

CAPITOLO 4b

Indicatori di Performance: le Performance Regionali

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

4b.1. Introduzione

Il progetto “Le Performance Regionali” del C.R.E.A. Sanità, giunto nel 2021 alla sua nona annualità, si pone l'obiettivo di fornire una valutazione del livello di tutela della salute di cui i cittadini dispongono nelle diverse Regioni.

L'obiettivo travalica, quindi, quello di redigere una “classifica” delle Performance dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) pubblici.

La tutela della salute, a cui ci si riferisce, è concetto che attiene ad un ambito più ampio di quello della erogazione di beni e servizi sanitari pubblici, a cui i SSR sono deputati: coinvolge, ad esempio, e senza pretesa di esaustività, la prevenzione nella sua accezione più ampia, che comprende gli stili di vita adottati dai cittadini e la protezione ambientale; comprende, altresì, i livelli di deprivazione della popolazione e, in generale, i divari socio-economici, in quanto impattano sulla capacità di “produzione di salute”; comprende, il Sociale e tutto ciò che esita nella garanzia di inclusione; contiene, ancora, il costo-opportunità di destinare risorse pubbliche, ma anche private, al settore socio-sanitario, privandone altri usi meritori. La tutela della salute di fatto rappresenta il combinato disposto tanto dei servizi erogati dal pubblico, che dal privato, nonché delle attitudini dei cittadini, sia in termini di scelta di ricorrere a particolari tipologie di consumi privati, sia in termini di adozione di particolari stili di vita (attività fisica, alimentazione etc.).

L'accezione adottata, quindi, non sarebbe misurabile in base al grado di raggiungimento di obiettivi

tecnocraticamente attribuiti ex ante.

Per quanto precede, si è sviluppato un approccio alla misurazione della Performance intrinsecamente fondato sul principio della multidimensionalità; altro elemento distintivo dell'approccio adottato è quello del riconoscimento della natura multi-prospettica della Performance: in altri termini, l'assunzione, confermata nelle edizioni precedenti della progettualità, che “diversi” stakeholder dei sistemi socio-sanitari di fatto sono portatori di prospettive non totalmente sovrapponibili in tema di Performance.

Infine, il tentativo espletato è quello di sintetizzare la Performance in una unica misura; il termine verrà, quindi, nel seguito, utilizzato con il significato di “misura sintetica della valutazione della Performance”.

Passando all'implementazione del metodo, ricordiamo che l'approccio utilizzato per giungere ad un indicatore regionale di Performance, in continuità con le edizioni precedenti, è il frutto dello sviluppo di una metodologia originale di valutazione, sviluppato e affinato sin dal 2012 dal team di C.R.E.A. Sanità; la metodologia si è evoluta con l'apporto di un qualificato Panel di esperti, che è il motore dei processi di affinamento annuale dell'approccio.

Ricordiamo, altresì, che secondo il metodo sviluppato, la sintesi delle diverse prospettive viene effettuata adottando un metodo “democratico”, assumendo uguale peso alle diverse prospettive e componendo le diverse dimensioni della Performance, in base al peso medio che i diversi stakeholder gli attribuiscono.

Vale anche la pena di osservare come, il concetto di salute, assumendo una definizione olistica della

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

² C.R.E.A. Sanità, Università San Raffaele, Roma

stessa, è intrinsecamente dinamico, essendo legato alle modifiche del contesto sociale, economico, culturale e politico: ne segue che anche la nostra misura della *Performance*, in quanto valutazione di livelli di tutela della salute conseguiti o conseguibili, non può che essere dinamica ed evolutiva, come l'esperienza sin qui accumulata conferma.

A questo proposito rileva come, nell'edizione 2021 (IX annualità) i componenti del *Panel* abbiano ritenuto che la "gestione" dell'emergenza sanitaria non sia fattore "determinante" nella determinazione del livello di tutela della salute delle diverse Regioni; sebbene si condivida che abbia fatto emergere aspetti che comportano una modificazione delle "priorità" nelle agende della politica sanitaria, si ritiene che la valutazione della gestione emergenziale debba rimanere fattore "a se stante".

Il *Panel*, composto da rappresentanti delle diverse categorie di *stakeholder*, ogni anno, inizialmente individua gli indicatori ritenuti rappresentativi della *Performance*, alla luce delle "priorità" maturate nel periodo; il *Panel* rappresenta, altresì, il campione di soggetti di cui si elicitano le preferenze, poi utilizzate per alimentare il processo di misura dell'indicatore sintetico di valutazione.

Operativamente, si procede prevedendo 4 fasi:

- individuazione delle Dimensioni della *Performance*
- individuazione di un set di indicatori di *Performance* da parte dell'*expert Panel*
- elicitazione del "valore" che i componenti del *Panel* attribuiscono alle determinazioni degli indicatori
- elicitazione del "valore relativo" attribuito dai componenti del *Panel* ai diversi indicatori (ovvero alle disponibilità a scambiare peggiori determinazioni di un indicatore con migliori di un altro, a parità di valutazione complessiva della *Performance*).

Molteplici sono le evidenze generate dal progetto sin dalla sua prima edizione; per citare quelle ritenute più originali e rilevanti:

- la dimostrazione/conferma della dipendenza della misura della *Performance* dalle diverse

prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder*

- l'esistenza di una dinamica derivante dall'impatto che i fattori politici e culturali del Paese, come anche dalle tendenze delle politiche sanitarie, generano sulle misure di composizione delle diverse Dimensioni di cui è composta la *Performance*
- l'esistenza di una correlazione fra la misura di *Performance* ed il contesto geografico di provenienza professionale dei membri del *Panel*.

Alla IX annualità del progetto hanno aderito 125 esperti, così che il *Panel* consta di 31 componenti in più rispetto alla precedente edizione, con una distribuzione sostanzialmente bilanciata tra le diverse categorie di *stakeholder* e le diverse ripartizioni geografiche di provenienza.

Preme sottolineare che, alla luce della consapevolezza della relazione inscindibile tra sanità e sociale, e del ruolo che dovrà spettare agli Enti Locali (in primis i Comuni) nell'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), si è promossa la partecipazione al *Panel* di alcuni Sindaci.

Il *Panel* è, quindi, attualmente composto da:

- 16 rappresentanti delle Istituzioni: 5 nazionali e 8 regionali e 3 locali
- 9 rappresentanti degli Utenti/Cittadini: fra questi 9 Presidenti/Coordinatori nazionali di Associazioni dei pazienti
- 42 rappresentanti delle Professioni sanitarie: di cui 37 Presidenti o Segretari Nazionali di Società Scientifiche, 2 Consiglieri Società Scientifiche, 1 dell'Università, 2 Associazioni di aree cliniche specifiche
- 42 componenti del *Management* di aziende sanitarie: 33 Direttori Generali di aziende sanitarie, 4 Direttori Sanitari di aziende sanitarie, 1 Presidente di fondazione attiva in Sanità, 1 Direttore di fondazione, 1 Consulente di *Project Management* in Sanità, 1 Commissario di Azienda Ospedaliera Universitaria, 1 Direttore di istituto
- 15 rappresentanti dell'Industria: 14 Dirigenti di aziende medicali (farmaci e dispositivi medici) e 1 Presidente di Associazione di categoria

- 2 *Supervisor* del progetto.

Prima di passare all'analisi dei risultati, è ancora opportuno segnalare alcune modifiche qualificanti della metodologia adottate in questa edizione del progetto.

In primo luogo, il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità ha proposto al *Panel* un *set* di 32 indicatori, precedentemente selezionati, con l'indicazione di esprimere per ognuno di essi un livello di gradimento/importanza, adottando una *likert* a 9 livelli, con il fine di giungere a selezionare i 3 ritenuti più "qualificanti", per ognuna delle cinque Dimensioni predeterminate di valutazione (rimaste invariate nelle ultime sei edizioni): Esiti, Sociale, Appropriatezza, Innovazione, Economico-Finanziaria.

La scelta è avvenuta mediante un processo di *consensus*, fra tutti i componenti del *Panel*, realizzando utilizzando il metodo *Delphi*.

Per quanto concerne l'individuazione degli indicatori, stante la particolarità del periodo, legata alla pandemia di COVID, è sembrato opportuno proporre nel *set* di indicatori sottoposti alla *consensus*, anche alcuni indicatori associati alla gestione della pandemia, al fine di rilevare l'eventuale "peso" ad essi attribuito da parte del *Panel* nell'ottica della misurazione del livello di tutela della salute.

Durante il *meeting* dell'*expert Panel*, tenutosi in modalità *webinar* nel mese di Maggio 2021, il dibattito si è concentrato sui cambiamenti delle priorità "letti" attraverso la modifica di alcuni indicatori-obiettivo prescelti; inoltre, si è convenuto sull'esigenza che, sin dalla prossima edizione, la valutazione debba estendersi sul versante del Sociale, nonché debba essere in grado di misurare il grado di flessibilità raggiunta dai sistemi di tutela, ed anche il rendimento (di produttività, efficienza) degli investimenti che verranno fatti nei prossimi 5 anni secondo il PNRR.

4b.2. Risultati: il contributo delle dimensioni alla Performance

La valutazione delle opportunità di tutela della salute nelle diverse Regioni, in continuità con le precedenti edizioni, è stata effettuata, in base alla loro

rilevanza e attendibilità, su un *set* di 15 indicatori, 3 per Dimensione, selezionati dal *Panel* di esperti durante il *meeting* "a distanza".

Alla loro determinazione si è arrivati dopo una *consensus* su 32 indicatori preselezionati dai ricercatori di C.R.E.A. Sanità, scelti in base a criteri di replicabilità, specificità, standardizzabilità, robustezza, oltre che di possibilità di disaggregazione a livello regionale.

Nella Tabella 4b.1. sono riportati i 15 indicatori finali selezionati.

