

Valutazione di alcune dimensioni della *performance* sanitaria

Gruppo di lavoro coordinato dal Dott. Alessandro Solipaca e Dott. Antonio Giulio de Belvis: Prof. Eugenio Anessi Pessina, Dott.ssa Maria Avolio, Dott.ssa Alessandra Battisti, Dott.ssa Alessandra Burgio, Prof. Gianfranco Damiani, Dott. Pietro Folino Gallo, Prof.ssa Maria Michela Gianino, Dott.ssa Silvia Longhi, Dott.ssa Laura Murianni, Dott. Aldo Rosano, Dott.ssa Tiziana Sabetta, Prof.ssa Roberta Siliquini, Prof. Walter Ricciardi

La valutazione della *performance* dei sistemi sanitari è divenuta una priorità ineludibile, visto il crescente impegno di risorse economiche di cui essi necessitano e le forti implicazioni sociali delle scelte di politica sanitaria attuate dai Governi. Nel corso degli ultimi 20 anni, infatti, si è assistito in tutti i Paesi sviluppati ad una crescita continua della spesa destinata alla sanità che ha messo in discussione la sostenibilità economica dei sistemi sanitari, in particolare quelli a finanziamento pubblico. La dinamica della spesa osservata in questo settore, è da attribuire sia all'incremento della domanda di assistenza e cure sanitarie, sia all'aumento dei costi legati all'innovazione scientifica e tecnologica.

In generale, si sta attraversando un periodo di crisi generale in cui i *decision maker* si devono interrogare sulla capacità, e sul modo di garantire un sistema sanitario a copertura universale ottimizzando anche l'utilizzo di risorse. In Italia, il crescente interesse per la valutazione della *performance* non è dovuto solo al problema della sostenibilità economica del sistema, ma anche agli effetti dei profondi mutamenti politici ed organizzativi osservati negli ultimi 20 anni. La modifica del Titolo V della Costituzione, il federalismo fiscale e l'introduzione dei costi standard rappresentano gli esempi più rilevanti di questi cambiamenti i quali, una volta completato il loro *iter* attuativo, prefigurano nuovi scenari politici ed organizzativi. I principi ispiratori del processo di riforma fanno riferimento al concetto di sussidiarietà, alla responsabilità finanziaria di tutti i livelli di governo ed alla corrispondenza tra il fabbisogno standard ed il finanziamento dei livelli essenziali e delle funzioni fondamentali.

Quest'ultimo obiettivo tenta di coniugare il concetto di equità con quello di efficienza economica. Infatti, accanto al fabbisogno, connesso alle condizioni di salute della popolazione, si affianca il concetto di costo standard, legato ad un livello standard di efficienza economica. Sul piano organizzativo, dal 1992 al 2001, è stata avviata una profonda riforma che ha attuato il processo di decentramento delle responsabilità in ambito sanitario, realizzato il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie ed introdotto sistemi di finanziamento non più basati sulla remunerazione dei fattori produttivi, ma sulle prestazioni effettivamente erogate dalle strutture.

Alla luce di quanto accaduto in questi anni in questo settore, gli aspetti sui quali è opportuno concentrare la valutazione della *performance* sono quelli legati all'efficienza, economica ed organizzativa, all'efficacia, in termini di rispondenza agli obiettivi che perseguono, ed alla qualità per il cittadino, intesa come accessibilità e soddisfazione, che il sistema sanitario assicura alla popolazione. L'affermarsi, infatti, dei principi di sussidiarietà e dell'autonomia organizzativa rende i sistemi regionali potenzialmente diversi gli uni dagli altri, ciò consiglia un attento monitoraggio del settore, soprattutto per quanto attiene all'equità del sistema. A tal fine, è necessario implementare nuovi strumenti tecnici per supportare i politici, gli amministratori pubblici ed i cittadini nell'attività di valutazioni della capacità dei singoli sistemi di rispondere ai bisogni di salute della popolazione nelle singole realtà regionali e di come essi siano in grado di coniugare il concetto di equità con quello di efficienza.

Il presente lavoro non ha la pretesa di essere esaustivo nella misura della *performance* del sistema, in quanto questa rappresenta un costrutto teorico non misurabile direttamente. Ogni tentativo di misurare tale costrutto comporta ampi margini di arbitrarietà (nella scelta delle dimensioni da valutare e delle *proxy* da utilizzare per la misurazione) e deve scontare notevoli approssimazioni. Pertanto, i risultati delle analisi vanno letti con riferimento alle componenti prese in considerazione con gli indicatori e tenendo presente i caveat appena riferiti.

