

## *Executive summary*

“Una misura di *Performance* dei SSR”

Risultati V edizione

Il progetto “*Una misura di Performance dei SSR*”, giunto nel 2017 alla sua quinta annualità, ha il duplice obiettivo di fornire una valutazione dell’evoluzione della *Performance* dei servizi sanitari e di analizzare e sviluppare metodologie utilizzabili per le valutazioni di *Performance* dei SSR in senso lato.

La metodologia implementata si fonda sul principio della multi-dimensionalità della *Performance* e sulla multi-prospettiva, utilizzando un metodo originale di valutazione, 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 afferenti a cinque categorie di *stakeholder* (Industria medicale, Istituzioni, Management aziendale, Professioni sanitarie, Utenti).

Preme sottolineare che la valutazione effettuata riguarda il SSR, inteso in senso lato; non si limita, infatti, a considerare i risultati del sistema pubblico regionale di offerta, o per meglio dire, il raggiungimento degli obiettivi istituzionali e programmatici del *Welfare* pubblico, ma allarga il suo spettro di analisi agli impatti della spesa privata e, in generale, agli *outcome* di salute della popolazione.

Il progetto, quindi, non è tanto finalizzato a valutare la capacità di garantire l’*accountability* dei SSR pubblici quanto a rappresentare una modalità “terza” di valutazione complessiva della Sanità a livello regionale: in altri termini, esso ambisce a fornire una indicazione sul livello di legittima aspettativa del cittadino nei confronti della Salute, a seconda del contesto in cui risiede (Regione).

Un importante aspetto emerso in questa annualità è il palesarsi dell’evidenza di come il dibattito di politica sanitaria assuma connotati differenti nelle diverse aree del Paese, in funzione dello “stato” dei diversi SSR (in Piano di Rientro o in sostanziale equilibrio).

Le preferenze degli *stakeholder* appaiono significativamente influenzate, e pertanto diversificate, in ragione dell’appartenenza alle diverse categorie, ma anche (all’interno delle medesime categorie) in funzione della provenienza da Regioni in Piano di Rientro piuttosto che da Regioni in sostanziale equilibrio: la nota “spaccatura” Nord-Sud del SSN italiano trova, quindi, una sua nuova “dimensione” nei criteri di misurazione della *Performance*.

Corollario di tale frattura è una netta differenziazione che osserviamo sul giudizio dato agli indicatori di Spesa: per i partecipanti al *Panel* che provengono dalle Regioni in Piano di Rientro, una spesa più bassa è “sinonimo” di una *Performance* nettamente migliore, mentre per quelli provenienti dalle Regioni in sostanziale equilibrio una spesa più alta non pregiudica necessariamente a priori la *Performance*.

Appare degno di approfondita riflessione tanto l’attribuzione di un potere “salvifico” alle riduzioni di spesa nelle Regioni (tipicamente) meridionali, che pure hanno una spesa inferiore alla media, quanto la (implicita) dimostrazione di consapevolezza, in chi dispone di

più risorse, del fatto che tale disponibilità può tramutarsi in una maggiore *Performance* di sistema.

Inoltre, è opportuno far presente come la disponibilità di informazioni utili a costruire indicatori significativi di *Performance* e le carenze in alcuni settori impattino sul processo di valutazione. In particolare, dalle valutazioni del *Panel* emerge che le fonti informative ad oggi disponibili non riescono a rappresentare esaustivamente la *Performance* dei SSR, soprattutto con riferimento alle attività di assistenza extra-ospedaliera dei malati cronici e alla continuità delle cure ospedale-territorio.

L'esito della valutazione finale, quindi, rappresenta una "media" fra la classifica degli *stakeholder* afferenti alle Regioni in Piano di Rientro, che tende a "premiare" i SSR con una spesa sanitaria pro-capite più bassa e quella degli *stakeholder* che operano nelle altre Regioni, che tendono a non considerare una spesa sanitaria elevata come fattore dirimente della *Performance*.