Tabella 4b.1. Dimensioni e Indicatori di Performance

Dimensione	Indicatore
Sociale (Equità)	Quota di famiglie che sperimentano un disagio economico a causa dei consumi sanitari privati
	Quota di persone che rinuncia a curarsi
	Quota di soggetti oncologici che si curano fuori Regione di residenza
Esiti	Aspettativa di vita in buona salute
	Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite
	Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero
Appropriatezza	Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni
	Tasso di accesso al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde
	Quota ricoveri medici oltre soglia per over 75
Innovazione	Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive
	Quota di dimessi vivi non al domicilio
	Quota di assistiti che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico
Economico-Finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	Quota spesa sanitaria totale pro-capite su PIL pro-capite
	Disavanzo economico-finanziario pro-capite

Ad ogni indicatore è stata attribuita, sulla base delle opinioni dei membri del *Panel*, una funzione di valore e quindi sono state stimate le costanti di scambio come sopra anticipato.

Sulla base delle preferenze così elicitate, la Dimensione che contribuisce maggiormente alla *Performance*, è quella degli Esiti, seguita da quella So-

ziale con un peso sovrapponibile: rispettivamente il 32,1% e 31,9%; il restante 40% è spiegato dalla Dimensione Economico-Finanziaria (14,4%), dall'Appropriatezza (12,2%) e dalla Innovazione (9,4%).

Rispetto alla precedente edizione del progetto, si registra una riduzione notevole del peso della Dimensione Economico-Finanziaria (-26,5 punti percentuali); risulta, invece, in aumento il contributo di Esiti, Sociale e Innovazione (+12,4, +12,0 e +1,5 punti percentuali rispettivamente); il peso dell'Appropriatezza è rimasto pressoché invariato (+0,6 punti percentuali rispetto alla scorsa edizione).

Analizzando i risultati per Categoria di *stakeholder* (Figura 4b.1.), nel caso degli Utenti le Dimensioni Sociale ed Esiti contribuiscono per quasi l'80% alla misura della *Performance* (42,3% e 34,3% rispettivamente); seguono le Dimensioni Appropriatezza, Innovazione ed Economico-Finanziaria, con l'11,9%, l'8,1%, e il 3,4%; anche per i rappresentanti delle Istituzioni, le Dimensioni Sociale ed Esiti contribuiscono notevolmente, per oltre il 70% alla *Performance* (45,3% e 26,2% rispettivamente), segue quella Economico-Finanziaria con l'11,8%, l'Appropriatezza con il 9,7% e l'Innovazione con il 7,0%; per

i rappresentanti delle Professioni Sanitarie, le Dimensioni Sociale ed Esiti contribuiscono per oltre il 60% alla *Performance* (35,8%, 23,5% rispettivamente), segue la Dimensione Economico-Finanziaria con il 18,1%, l'Innovazione con il 12,1% e l'Appropriatezza con il 10,5%; per il *Management aziendale* gli Esiti contribuiscono per quasi il 50% alla *Performance* (45,2%), segue il Sociale e l'Appropriatezza con il 16,8% e 15,3% rispettivamente; le dimensioni Economico-Finanziaria e Innovazione contribuiscono per circa un quinto alla *Performance*: 14,6% e 8,1% rispettivamente; infine, per l'Industria, sono gli Esiti, l'Economico-Finanziaria e il Sociale le Dimensioni che contribuiscono maggiormente alla *Performance* (31,5%, 24,0% e 19,1% rispettivamente), seguite dall'Appropriatezza (13,5%) e l'Innovazione (11,9%).

Analizzando la variazione dei "pesi" attribuiti alle varie Dimensioni, al fine di cogliere la dinamica delle priorità assegnate, è possibile osservare (Figura 4b.2.) come, in questo ultimo anno, per gli Utenti sia notevolmente diminuito il "peso" dell'Economico-Finanziaria (-83,4 punti percentuali): va notato che nel *set* degli indicatori è risultato sostituito quello sull'incidenza della spesa privata sul reddito, con quello

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

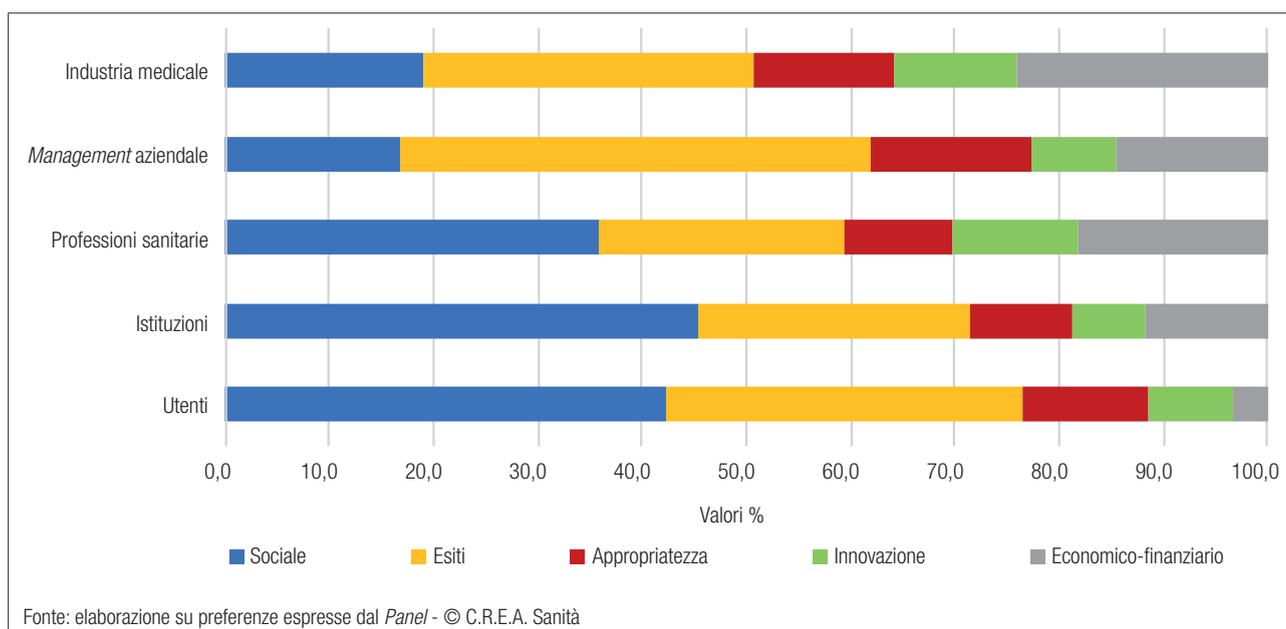
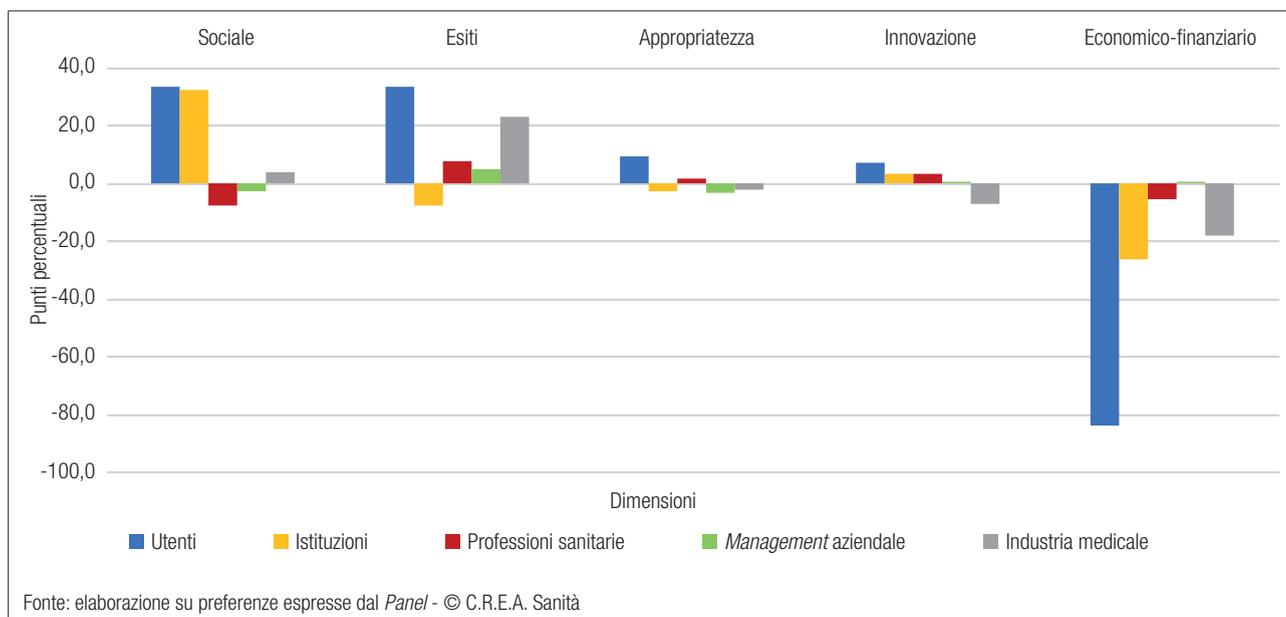


Figura 4b.2. Variazioni del contributo delle Dimensioni alla Performance IX vs VIII edizione



relativo al disavanzo; in altri termini l'attenzione si è spostata dall'impatto sulle famiglie ad una problematica più "gestionale"; sempre per gli Utenti sono cresciuti soprattutto il "peso" degli Esiti (+33,5 punti percentuali) e del Sociale (+33,4 punti percentuali); più contenuta la crescita di Appropriatezza (+9,3 punti percentuali) e Innovazione (+7,3 punti percentuali).

Anche per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente diminuito il peso della Dimensione Economico-Finanziaria (-25,9 punti percentuali) ed è invece aumentato fortemente quello del Sociale (+32,7 punti percentuali): l'"accesso" è evidentemente una priorità per questa categoria.