Contesto internazionale e nazionale

Molti Paesi del gruppo OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) stanno analizzando i sistemi sanitari con riferimento alle attività svolte e valutando quali strumenti adottare per misurare la loro *performance*. In letteratura, fino ad oggi, sono stati proposti molti approcci relativi alla valutazione della *performance* di un sistema sanitario ed alcuni di questi *framework* sono stati già utilizzati in molti Paesi ed organizzazioni internazionali (Canada, Regno Unito, Stati Uniti, Nuova Zelanda, Olanda, Svezia, Organizzazione Mondiale della Salute-OMS, OCSE e *The Commonwealth Found*).

Molti Autori si sono misurati con la progettazione di strumenti di valutazione della *performance* sanitaria ed alcuni, come Donabedian (1966), hanno privilegiato un approccio alla valutazione basato sulla combinazio-

ne di indicatori organizzati per misurare le struttura, il processo e l'*outcome* del sistema sanitario.

Successivamente, altri Autori hanno focalizzato la loro attenzione su dimensioni più specifiche da valutare in termini di equità, accesso, ammissibilità, rilevanza ed efficienza (Maxwell 1984 e Donabidian 1990). Alcuni studiosi, come Kaplan e Norton (1996), Torrance (1986), Lewis e Modle (1982), hanno privilegiato l'approccio alla valutazione con riferimento agli obiettivi di sistema ed a tutte le interazioni tra i determinanti ed i non determinanti dello stato di salute. Altri studi ed esperienze nazionali ed internazionali hanno progettato sistemi di valutazione riferiti ad una pluralità di obiettivi, utilizzando come strumenti di misura sia indicatori compositi che singoli indicatori mirati sulle specifiche dimensioni della *performance*.

Altre esperienze internazionali hanno portato avanti studi comparati sui diversi sistemi sanitari, con le quali hanno cercato d'individuare tipologie di sistema migliori in termini di "getting more value for money", ad esempio l'OCSE ha evidenziato i punti di forza e di debolezza di ogni tipologia di sistema sanitario sottolineando come sia importante il confronto tra le diverse esperienze nazionali al fine di migliorare le *performance*.

In Italia, ci sono stati diversi ambiti in cui si è discusso di valutazione della *performance* del sistema. Tra le principali esperienze troviamo quelle elaborate dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che ha elaborato due metodologie, una per la valutazione della *performance* dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) ed una per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La prima metodologia di valutazione ha riguardato, principalmente, l'andamento della gestione delle Aziende Sanitarie, la seconda è stata finalizzata alla valutazione dell'intero SSN, in particolare alla valutazione delle dimensioni riferibili ai livelli di assistenza ospedaliera, distrettuale, farmaceutica e di prevenzione.

Un'altra esperienza recente è rappresentata dal "Programma di Valutazione degli Esiti" con cui sono stati valutati, attraverso disegni di studio osservazionali non sperimentali, alcuni degli esiti di interventi/trattamenti sanitari (mortalità a breve termine, riammissioni a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni, procedure chirurgiche, complicanze a breve termine a seguito di specifici interventi e tempi di attesa). Questo strumento non ha prodotto classifiche o graduatorie, ma valutazioni utili al supporto di programmi di *auditing* clinico ed organizzativo, finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN.

L'attenzione ai temi della qualità, in un'ottica di Sanità Pubblica, sta investendo anche il processo di autovalutazione regionale su indicatori di efficienza ed appropriatezza allocativa delle risorse, formalizzato attraverso la cosiddetta Commissione STEM (Struttura Tecnica di Monitoraggio sulla sanità), prevista dal Patto per la Salute 2010-2012. Rispetto alla griglia di indicatori precedentemente approvati, nel novembre 2012 la Commissione STEM ha condiviso una metodologia di analisi sulla qualità dei servizi erogati in ciascuna regione, misurata secondo la metodologia prevista dal Rapporto Osservasalute 2011. Tali indicatori comprendono dimensioni di processo (Copertura vaccinale antinfluenzale, Estensione teorica dello screening mammografico ed Estensione teorica dello screening colon-rettale), di *outcome* (Aspettativa di vita, Mortalità infantile, Amputazioni tra i soggetti diabetici in carico e Mortalità entro 30 giorni dall'ammissione in ospedale con frattura dell'anca) e di appropriatezza clinica ed organizzativa (Parti cesarei, Utilizzo di Bypass Aortocoronarico, Angioplastica percutanea, Indicatore globale per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza ed Ospedalizzazione per Gastroenterite Pediatrica).