Nel primo caso, l'effetto è la risalita del Meridione nel *ranking* e un arretramento delle realtà con la più alta spesa sanitaria come le Province Autonome di Trento e Bolzano, la Valle d'Aosta e il Molise.

Di contro, considerando le valutazioni degli *stakeholder* afferenti alle Regioni in sostanziale equilibrio, largamente maggioritari nella precedente edizione, si evidenziano livelli peggiori di *Performance* attribuiti alle Regioni del Sud, molto simili a quelli dello scorso anno nonostante siano stati solo sette gli indicatori confermati e sia stata introdotta una nuova Dimensione di valutazione (Innovazione).

Il *gap* in termini di misura di *Performance* tra il SSR "migliore" ed il "peggiore" si sta riducendo, oscillando da un massimo di 0,54 ad un minimo di 0,38. Ma il dato di fatto è che la composizione del gruppo delle Regioni che permangono, anno dopo anno, nell'area dell'eccellenza (Toscana, Lombardia, Liguria, Veneto ed Emilia Romagna), così come quella del gruppo, numericamente rilevante, delle Regioni che rimangono nell'area critica (Calabria, Abruzzo, Puglia, Friuli Venezia Giulia e Molise), resta sostanzialmente stabile.

Dall'analisi della dinamica della *Performance* dal 2013 al 2015 emerge che nel complesso si è assistito ad un peggioramento dovuto essenzialmente ad un aumento del fenomeno delle rinunce e della spesa privata (e totale). In alcuni SSR, quali quelli di Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Abruzzo, Piemonte, Liguria e Provincia Autonoma di Trento, si è assistito ad un miglioramento della *Performance*, mentre negli altri si è registrato un peggioramento: si va da un valore minimo del -0,1% del Lazio ad uno massimo pari al -5,8% della Puglia.

In questa quinta edizione del progetto sono stati riscontrati diversi cambiamenti nei *ranking* regionali e una forte volatilità dei *ranking* al cambiare delle categorie; le motivazioni

di questi “avvenimenti” sono ascrivibili a una congerie di aspetti che agiscono congiuntamente; fra i principali citiamo:

- aumento dei componenti del *Panel*, anche con una rappresentanza maggiore di *stakeholder* operanti in Regioni in Piano di rientro (meno rappresentate nelle precedenti edizioni), che ha portato ad evidenziare come abbiamo priorità e, quindi, aspettative diverse in termini di *Performance*
- introduzione della Dimensione Innovazione, con indicatori poi ritenuti dal *Panel* non ancora ottimali
- presenza per la prima volta di tre indicatori di spesa sanitaria (pubblica, privata e totale), che evidentemente portano a penalizzare i SSR con la spesa pro-capite più elevata, e contestuale eliminazione dell’indicatore relativo al disavanzo finanziario.

Sul primo punto osserviamo che, in generale, dalla elicitazione delle funzioni di valore è emerso un atteggiamento che attribuisce ai valori peggiori degli indicatori un contributo minimo o nullo alla *Performance*, che, di contro, aumenta in maniera più che proporzionale solo per valori numerici degli indicatori prossimi ai risultati migliori.

Questo è un “atteggiamento” che si riscontra in particolare per la Dimensione Sociale e per quella dell’Appropriatezza, come del resto già avvenuto nelle precedenti edizioni, sebbene per gli indicatori di appropriatezza organizzativa la risposta tenda ad essere maggiormente neutrale (una funzione di valore/utilità lineare indica una diretta proporzionalità fra miglioramento dell’indicatore e contributo alla *Performance*).