Per i rappresentanti delle Professioni sanitarie è aumentato il peso delle Dimensioni Esiti (+7,8 punti percentuali), Innovazione (+3,2 punti percentuali) e Appropriatezza (+1,8 punti percentuali); e si è invece ridotto di 7,5 punti percentuali quello del Sociale e di 5,3 punti percentuali quello dell'Economico-Finanziaria.

Il *Management aziendale* è risultata la categoria che ha registrato meno variazioni rispetto all'edizione precedente: è aumentato il peso degli Esiti (+3,9 punti percentuali), del Sociale (+5,2 punti percentuali), dell'Innovazione (+0,6 punti percentuali) e dell'E-

conomico-Finanziaria (+0,3 punti percentuali), e si è ridotto quello dell'Appropriatezza (-3,4 punti percentuali) e del Sociale (-2,7 punti percentuali).

Infine, per l'Industria è aumentato notevolmente il peso degli Esiti (+23,1 punti percentuali) e si è ridotto fortemente quello dell'Economico-Finanziaria (-18,0 punti percentuali).

4b.3. Risultati: la sintesi regionale

L'indice complessivo di *Performance* oscilla da un massimo del 61% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 21%: il risultato migliore è ottenuto dalla P.A. di Bolzano ed il peggiore dalla Regione Calabria. (Figura 4b.3.).

Si conferma, come già emerso nella precedente edizione, che nelle valutazioni del *Panel* si registra l'aspettativa che si possa giungere a *Performance* significativamente migliori delle attuali, anche nelle Regioni "migliori": un terzo delle Regioni non arriva neppure ad un livello pari al 40% del massimo ottenibile.

Il divario fra la prima e l'ultima Regione è rilevante e si allarga ulteriormente.

Una analisi qualitativa del *ranking* porta a distin-

guere quattro gruppi di Regioni: sei Regioni hanno livelli di *Performance* “elevati”, compresi fra il 48% e il 61%, del livello ottimale: all’interno del gruppo si distingue la P.A. di Bolzano, che registra il livello massimo, seguita da P.A. di Trento, Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Veneto, con modeste variazioni fra loro.

Abbiamo poi 7 Regioni, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Piemonte, Lazio, Umbria, Valle d’Aosta e Marche, con livelli di *Performance* abbastanza omogenei, compresi nel *range* 41-45%.

A seguire Sardegna, Basilicata, Sicilia, Puglia e Campania, Abruzzo e Molise, con livelli di *Performance* compresi tra il 28% e il 36%.

Infine, la Calabria, che rimane “distaccata” con un livello di *Performance* inferiore al 25%.

La Performance per gli Utenti

Per la Categoria Utenti, la P.A. di Bolzano, con il 62%, continua a mantenere la prima posizione, registrando un livello di *Performance* di poco maggiore rispetto a quello registrato nel *ranking* generale.

Seguono P.A. di Trento e Liguria con una *Performance* rispettivamente pari al 47% e 40%; la Calabria occupa sempre l’ultima posizione con un indice pari all’11% di quella massima. (Figura 4b.4.).

Rispetto al *ranking* generale, per gli Utenti le pri-

me due posizioni restano invariate, l’Emilia Romagna perde tre posizioni diventando sesta, a scapito delle Liguria; quest’ultima migliora di sei posizioni, passando dall’ottavo al secondo; all’estremo opposto abbiamo la Basilicata che perde ben cinque posizioni occupando il penultimo posto e il Molise che ne recupera quattro, abbandonando l’area “critica”.

La Performance per le Istituzioni

Per i rappresentanti delle Istituzioni, la misura di *Performance* varia dal 69% della P.A. di Bolzano al 13% della Calabria: si allarga quindi la forbice fra gli estremi; P.A. di Trento, Lombardia, Emilia Romagna e Veneto seguono la P.A. di Bolzano con un livello di *Performance* pressoché simile (tra il 57% ed il 54%). Nelle ultime posizioni troviamo Puglia, Sicilia e Campania che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 31% e il 23%. La Calabria ultima, con il 13%. (Figura 4b.5.).

Rispetto al *ranking* generale, si confermano le prime due posizioni e ne guadagna una la Lombardia, passando dal quarto al terzo posto. Nella parte centrale della classifica il Friuli Venezia Giulia perde quattro posizioni, passando da settima ad undicesima. Nella parte bassa del *ranking* la Calabria si conferma in ultima posizione, con il Molise che recupera tre posizioni diventando diciassettesima.

Figura 4b.3. Indice di Performance

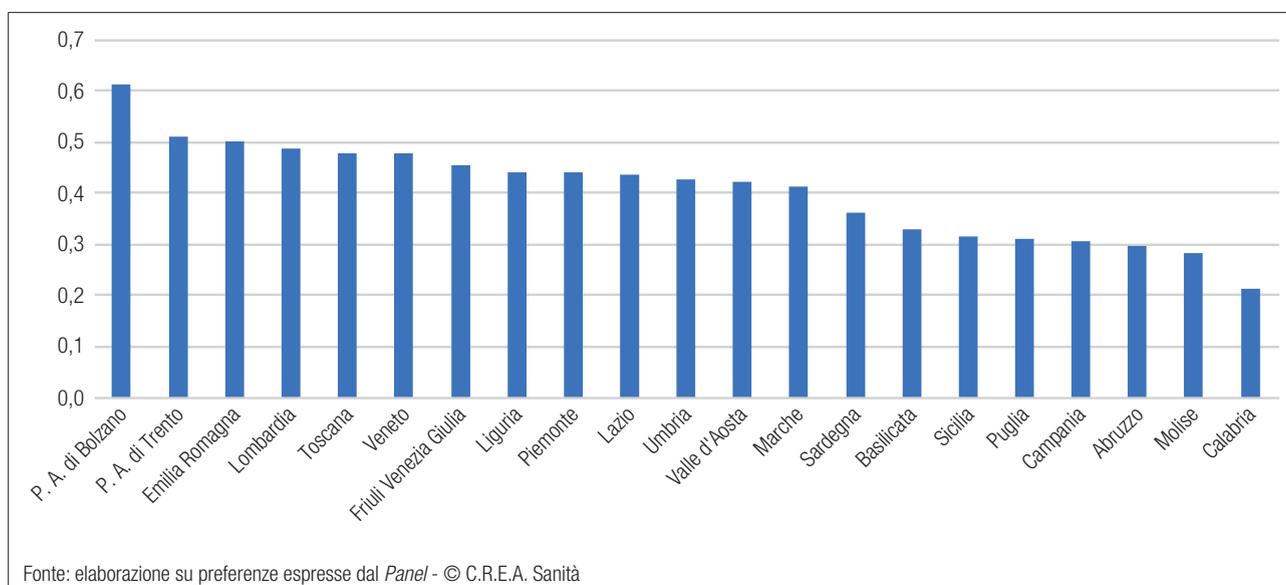


Figura 4b.4. Indice di Performance: Utenti

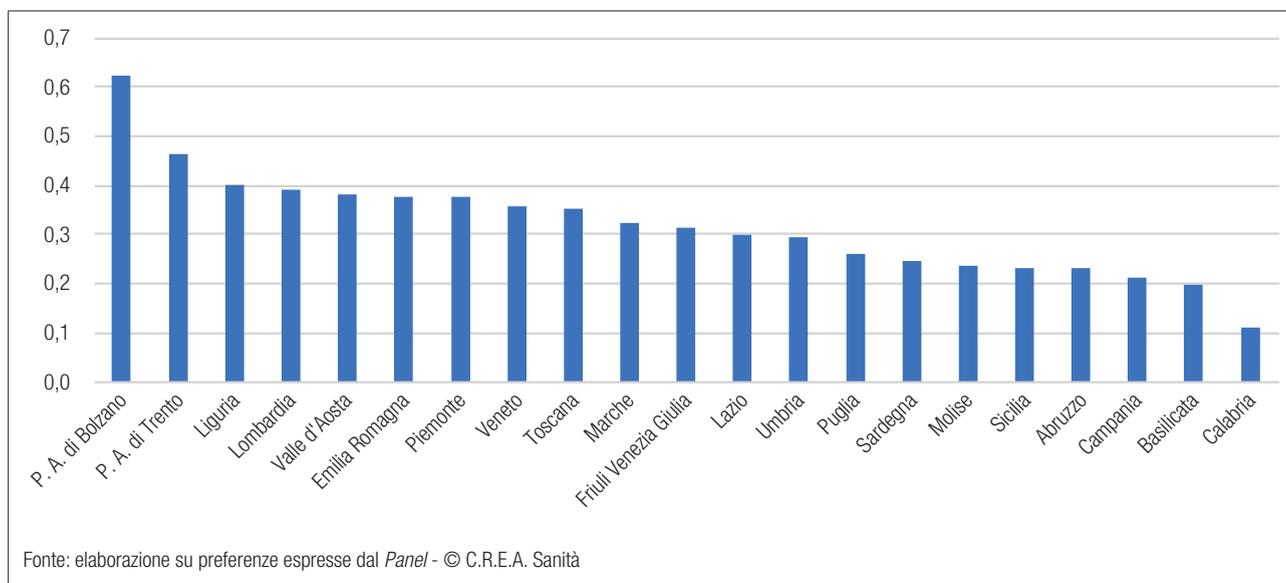
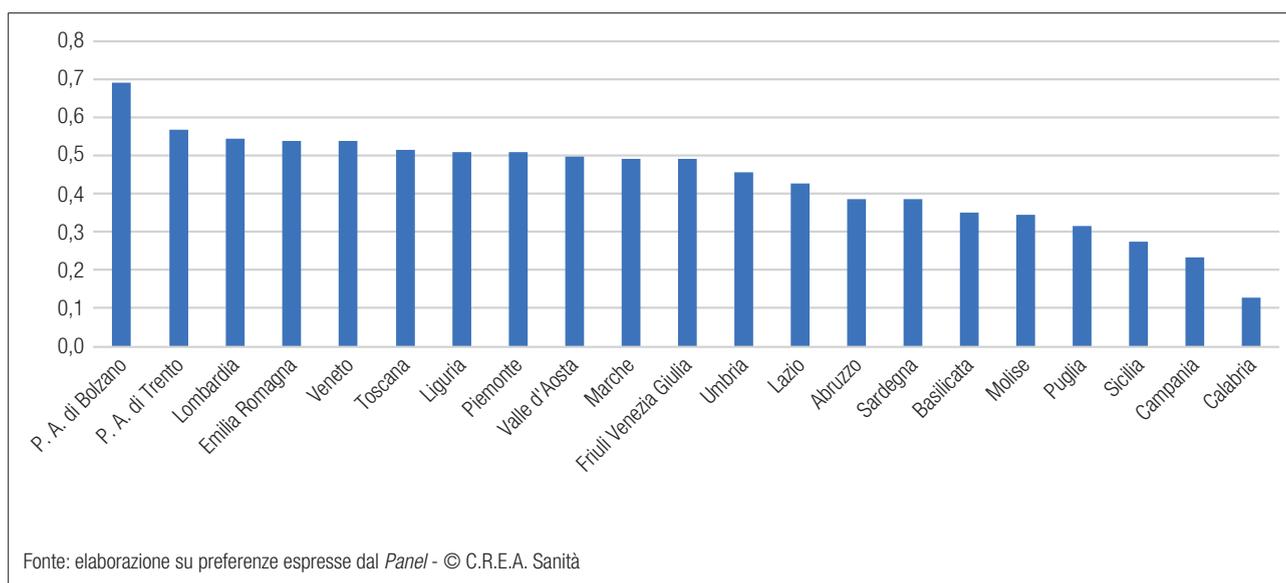