Metodologia

La scelta degli indicatori e delle metodologie utilizzate per la valutazione della *performance* del SSN e dei SSR parte da alcune evidenze:

1. non esiste una definizione condivisa da tutto il mondo scientifico, tanto meno da quello più strettamente politico;
2. fino ad oggi sono state tantissime le esperienze a livello internazionale e nazionale di valutazione della *performance* avvenute attraverso l'utilizzo di indicatori (OMS, OCSE, Inghilterra, Stati Uniti, Olanda, Canada, Nuova Zelanda, *The Commonwealth Found* e Svezia);
3. sono molti i fenomeni di un sistema sanitario da monitorare;
4. tali fenomeni sono così eterogenei e ricchi di interrelazioni reciproche da rendere evidente come nessun indicatore, da solo, sia capace di definire compiutamente la *performance* di un sistema sanitario, ma ci sia bisogno di utilizzare un indicatore composito;
5. le metodologie per la costruzione di un indicatore composito sono numerose e si possono basare su molte tecniche di analisi, ognuna delle quali valida dal punto di vista statistico, ma contemporaneamente affetta da limiti concettuali che impongono scelte non prive di implicazioni negative.

Quanto appena riferito discende dal fatto che le dimensioni della *performance* si compongono di numerose sotto dimensioni (o componenti) (ad esempio, la dimensione legata all'appropriatezza si compone dell'appropriatezza clinica ed organizzativa) e, tutte, rappresentano "dimensioni latenti", cioè costrutti teorici non misurabili direttamente. Pertanto, per procedere alla loro "misurazione" è necessario individuare delle "proxy" concet-

tuali misurabili; in altre parole occorre selezionare degli indicatori di fenomeni “vicini” alle “dimensioni latenti” da misurare (ad esempio, la dimensione latente relativa alla condizione di salute può avere come indicatore *proxy* la speranza di vita alla nascita).

La scelta del *set* di indicatori utilizzati per misurare le singole dimensioni, alla luce di quanto appena detto, non ha la pretesa di essere esaustiva rispetto ai numerosi aspetti che essa coinvolge, pertanto la valutazione della *performance* è da intendersi relativa alle sole componenti considerate, e non in maniera assoluta o globale, ed è valida nella misura in cui tali indicatori sono “vicini” alla dimensione da valutare.

Le scelte fatte nel presente lavoro rispetto alle componenti considerate ed agli indicatori utilizzati trovano la loro giustificazione nelle definizioni fornite dalla letteratura delle dimensioni concettuali indagate, nelle diverse esperienze già svolte su questo argomento, nella disponibilità ed attendibilità dei dati necessari per costruire gli indicatori e nella loro capacità discriminatoria rispetto agli obiettivi di valutazione.

Infine, un altro criterio di selezione adottato è dovuto all’opportunità di implementare un indicatore unico (o composito) per ogni dimensione per facilitare la valutazione finale. Pertanto, anche la metodologia utilizzata per il calcolo dell’indicatore composito, ha condizionato le scelte, in particolare quelle che hanno comportato la selezione delle sole componenti “non sostituibili”, cioè le componenti per le quali non è ammessa una compensazione (ad esempio, per la dimensione efficacia non è possibile ipotizzare che il basso tasso di mortalità infantile possa compensare, in un’ottica valutativa, l’elevato numero di ricoveri evitabili, e viceversa).

Definizioni delle dimensioni considerate e gli indicatori utilizzati

Efficienza

Con riferimento all’efficienza tecnico-produttiva (*technical efficiency*) si intende la capacità del sistema sanitario, attraverso i suoi processi organizzativi e tecnologici, di produrre il miglior *outcome* a parità di risorse o, a parità di *outcome*, di ottimizzare la quantità delle risorse scarse impiegate. In tal modo, un’organizzazione sanitaria è efficiente sotto il profilo tecnico-produttivo se riesce a massimizzare il livello di produzione ottenibile data una certa quantità di fattori di produzioni disponibili in una data combinazione o se riesce a parità di risultato a minimizzare l’impiego delle risorse.

