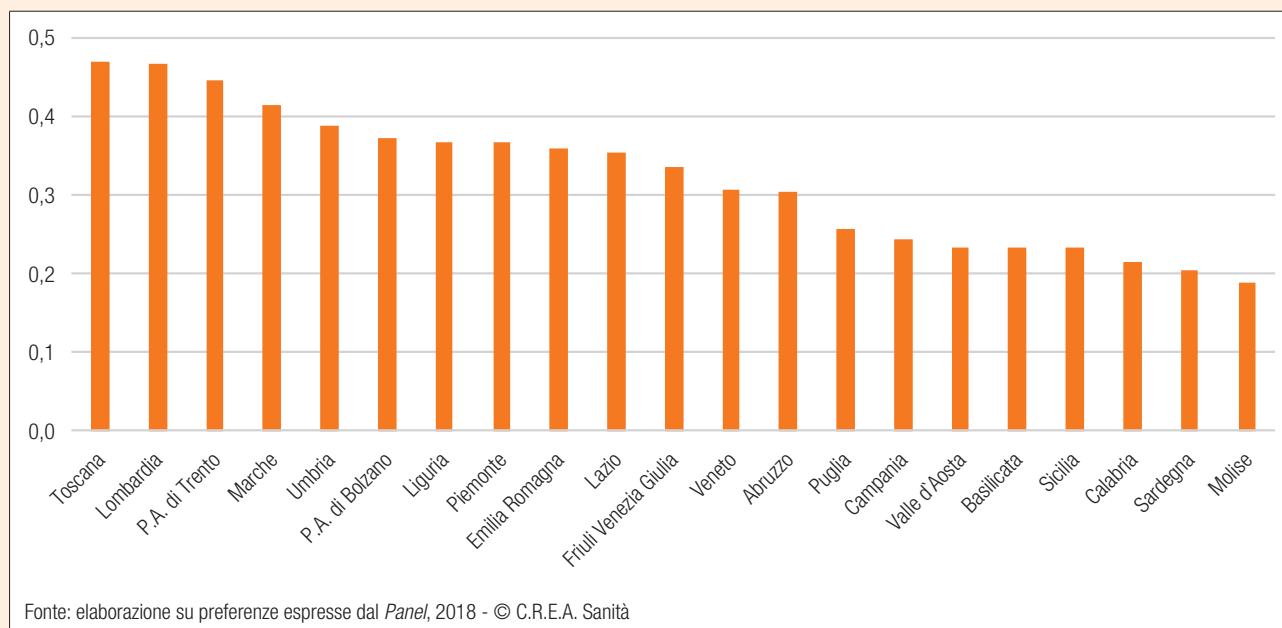
I Professionisti sanitari sembrano essere complessivamente più soddisfatti della *Performance* complessiva: il punteggio varia fra il 64,9% della P.A. di Trento e il 16,0% della Campania; P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta, Toscana, Lombardia e Veneto, con un livello di *Performance* compreso tra 0,65 e 0,48 occupano le prime sei posizioni; Puglia, Sardegna e Campania occupano, invece, le ultime tre con un indice di *Performance* basso, compreso tra il 18,1% e il 16,0%.

KI 4b.8. Performance dei SSR secondo la Categoria Management Aziendale. Anno 2018



Per la Categoria *Management* aziendale il *gap* tra il SSR più performante e meno *Performance* è abbastanza ristretto: si passa da un valore massimo del 56,7% della P.A. di Trento ad uno minimo del 31,7% del SSR lucano. P.A. di Trento, Toscana, Lombardia, Umbria, P.A. di Bolzano, Piemonte e Liguria occupano le prime otto posizioni con una *Performance* compresa tra il 56,7% e il 50,6%; all'estremo opposto troviamo Puglia, Campania, Sardegna, Calabria e Basilicata che occupano le ultime cinque posizioni con un valore di *Performance* compreso tra il 36,8% e il 31,7%.

KI 4b.9. Performance dei SSR secondo la categoria "Industria medicale" gli stakeholder. Anno 2018



Per la Categoria Industria medicale, la misura di *Performance* varia dal 47,1% della Toscana, al 19,0% del Molise. Quattro Regioni hanno un valore di *Performance* superiore al 40,0%: Toscana, Lombardia, P.A. di Trento e Marche; sette, nello specifico Campania, Valle d'Aosta, Basilicata, Sicilia, Calabria, Sardegna e Molise, hanno una *Performance* inferiore al 25%.