Figura 4b.5. Indice di Performance: Istituzioni



La Performance per i Professionisti sanitari

Per le Professioni sanitarie si riducono le “distanze”: la *Performance* complessiva varia fra il 70% della P.A. di Bolzano ed il 28% della Calabria; P.A. di Bolzano e P.A. di Trento, con un livello di *Performance* compreso tra 0,70 e 0,64 occupano le prime due posizioni; seguono Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Toscana, con un livello di *Performance* compreso

tra 0,56 e 0,51; Campania, Puglia, Abruzzo, Sardegna, Molise e Calabria occupano, invece, le ultime sei con un indice di *Performance* inferiore al 40%. (Figura 4b.6.).

Rispetto al *ranking* generale, si confermano le prime due posizioni; il Veneto fa un notevole balzo in avanti, recuperando 3 posizioni e giungendo al terzo posto, a scapito dell’Emilia Romagna, che invece diventa quarta; la Toscana perde, invece, 4 posizioni,

passando dal quinto a nono posto. La Calabria si conferma all'ultimo posto.

La Performance per il Management aziendale

Per la Categoria *Management* aziendale il *gap* tra la Regione più performante e quella meno è più contenuto rispetto alle altre Categorie di *stakeholder* (Figura 4b.7.): si passa da un valore massimo del 53% della Toscana ad uno minimo del 24% dell'Abruzzo.

Toscana, Emilia Romagna, Lazio e Lombardia occupano le prime quattro posizioni con una *Performance* molto simile e compresa tra il 49% e il 53%; all'estremo opposto troviamo Sicilia, Basilicata, Puglia, Molise, Calabria e Abruzzo che occupano le ultime sei posizioni con un valore di *performance* inferiore al 38% (tra il 38% e il 24%).

Figura 4b.6. Indice di Performance: Professionisti sanitari

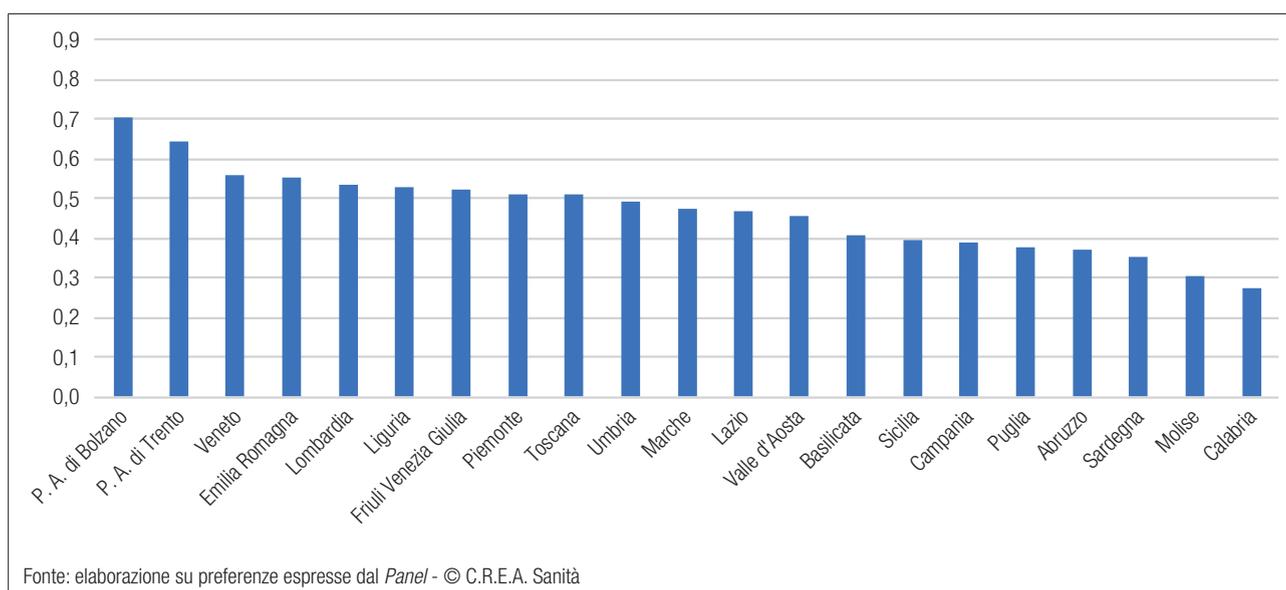


Figura 4b.7. Indice di Performance: Management aziendale

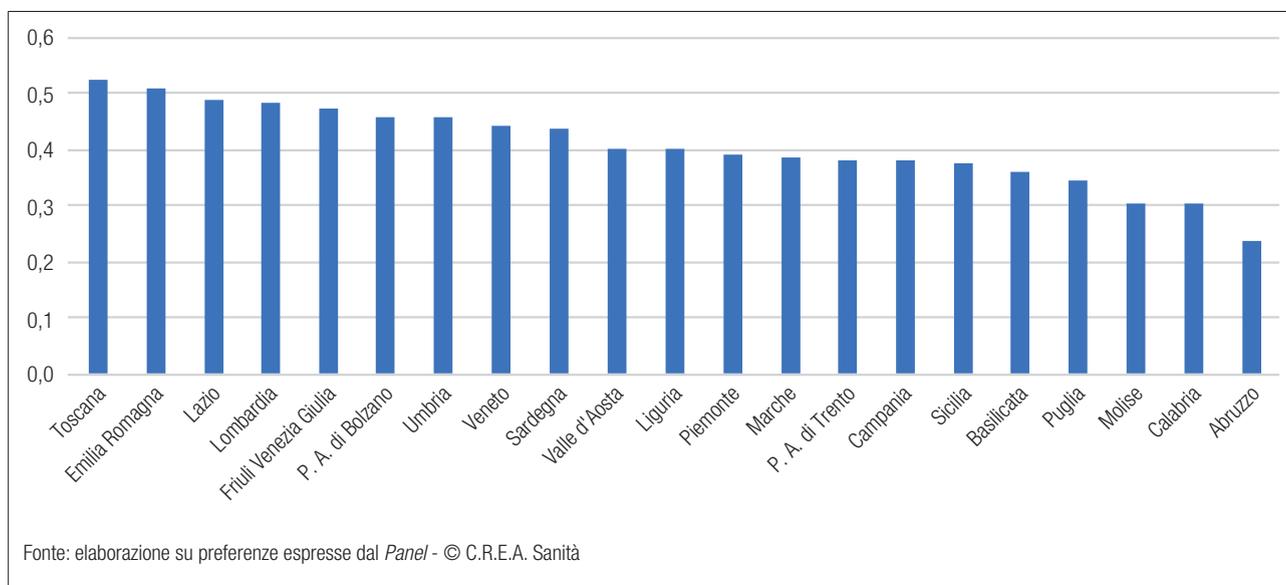
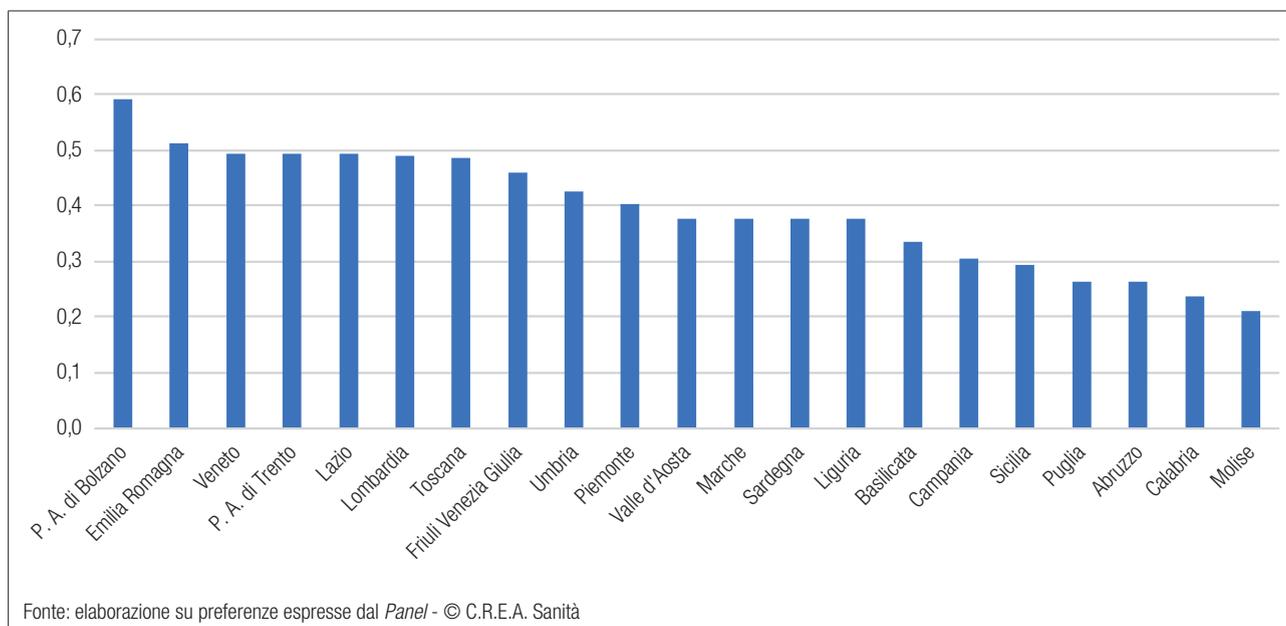