Per questa dimensione sarebbe necessario implementare un’analisi della produzione, ad esempio attraverso la stima della frontiera efficiente. Tuttavia, tale analisi è discretamente complessa e presuppone l’utilizzo di numerosi dati di cui attualmente non si dispone, relativi, in particolare, alla quantificazione della produzione fisica di servizi e di attività di assistenza erogata dai tre livelli del SSN. Pertanto, si è scelto di rappresentare solo la componente legata alla capacità dei diversi SSR di mantenere i bilanci in pareggio, dato il finanziamento di cui dispongono.

L’indicatore scelto per la valutazione di questa dimensione è:

- **Risultato di esercizio pro capite (somma algebrica dei costi, ricavi e saldi di mobilità regionale)**

Appropriatezza

Il concetto dell’appropriatezza è riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili. Generalmente, si distingue l’appropriatezza clinica dall’appropriatezza organizzativa. L’appropriatezza clinica è rivolta alla valutazione medico-tecnica di specifici interventi o procedure, indipendentemente dal *setting* assistenziale in cui l’intervento/procedura è stata eseguita; si valuta se i benefici attesi per il soggetto sono superiori agli eventuali effetti avversi. La dimensione della *performance* corrisponde al grado in cui l’assistenza sanitaria erogata è adeguata ai bisogni clinici, rispetto alle attuali conoscenze scientifiche.

L’appropriatezza organizzativa riguarda invece il livello di assistenza, ad esempio l’ospedale in termini di adeguatezza tecnica (la valutazione dell’opportunità di ricoverare in ospedale un paziente con determinati problemi di salute) e può anche riferirsi al livello di efficienza operativa (valutazione della durata della degenza indipendentemente dalla condizione del paziente o dalla procedura eseguita). Come dimensione della *performance* si intende valutare l’appropriatezza delle soluzioni organizzative, ossia il livello di qualità con cui il sistema assolve alla propria funzione secondo il rapporto tra le prestazioni erogate ed i determinanti connessi alla qualità organizzativa, come, ad esempio, le risorse strutturali impiegate.

Gli indicatori scelti per la valutazione di questa dimensione sono:

- **Percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore**
- **Percentuale di parti cesarei**
- **Percentuale di parti effettuati nei punti nascita con più di 500 parti annui**
- **Consumo territoriale di farmaci antibiotici (DDD/1.000 ab die) a carico del SSN**

- *Percentuale di colecistectomie laparoscopiche sul totale delle colecistectomie*
- *Percentuale di prostatectomie transuretrali sul totale delle prostatectomie*
- *Tasso di ospedalizzazione per isterectomia (per 10.000 donne residenti)*
- *Tasso di ospedalizzazione in regime ordinario per DRG inappropriati (per 1.000 residenti)*

Efficacia

L'efficacia è il grado con cui i beni e servizi che vengono prodotti dal SSN ed erogati alla popolazione conducono ai risultati attesi in termini di salute. L'efficacia come dimensione della *performance* è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

Gli indicatori utilizzati sono:

- *Speranza di vita alla nascita - Maschi*
- *Speranza di vita alla nascita - Femmine*
- *Tasso di mortalità infantile (per 1.000 nati vivi) - Maschi*
- *Tasso di mortalità infantile (per 1.000 nati vivi) - Femmine*
- *Tassi di copertura vaccinale antinfluenzale (per 100 residenti)*
- *Tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per BroncoPneumopatia Cronico Ostruttiva e per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache (per 10.000 residenti)*
- *Tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a Lungo Termine del Diabete Mellito (per 10.000 residenti)*
- *Speranza di vita senza limitazioni a 65 anni - Maschi*
- *Speranza di vita senza limitazioni a 65 anni - Femmine*
- *Tasso standardizzato di mortalità evitabile per servizi sanitari (0-74 anni per 100.000 residenti)*

Soddisfazione ed accessibilità

Soddisfazione (qualità percepita)/centralità del paziente/accettabilità: la centralità del paziente indica il grado, allo stato attuale, con cui un sistema sanitario realmente "funzioni", ponendo il cittadino al centro dell'erogazione dell'assistenza ed è spesso valutata in termini di esperienza dei cittadini in relazione all'uso dei servizi sanitari. È una dimensione della *performance* che misura il grado con cui il sistema sanitario va incontro alle aspettative sanitarie e non sanitarie della popolazione. Per quanto riguarda la soddisfazione/qualità percepita (*satisfaction*), la valutazione del grado di soddisfazione tenta di catturare il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario. È la dimensione più soggettiva della capacità di risposta del sistema sanitario alle aspettative.