Un’ulteriore evidenza degna di nota è la posizione molto più netta dei membri del *Panel* delle Regioni in sostanziale equilibrio nel ritenere inaccettabili i valori peggiori degli indicatori; di contro, i partecipanti provenienti dalle Regioni in Piano di Rientro assumono un atteggiamento “più tollerante” verso i risultati peggiori, associando ad essi un beneficio non nullo, sebbene modesto, forse effetto di una consapevolezza che in certe realtà non si possa migliorare se non gradualmente.

Per le Dimensioni Esiti e Innovazione le funzioni appaiono tendenzialmente lineari (neutrali), anche se al “crescere” della severità del fenomeno considerato si tende (e questo sembra razionale) a ritenere maggiormente inaccettabili i risultati peggiori degli indicatori: questo vale sia per gli esiti di mortalità che per le innovazioni applicate a patologie severe (ad esempio Epatite C). Atteggiamento, quest’ultimo, che si esaspera negli *stakeholder* dei SSR in sostanziale equilibrio, che ritengono inaccettabili i valori peggiori di esito.

Nella Dimensione Economico-Finanziaria si assiste ad una netta separazione di tipo “geografico”: livelli di spesa alti sono fondamentalmente giustificati nelle Regioni in sostanziale equilibrio e, in particolare, dai rappresentanti delle Istituzioni locali, mentre la riduzione della spesa è considerata foriera di miglioramenti di *Performance* nelle Regioni in Piano di Rientro.

In termini analoghi, va segnalato come la Categoria Utenti, ovviamente, consideri la quota di spesa privata come un indicatore di insufficiente *Performance* dei sistemi sanitari pubblici, mentre all'interno di questi ultimi, i rappresentanti delle Istituzioni, e, in generale, coloro che contribuiscono all'erogazione pubblica, la ritengono una variabile fuori dal loro controllo.

Analizzando il contributo alla *Performance* aggregato per Dimensione, osserviamo che quelle Economico-finanziaria ed Esiti incidono maggiormente (21,2%), seguite dall'Appropriatezza (21,0%) e dal Sociale (20,3%); la Dimensione Innovazione, introdotta *ex novo* quest'anno, contribuisce meno di tutte le altre fermandosi al 16,2%.

Gli Utenti sembrano attribuire una valenza maggiore alla Dimensione Sociale e a quella Economico-finanziaria (oltre il 50%); seguono, poi, Appropriatezza, Innovazione ed Esiti.

Le Professioni sanitarie attribuiscono, invece, all'Appropriatezza quasi un terzo (26,5%) del peso della *Performance*, a cui fanno seguire l'aspetto economico (23,5%) e gli Esiti (22,1%). Modesto è il contributo dell'Innovazione e del Sociale (13,9% e 13,4%).

Il *Management* aziendale ritiene essere il Sociale la Dimensione che contribuisce maggiormente alla *Performance*, con il 28,8%, seguita dall'Appropriatezza con il 25,3% e dall'Economico-finanziaria con il 23,7%; l'Innovazione è, invece, quella che contribuisce in minor misura (7,2%).

Le Istituzioni, ritengono che oltre il 75% del contributo alla *Performance* sia associato ad Esiti (31,6%), Appropriatezza (22,9%) ed Innovazione (22,5%); decisamente modesto è il contributo della Dimensione economica e sociale (9,9% e 13,1%).

Infine, i rappresentanti dell'Industria attribuiscono un maggior peso alla componente economica (23,6%), agli Esiti (22,9%) e all'Innovazione (22,3%); Sociale ed Appropriatezza contribuiscono complessivamente per meno di un terzo alla *Performance* (19,0% e 12,2% rispettivamente).