Figura 4b.8. Indice di Performance: rappresentanti Industria medicale



In questo *ranking* la P.A. di Bolzano perde il primato, passando dal primo posto al sesto; la Toscana recupera quattro posizioni rispetto al *ranking* "generale", dal quinto posto al primo. All'estremo opposto abbiamo la Calabria, che lascia l'ultimo posto a scapito dell'Abruzzo, e la Campania recupera tre posizioni, passando dal terz'ultimo posto al quindicesimo.

La Performance per l'Industria medicale

Per i rappresentanti dell'Industria medicale la misura di *Performance* varia dal 59% della P.A. di Bolzano al 21% del Molise. Emilia Romagna, Veneto e P.A. di Trento seguono la P.A. di Bolzano con un livello di *Performance* pressoché simile (50%). Nelle ultime posizioni troviamo Sicilia, Puglia, Abruzzo, Calabria e Molise che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 29% e il 21%. (Figura 4b.8.).

Rispetto al *ranking* generale, la prima posizione resta invariata; l'Emilia Romagna guadagna due posizioni, diventando seconda, a scapito della P.A. di Trento che invece ne perde due, diventando quarta. Nella parte bassa del *ranking* Calabria e Molise si scambiano la posizione, diventando rispettivamente penultima e ultima.

4b.4. Contributi alla politica sanitaria

Il progetto sulle *Performance* Regionali di C.R.E.A. Sanità, giunto alla sua IX edizione, ha l'ambizione di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie (e non), con la finalità ultima di promuovere miglioramenti nelle opportunità di tutela della Salute offerti alle popolazioni sul territorio nazionale; a tal fine la misura della *Performance*, fornendo una valutazione regionale dei livelli di tali opportunità, rappresenta uno strumento teso a incentivare azioni correttive.

Il diverso posizionamento delle *Performance* Regionali, in termini di contributo delle Dimensioni coinvolte e anche di prospettive di valutazione, offre spunti per valutare la rispondenza dei modelli in atto con le aspettative dei portatori di interesse.

In questa ottica possiamo osservare che P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Liguria e Lombardia sono le realtà più "premiare" dagli Utenti; Veneto, Emilia Romagna e Lombardia (oltre Bolzano e Trento) dai Professionisti sanitari e dalle Istituzioni; Bolzano, Emilia Romagna, Veneto e Trento dall'Industria; e Toscana, Emilia Romagna, Lazio e Lombardia dal *Management*, categoria che, come precedente riscontrato, si discosta in maniera evidente dalle altre.

In generale possiamo, quindi, notare un significativo scostamento delle valutazioni fra “professionisti” della materia (*management* ma anche i professionisti sanitari) e utenti del sistema (ivi compresi i loro rappresentanti a livello associativo e istituzionale): si tratta di tematica meritevole di approfondimento, specie in un momento in cui si rendono disponibili ingenti risorse per investimenti tesi ad ammodernare il sistema sanitario.

La dinamica delle opportunità e delle aspettative si conferma in continua e rapida evoluzione: in funzione del modificarsi del contesto socio-economico, culturale e politico nel quale esse si realizzano. Quest'anno osserviamo una accelerazione nello spostamento delle priorità dalle Dimensioni gestionali (Economico-finanziaria e Appropriatazza) a quelle dei “risultati” (Esiti e Sociale): tendenza coerente con le nuove consapevolezze maturate per effetto della pandemia.

Va notato che, da questa annualità, sono state introdotte due novità: una relativa all'inserimento di indicatori inerenti la gestione dell'emergenza sanitaria; ed una relativa al coinvolgimento nell'*Expert Panel* dei Sindaci dei Comuni, avviando quindi il dibattito allargato a quella che può essere l'estensione della valutazione al livello di tutela della salute anche in termini sociali.

In merito al primo punto, dobbiamo ricordare che nel *set* di indicatori pre-selezionati ne erano stati inseriti quattro relativi alla gestione del COVID, ma poi nessuno è “entrato” nel *set* finale: nella discussione che è seguita alle “votazioni”, il Panel è risultato concorde nel ritenere che la gestione regionale della pandemia, per le sue caratteristiche di eccezionalità e per le differenze di impatto, non dovesse impattare sulla valutazione del livello di *Performance*. Non di meno, l'impatto della pandemia si coglie in alcune modifiche di prospettiva sull'importanza relativa delle Dimensioni di valutazioni, confermata dai diversi “segnali” associabili alle diverse Categorie di *stakeholder*.

Ad esempio, osserviamo come rispetto alla precedente edizione sono stati modificati 6 indicatori su 15:

- quota di cittadini che si curano fuori Regione

di residenza sostituito con Quota di cittadini che si curano fuori Regione di residenza per diagnosi oncologiche

- impoverimento per spese sanitarie sostituito con Disagio economico per consumi sanitari privati
- *customer satisfaction* sostituito con Mortalità per Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni dal ricovero
- quota consumi sanitari privati delle famiglie sul reddito disponibile sostituito con Disavanzo pro-capite
- quota di interventi (Carcinoma mammario, frattura di femore, angioplastica, *by-pass* aorto-coronarico, colecistectomia laparoscopica) effettuati in centri rispondenti ai requisiti previsti dal D.M. n.70/2015 sostituito con Quota pazienti con Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA (angioplastica coronarica) entro 2 giorni
- tasso di ospedalizzazione per patologie croniche sostituito con Tasso di accessi al Pronto Soccorso per codice bianco o verde.

Il “ritorno” dell'indicatore sul disavanzo economico-finanziario probabilmente è da attribuire al timore di un nuovo aumento del debito, dovuto ai maggiori oneri derivanti dalla pandemia.

L'incremento della mortalità per infarto dovuta alla paura dei pazienti di accedere alle strutture durante la pandemia ha portato a selezionare l'indicatore relativo alla tempestività di intervento.

Nella fase di selezione degli indicatori si è, quindi, percepita una modifica delle priorità da parte degli *stakeholder* alla luce delle “debolezze” emerse durante l'emergenza sanitaria.

Confermate poi nelle valutazioni: per la Dimensione Esiti, si conferma l'importanza dell'indicatore sulla mortalità evitabile: valori di mortalità evitabile pari a quelli migliori nazionali, vengono comunque ritenuti sub-ottimali (80% della *Performance* massima).

Per la Dimensione Sociale si sono registrate preferenze che tendono a descrivere un atteggiamento di “stigma” verso le situazioni che evidenziano maggiori iniquità, che si sono esasperate nella fase pandemica.

Nello specifico, prendendo in analisi la Dimensione Sociale, i membri del *Panel* associano un basso livello di *Performance* ove si registrano importanti quote di “disagio” (rinunce alle cure, disagio economico, mobilità passiva extra-regionale); il contributo alla *Performance* cresce, nella maggior parte dei casi più che proporzionalmente, al migliorare dell’indicatore, ovvero allo spostarsi verso valori numerici degli indicatori prossimi ai risultati migliori.

Sembra invece che ormai dall’Appropriatezza ci si aspettino possibilità di miglioramento della *Performance* piuttosto modesti.

Per quanto concerne la Dimensione Innovazione, le funzioni di valore appaiono crescere proporzionalmente al migliorare delle determinazioni degli indicatori, ma per gli indicatori sull’innovazione in chirurgia e sulla digitalizzazione (FSE) si rileva una aspettativa di possibili miglioramenti ben oltre gli attuali valori regionali migliori.

Per la Dimensione Economico-Finanziaria osserviamo la tendenza a ritenere che il ridursi dell’onere, ovvero della spesa sanitaria totale pro-capite, comporterebbe un contributo positivo in termini di *Performance*, ma molto contenuto al di sotto di certi valori; anche questo sembra un effetto delle nuove consapevolezza determinate dall’impatto dell’emergenza sanitaria, che ha messo in evidenza i rischi di una spasmodica ricerca di incremento dell’efficienza tecnica.

Osserviamo, infine, come le Dimensioni Sociale ed Esiti siano quelle che contribuiscono maggiormente alla *Performance* ma per il *Management* gli Esiti pesano più del Sociale.

In conclusione, la nuova crescita di importanza della Dimensione Sociale ed Esiti, sembra indicare una maggiore consapevolezza, probabilmente rafforzatasi durante la fase dell’emergenza, di dover garantire equità nell’accesso, tutelando quindi la natura pubblica del servizio sanitario italiano.

A conferma di ciò, dalla discussione tra i componenti del *Panel* intervenuti al *web-meeting* ed ai *work groups*, è stata condivisa da una parte l’esigenza di andare oltre la misura della tutela della salute sanitaria, coinvolgendo anche l’area del sociale, consolidando ed estendendo la presenza dei Sindaci nell’*Expert Panel* (e dei professionisti del Sociale); dall’altra, di individuare ed introdurre nella prossima edizione del progetto anche indicatori in grado di misurare quanto le diverse Regioni saranno in grado di incrementare la flessibilità organizzativa e strutturale, nonché il rendimento degli investimenti resi possibili dal PNRR.