Accessibilità corrisponde alla facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno. L'accesso può essere fisico, finanziario o psicologico e richiede che i servizi siano disponibili a priori. Con tale dimensione della *performance* si valuta la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto, indipendentemente dal reddito e dalla collocazione geografica, in quantità sufficiente e ad un costo ragionevole.

Gli indicatori utilizzati sono:

- *Indice di attrazione ospedaliera (immigrazione/emigrazione)*
- *Percentuale della spesa privata sul totale della spesa sanitaria*
- *Percentuale di persone molto o abbastanza soddisfatte dell'assistenza medica ricevuta durante l'ultimo ricovero*
- *Percentuale di persone molto o abbastanza soddisfatte dell'assistenza infermieristica ricevuta durante l'ultimo ricovero*
- *Percentuale di persone molto o abbastanza soddisfatte del vitto ricevuto durante l'ultimo ricovero*
- *Percentuale di persone molto o abbastanza soddisfatte dei servizi igienici utilizzati durante l'ultimo ricovero*
- *Tasso di assistibili anziani in Assistenza Domiciliare Integrata (per 10.000 anziani residenti)*

La sintesi degli indicatori è stata fatta attraverso medie geometriche di indicatori standardizzati (*z-score*). Tale tecnica è da ritenere preferibile in caso di composizione di indicatori riferiti a componenti non sostituibili. Inoltre, si è scelto di non pesare i singoli indicatori per cui ognuno ha la stessa importanza nel contribuire alla media generale.

Risultati

I risultati della valutazione della *performance* rispetto alle singole dimensioni considerate mettono in evidenza il consueto divario tra Nord e Mezzogiorno, seppure caratterizzato da alcune eccezioni interessanti. Ancora più interessante è spingere l'analisi sul confronto tra alcune dimensioni della *performance* che permette di mette-

re in luce dei *trade-off* che possono fornire spunti di riflessione sui quali sarà opportuno approfondire in futuro. I Cartogrammi presentati rappresentano la distribuzione in quarti dell'indicatore composto: I Quarto = livello basso; II Quarto = livello medio-basso; III Quarto = livello medio-alto; IV Quarto = livello alto.

Efficienza

La componente dell'efficienza considerata nel presente lavoro si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio. Rispetto a questa specifica dimensione dell'efficienza le regioni che si mostrano più virtuose sono, sostanzialmente, quelle del Centro-Nord, ma con alcune eccezioni. Infatti, le più oculate nella gestione dei bilanci sono la Valle d'Aosta, la PA di Bolzano, l'Emilia-Romagna, l'Umbria e l'Abruzzo. Tra le regioni del Centro-Nord che non fanno parte del novero delle virtuose troviamo la Liguria, il Lazio, le Marche ed il Piemonte, caratterizzate da livelli di efficienza bassi o medio-bassi.



Appropriatezza

Rispetto a questa dimensione le regioni con i livelli più alti di appropriatezza sono prevalentemente quelle del Nord, in particolare la Valle d'Aosta, il Veneto, il Friuli Venezia Giulia e la Liguria. A questo gruppo appartiene anche la regione Marche. Fanalino di coda della graduatoria sono le regioni del Mezzogiorno alle quali si accomunano, con un livello di appropriatezza medio-basso, anche l'Emilia-Romagna, l'Umbria ed il Lazio.



Efficacia

Le regioni eccellenti rispetto alla dimensione dell'efficacia sono il Piemonte, la Valle d'Aosta, la PA di Trento, la Liguria e la Toscana; con valori dell'indicatore medio-alto troviamo, oltre ad altre regioni del Centro-Nord, anche la Basilicata. Il resto delle regioni del Mezzogiorno si collocano agli ultimi posti della graduatoria, in compagnia della PA di Bolzano, della Lombardia e del Friuli Venezia Giulia che sono le uniche regioni del Nord a collocarsi ad un livello medio-basso.



Soddisfazione ed accessibilità

Le regioni con il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema più elevato sono la PA di Bolzano, il Veneto, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia-Romagna e le Marche; al contrario, la Sicilia, la Calabria, la Puglia, la Campania e l'Umbria si collocano nella parte più bassa della graduatoria. Al tradizionale gradiente Nord-Sud fanno eccezione la Sardegna che si posiziona ad un livello medio-alto ed il Piemonte, la Valle d'Aosta e la Toscana per le quali si riscontrano livelli medio-bassi di accessibilità e soddisfazione.