Analizzando i pesi distintamente per *stakeholder* afferenti o meno a Regioni in Piano di Rientro, si riscontra come per l'Industria afferente a Regioni in Piano di Rientro sia maggiormente importante il contributo del Sociale (42,7%) seguito da quello della Dimensione Economico-finanziaria (23,4%); per Istituzioni e Professioni sanitarie afferenti a Regioni in Piano di Rientro è maggiormente importante il contributo dell'Innovazione: 28,1% e 39,2% rispettivamente; per queste stesse categorie, afferenti, però, alle Regioni insostanziale equilibrio, risulta essere Esiti la Dimensione che pesa maggiormente: 38,1% e 35,5% rispettivamente; per le Istituzioni anche l'Innovazione ha un peso importante (30,3%). Per il *Management* aziendale delle Regioni in sostanziale equilibrio è importante il contributo del Sociale (41,9%), così come anche per gli Utenti (35,0% per Regioni in Piano di Rientro e 28,1% per le altre).

Complessivamente, si rileva come, in questa annualità del progetto, sia nuovamente aumentato il peso della Dimensione Economico-finanziaria, il cui contributo rimane oggetto di dibattito, nella misura in cui si è reso evidente un differente, e quasi opposto, approccio dei membri del *Panel* a seconda della Regione di residenza, come precedentemente argomentato. Complessivamente diminuisce il peso della Dimensione Sociale, per la quale si evidenzia una “spaccatura” geografica: rimane importante nelle Regioni in sostanziale equilibrio, mentre nel Meridione una quota di disagio viene “pragmaticamente” considerata ineliminabile, almeno nel breve periodo.

La Dimensione Innovazione, introdotta per la prima volta in via sperimentale riscuote poco “successo”, ma riteniamo che sia in qualche modo sottostimata a causa degli indicatori individuati, valutati non ancora perfettamente rappresentativi della Dimensione.

Notiamo ancora che si riequilibra il peso fra le dimensioni Appropriatezza e Esiti: il forte incremento dello scorso anno di questa ultima Dimensione possiamo immaginare fosse legato alla recente acquisizione del Piano Nazionale Esiti (PNE). L’Appropriatezza risale, quindi, come contributo fornito alla *Performance* ed è ritenuta un elemento essenziale in verità più nelle Regioni in sostanziale equilibrio che in quelle che non lo sono.

Infine, va segnalato come il contributo di Appropriatezza ed Esiti sia frutto di una media della differente struttura dei pesi attribuiti agli indicatori (per entrambe le dimensioni) che si riferiscono a esiti di patologie severe o appropriatezza clinica (dove valori peggiori vengono ritenuti inaccettabili e quindi non produttivi di benefici in termini di *Performance*) e quelli attribuiti a esiti di patologie meno severe e appropriatezza organizzativa (per cui si registra una maggiore tolleranza verso i risultati peggiori).

In conclusione, lo strumento di valutazione della *Performance* implementato consente una misura coerente e significativa del valore relativo dei SSR e fornisce numerose indicazioni utili ai *policy maker* sulla natura della *Performance* e dei processi evolutivi dei SSR.

Sicuramente, il sistema presenta ancora dei limiti legati principalmente alla scelta degli indicatori, o meglio ad alcune carenze delle fonti informative ad oggi disponibili. Durante il *Panel meeting* è emerso che sarebbe opportuno integrare le aree di assistenza oggetto di valutazione attraverso un contestuale aggiornamento delle fonti informative. Per alcune di tali aree, occorre far presente che, pur essendo disponibili fonti informative, esse non consentono la costruzione di indicatori che soddisfino i criteri riportati nella metodologia, in particolare in termini di confrontabilità. Tra le aree individuate dal *Panel* si citano: assistenza sul territorio, continuità ospedale-territorio, presa in carico dei pazienti cronici, emergenza-urgenza.

Nonostante i limiti sopra esposti ed i margini di miglioramento possibili, si conferma che la complessità dei processi di misura della *Performance* e la metodologia proposta da C.R.E.A. Sanità nel progetto “*Una misura di Performance dei SSR*” possono rappresentare uno strumento utile di analisi, ma anche di incentivazione al miglioramento degli interventi di

politica sanitaria e di valutazione dell'efficacia/efficienza della risposta garantita dalle Istituzioni sanitarie.