Riferimenti bibliografici

C.R.E.A. Sanità (anni vari), Rapporto Sanità

C.R.E.A. Sanità (anni vari), Le *Performance* Regionali

ENGLISH SUMMARY

Performance indicators: regionals Performance

The chapter reports the results of the ninth year of application of an original methodology, developed by the research team of C.R.E.A. Sanità, with the aim of measuring the regional Performance in terms of health protection.

The methodology adopts a multidimensional definition of the Performance and guarantees the democratic participation of the different stakeholders of the health system through a transparent methodology for eliciting and weighing up preferences.

The development of the methodology was inspired by decision analysis techniques; the maximum efforts has been used to guarantee transparency in the preferences elicitation.

The experiment involved a group of 124 experts, belonging to 5 different categories of stakeholders ("Patients", "Health Professions", "Medical Industry", "Management" and "Institutions").

The selected (a priori) dimensions of Performance were:

- outcomes
- appropriateness
- economic and financial aspects
- equity
- innovation.

The regional rankings resulting from the experiment, in terms of overall Performance, as well as individual Performance size, allowed us to confirm that the different stakeholders have significantly different preference structures.

It follows that a democratic performance assessment should represent a compromise between different points of view, which require a focus on the methods used for their composition.

Going deeper into the results, Bolzano ranks first for "Patients", "Industry", "Institutions", "Healthcare Professionals"; Toscana for "Management". On the

opposite side of the scale, Calabria ranks last for "Users", "Institutions" and "Health Care Professionals"; Abruzzo for "Management", and Molise for "Industry".

In this edition of the project, the contribution of the "Outcomes" and "Equity" reach the 64.0%: 32.1% and 31.9% respectively; the "Economic and Financial" dimension contribution to the overall Performance decreases, reaching the 14.4% (40.9% in the previous edition: reduction due to the deselection of private health expenditure indicator), "Appropriateness" with 12.2% and "Innovation" with 9.4%.

From almost all perspectives, "Outcomes" and "Equity" are the most important dimensions; from "Medical Industry" perspective, "Outcomes" and "Economic and Financial".

In this edition, some indicators COVID related (mortality rate, vaccines administration rate, positivity rated etc.) have been inserted in the selection phase, but they didn't choose, cause stakeholders considering COVID management not representative for "our" Performance.

In conclusion, in the belief that accountability is a duty, particularly on the part of public institutions, and also that Performance improvement can be encouraged and stimulated by introducing merit-based rankings, we are confident that the method tested can contribute to the health policies debate in Italy.

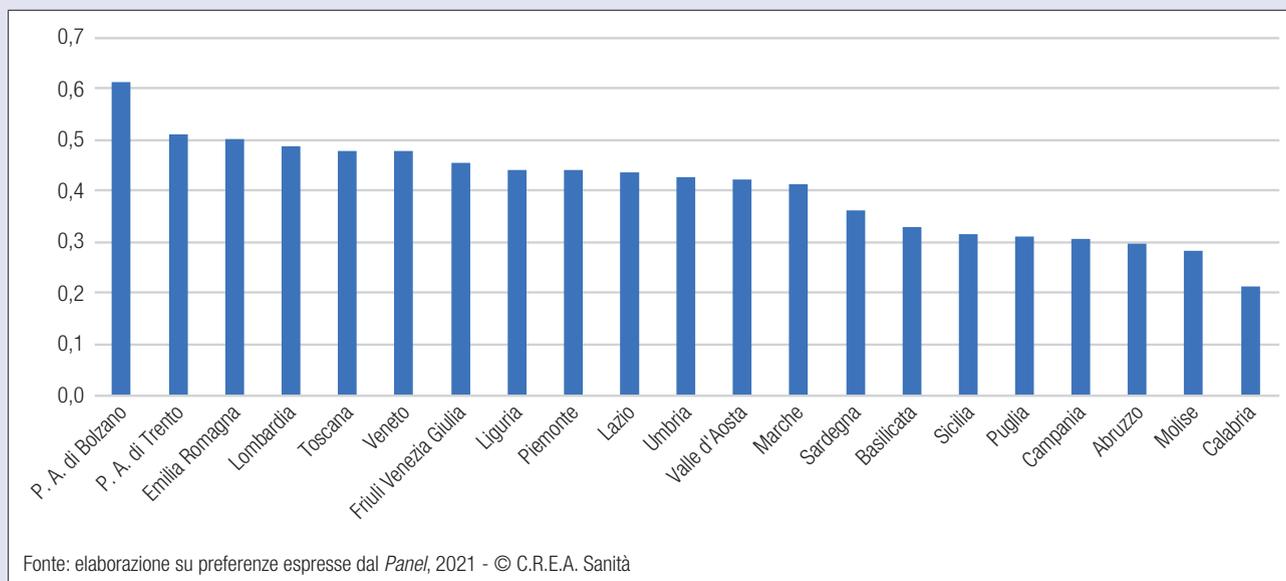
The intrinsic nature of the Performance, implies that the value system underlying the different Dimension composition, should be transparently declared; besides, that different priorities of the different stakeholders should be democratically considered: our experiment shows how the performance also relies on the socio-economic context where the stakeholders act.

Finally, should be also stressed that Performance

is intrinsically dynamic: our experiment demonstrates that the assessment changes following the modification of the overall system priorities: COVID

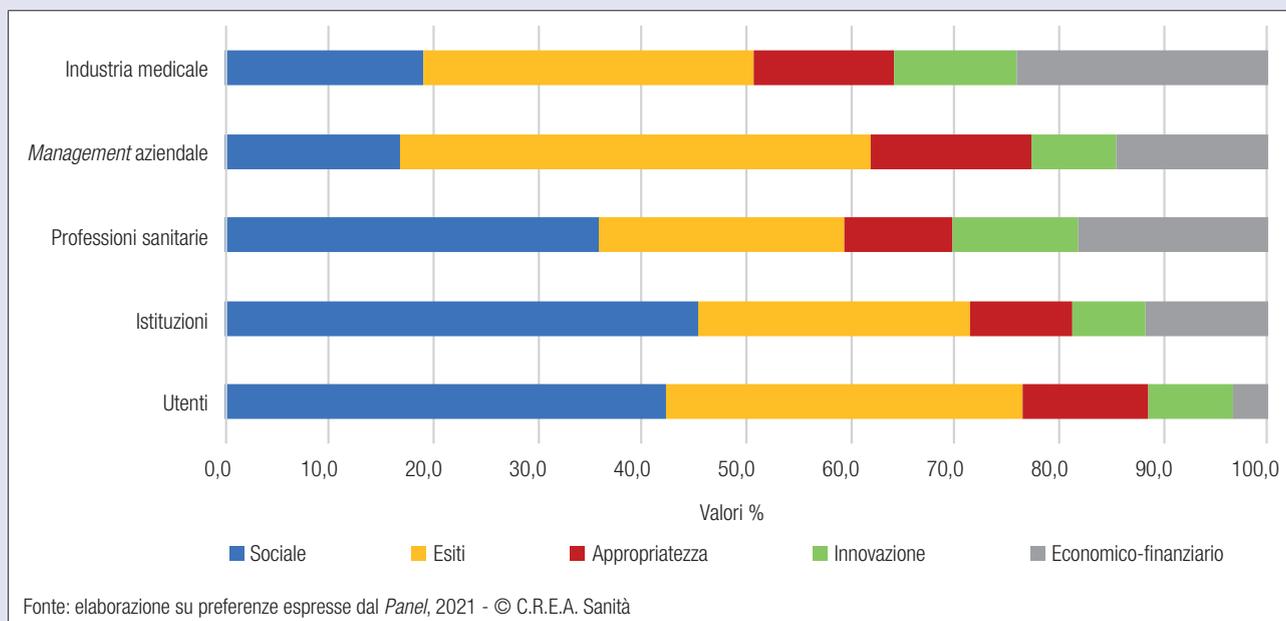
experience has certainly modified priorities in terms of regional public health system, as well as primary care facilities funding.

KI 4b.1. Performance dei SSR secondo gli stakeholder. Anno 2021



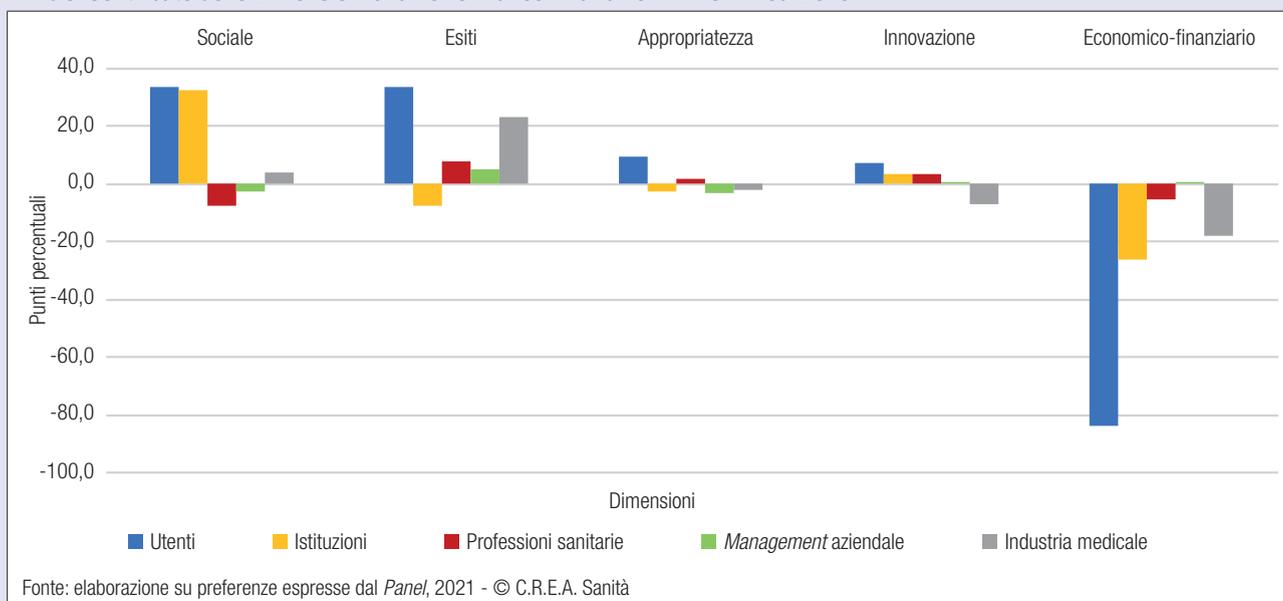
L'indice complessivo di Performance oscilla da un massimo del 61,4% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 21,1%: il risultato migliore è ottenuto dalla P.A. di Bolzano ed il peggiore dalla Regione Calabria.

KI 4b.2. Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR per Categoria di stakeholder. Anno 2021



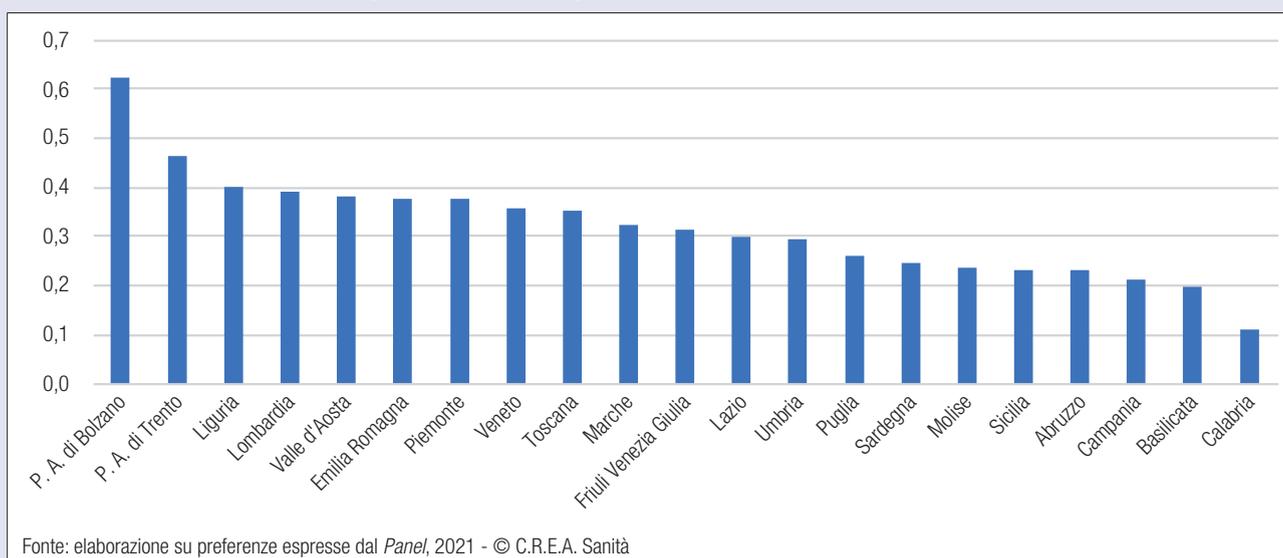
La Categoria degli Utenti attribuisce alle dimensioni Sociale ed Esiti quasi l'80% alla misura della Performance (42,3% e 34,3% rispettivamente); seguono le Dimensioni Appropriately, Innovazione ed Economico-Finanziaria, con l'11,9%, l'8,1%, e il 3,4%. Anche per i rappresentanti delle Istituzioni, le Dimensioni Sociale ed Esiti contribuiscono per oltre il 70% alla Performance (45,3% e 26,2% rispettivamente), segue quella Economico-Finanziaria con l'11,8%, l'Appropriately con il 9,7% e l'Innovazione con il 7,0%. Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie, le Dimensioni Sociale ed Esiti contribuiscono per oltre il 60% alla Performance (35,8%, 23,5% rispettivamente), segue la Dimensione Economica con il 18,1%, l'Innovazione con il 12,1% e l'Appropriately con il 10,5%. Per il Management aziendale gli Esiti contribuiscono per quasi il 50% alla Performance (45,2%), segue il Sociale e l'Appropriately con il 16,8% e 15,3% rispettivamente; le dimensioni Economico-Finanziaria e Innovazione contribuiscono per circa un quinto alla Performance: 14,6% e 8,1% rispettivamente. Infine, per l'Industria, sono gli Esiti, l'Economico-Finanziaria e il Sociale le Dimensioni che contribuiscono maggiormente alla Performance (31,5%, 24,0% e 19,1% rispettivamente), seguite dall'Appropriately (13,5%) e l'Innovazione (11,9%).

KI 4b.3. Contributo delle Dimensioni alla Performance - Variazioni IX vs VIII edizione

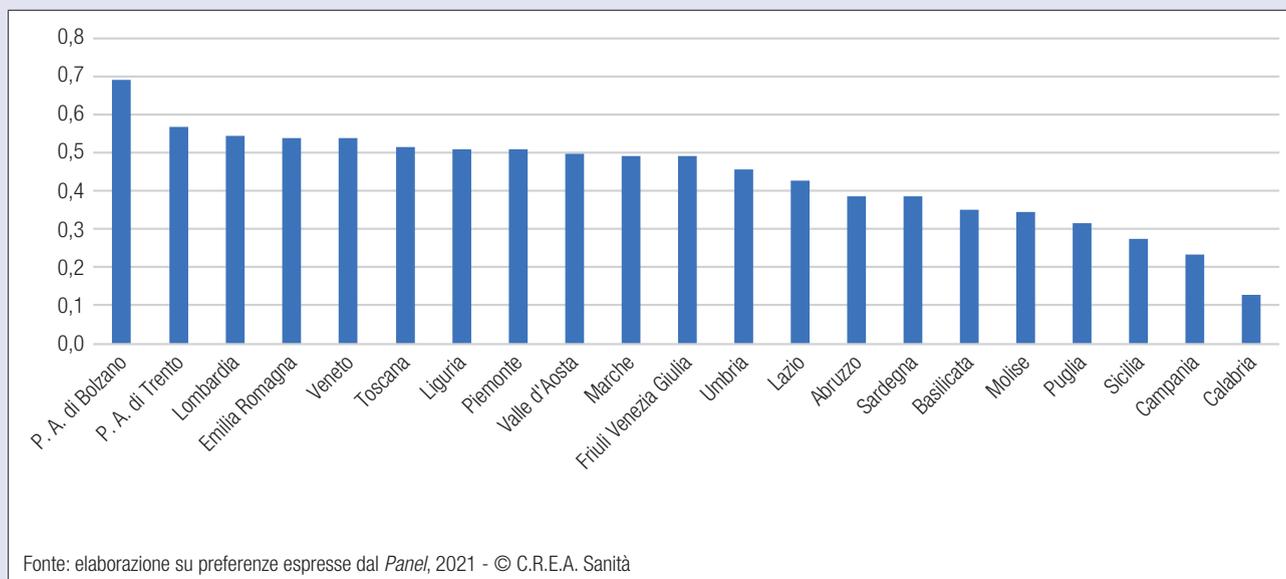


Analizzando la dinamica dei “pesi” per categoria, è possibile osservare come, in questo ultimo anno, per gli Utenti sia notevolmente diminuito il “peso” della Dimensione Economico-Finanziaria (-83,4 punti percentuali): evidentemente per via della sostituzione dell’indicatore sull’incidenza della spesa privata sul reddito, che li vedeva coinvolti in prima persona, con quello relativo al disavanzo, che è evidentemente un problema più “gestionale”: sono cresciuti soprattutto il peso degli Esiti (+33,5 punti percentuali) e Sociale (+33,4 punti percentuali); più contenuta la crescita delle Dimensioni di Appropriatazza (+9,3 punti percentuali) e Innovazione (+7,3 punti percentuali). Anche per i rappresentanti delle Istituzioni è notevolmente diminuito il peso della Dimensione Economico-Finanziaria (-25,9 punti percentuali) ed è invece aumentato fortemente quello del Sociale (+32,7 punti percentuali): l’accesso alla cura è evidentemente una priorità per questa categoria. Per i rappresentanti delle Professioni sanitarie è aumentato il peso delle Dimensioni Esiti (+7,8 punti percentuali), Innovazione (+3,2 punti percentuali) e Appropriatazza (+1,8 punti percentuali); e si è invece ridotto di 7,5 punti percentuali quello del Sociale e di -5,3 quello dell’Economico-Finanziaria. Il Management aziendale è risultata la categoria che ha registrato meno variazioni rispetto all’edizione precedente: è aumentato il peso degli Esiti (+3,9 punti percentuali), del Sociale (+5,2 punti percentuali), dell’Innovazione (+0,6 punti percentuali) e dell’Economico-Finanziaria (+0,3 punti percentuali), e si è ridotto quello dell’Appropriatazza (-3,4) e del Sociale (-2,7). Infine, per l’Industria è aumentato notevolmente il peso degli Esiti (+23,1 punti percentuali) e si è ridotto fortemente quello dell’Economico-Finanziaria (-18,0 punti percentuali).

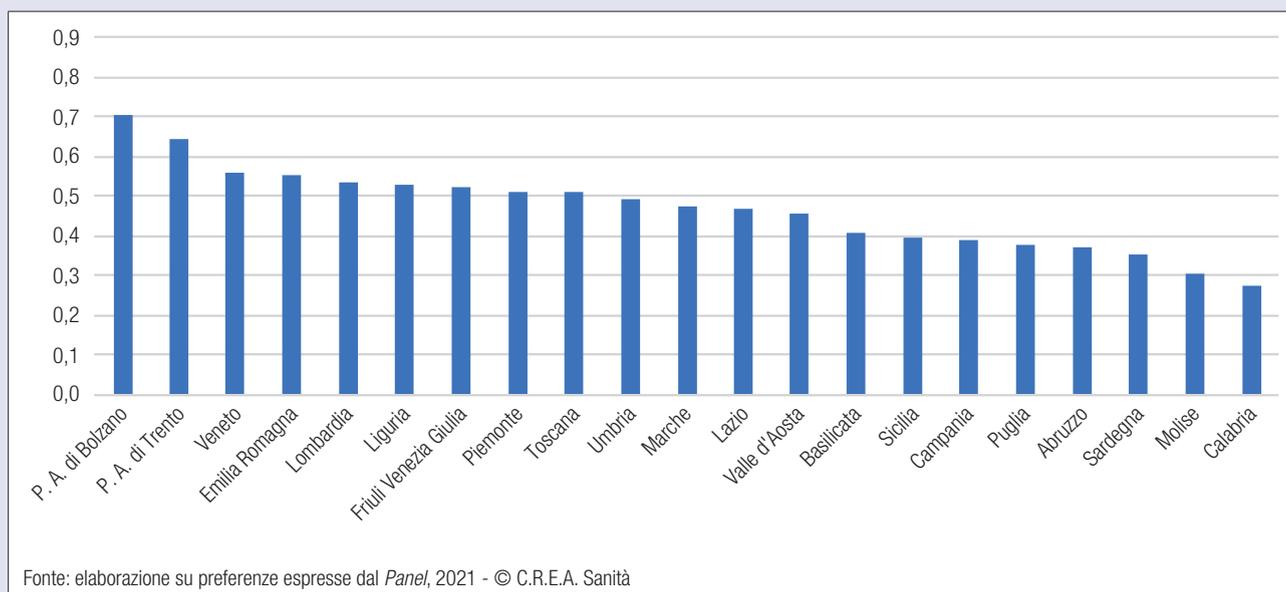
KI 4b.4. Performance dei SSR secondo gli stakeholder - Categoria Utenti. Anno 2021



Per la Categoria Utenti, la P.A. di Bolzano, con il 62,2%, continua a mantenere la prima posizione, registrando un livello di Performance di poco maggiore rispetto a quello registrato nel “ranking generale”. Seguono P.A. di Trento e Liguria con una Performance rispettivamente pari al 46,5% e 39,9%; la Calabria occupa sempre l’ultima posizione con un indice di Performance pari all’10,9% di quella massima.

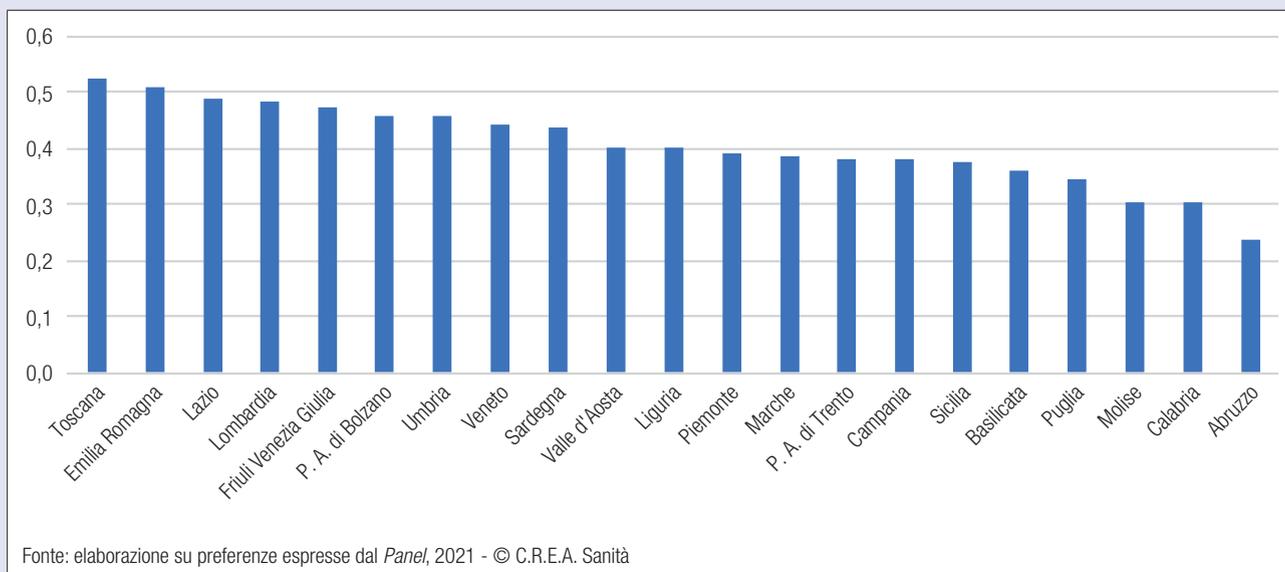
KI 4b.5. Performance dei SSR secondo gli stakeholder - Categoria Istituzioni. Anno 2021


Per i rappresentanti delle Istituzioni, la misura di *Performance* varia dal 69,2% della P.A. di Bolzano al 13,0% della Calabria: si allarga quindi la forbice fra gli estremi; P.A. di Trento, Lombardia, Emilia Romagna e Veneto seguono la P.A. di Bolzano con un livello di *Performance* pressoché simile (tra il 56,5% ed il 54,5%). Nelle ultime posizioni troviamo Puglia, Sicilia e Campania che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 31,3% e il 23,4%. La Calabria ultima, con il 13,0%.

KI 4b.6. Performance dei SSR secondo gli stakeholder - Categoria Professioni sanitarie. Anno 2021


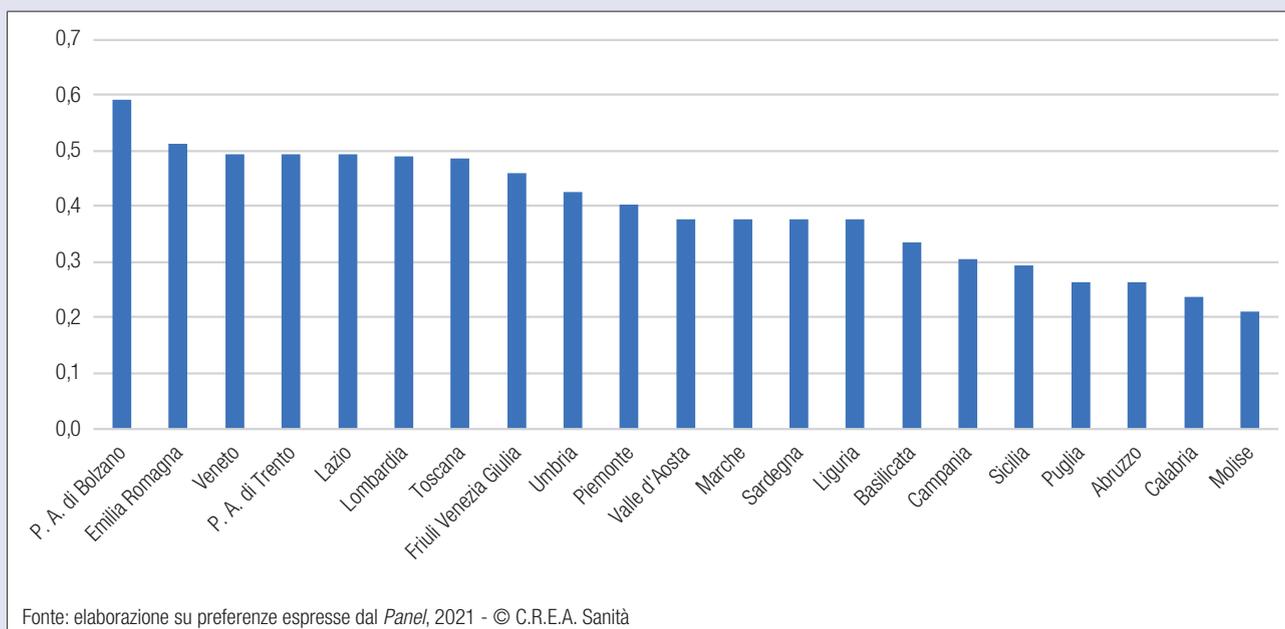
Per le Professioni sanitarie si riducono le "distanze": la *Performance* complessiva varia fra il 70,3% della P.A. di Bolzano ed il 27,5% della Calabria; la P.A. di Trento, con un livello di *Performance* compreso pari al 64,3% occupa la seconda posizione; seguono Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Toscana, con un livello di *Performance* compreso tra il 56,1% e il 50,9%; Campania, Puglia, Abruzzo, Sardegna, Molise e Calabria occupano, invece, le ultime sei con un indice di *Performance* inferiore al 40%.

KI 4b.7. Performance dei SSR secondo gli stakeholder - Categoria Management aziendale. Anno 2021



Per la Categoria *Management* aziendale il *gap* tra la Regione più performante e quella meno è più contenuto rispetto alle altre Categorie di *stakeholder*: si passa da un valore massimo del 52,7% della Toscana ad un minimo del 23,9% dell'Abruzzo. Toscana, Emilia Romagna, Lazio e Lombardia occupano le prime quattro posizioni con una *Performance* molto simile e compresa tra il 49% e il 53%; all'estremo opposto troviamo Sicilia, Basilicata, Puglia, Molise, Calabria e Abruzzo che occupano le ultime sei posizioni con un valore di *Performance* inferiore al 38% (valore minimo 23,9%).

KI 4b.8. Performance dei SSR secondo gli stakeholder - Categoria Industria medicale. Anno 2021



Per i rappresentanti dell'Industria medicale la misura di *Performance* varia dal 59,3% della P.A. di Bolzano al 21,1% del Molise. Emilia Romagna, Veneto e P.A. di Trento seguono la P.A. di Bolzano con un livello di *Performance* pressoché simile (circa il 50%). Nelle ultime posizioni troviamo Sicilia, Puglia, Abruzzo, Calabria e Molise che presentano un livello di *Performance* compreso tra il 29,3% e il 21,1%.