Trade-off

Le spinte verso l'efficienza della spesa spesso hanno conseguenze poco desiderabili sugli *outcome*, sia in termini di esiti di salute che di appropriatezza, accessibilità e soddisfazione. Dal confronto tra i livelli di efficienza e di efficacia registrati nelle regioni emerge che la PA di Bolzano e l'Abruzzo, a fronte di bilanci di spesa positivi, fanno registrare livelli bassi e medio-bassi di efficacia. Si tratta, quindi, di casi in cui una buona gestione della spesa non concorda con altrettanti buoni risultati in termini di salute. Per contro, le regioni che lamentano conti in rosso, come la Liguria e la Basilicata, possono vantare livelli medio-alti di efficacia del sistema sanitario. La Valle d'Aosta si dimostra un'eccellenza in quanto riesce a coniugare conti in ordine ed alta efficacia; all'estremo opposto troviamo Calabria e Sardegna, negative sia in termini di efficienza che di efficacia.

Prospetto 1

Efficacia	B - A Liguria	MB - A Piemonte	MA - A P.A. di Trento Toscana	A - A Valle d'Aosta
	B - MA Basilicata	MB - MA Marche	MA - MA Veneto	A - MA Emilia Romagna Umbria
	B - MB Lazio Molise	MB - MB	MA - MB Lombardia Friuli Venezia Giulia	A - MB Abruzzo
	B - B Calabria Sardegna	MB - B Campania Puglia Sicilia	MA - B	A - B P.A. di Bolzano
	Efficienza			

Un altro confronto interessante tra dimensioni della *performance* è quello tra efficienza della spesa e la dimensione legata all'accessibilità ed alla soddisfazione. I risultati mettono in luce come l'Umbria sia molto virtuosa nel controllare la spesa, ma fornisca ai propri residenti un basso livello di accessibilità e soddisfazione; per contro, Marche, Liguria, Molise e Sardegna evidenziano scarsa capacità nel tenere i conti in ordine, ma possono vantare livelli di accessibilità e soddisfazione medio-alti.

Prospetto 2

Accessibilità e soddisfazione	B - A	MB - A Marche	MA - A Veneto Friuli Venezia Giulia	A - A P.A. di Bolzano Emilia Romagna
	B - MA Liguria Molise Sardegna	MB - MA	MA - MA Lombardia P.A. di Trento	A - MA
	B - MB Basilicata	MB - MB Piemonte	MA - MB Toscana	A - MB Valle d'Aosta Abruzzo
	B - B Lazio Calabria	MB - B Campania Puglia Sicilia	MA - B	A - B Umbria
	Efficienza			

L'efficienza e l'appropriatezza organizzativa possono essere due dimensioni molto correlate, nel senso che un'adeguata organizzazione dell'assistenza dovrebbe favorire un buon controllo della spesa. Stesso ragionamento potrebbe essere valido anche per l'appropriatezza clinica, nella misura in cui questa scongiuri il prolungamento dei percorsi di cura a causa di interventi inefficaci.

Prospetto 3

Appropriatezza	B - A Liguria	MB - A Marche	MA - A Veneto, Friuli Venezia Giulia	A - A Valle d'Aosta
	B - MA	MB - MA Piemonte	MA - MA Lombardia, P.A. di Trento, Toscana	A - MA P.A. di Bolzano
	B - MB Lazio, Calabria	MB - MB	MA - MB	A - MB Emilia Romagna, Umbria, Abruzzo
	B - B Molise, Basilicata, Sardegna	MB - B Campania, Puglia, Sicilia	MA - B	A - B
	Efficienza			

Il confronto evidenzia che sono solo 6 le regioni che mostrano livelli discordanti di queste due dimensioni. Questo può confermare, con le dovute cautele, le ipotesi appena esposte; in particolare, sono Liguria, Marche e Piemonte le regioni con efficienza medio-bassa ed appropriatezza medio-alta; Emilia-Romagna, Umbria ed Abruzzo sono, invece, le regioni con efficienza medio alta ed appropriatezza medio-bassa. Il resto delle regioni si collocano lungo la diagonale che indica concordanza tra le due dimensioni.

In conclusione, le analisi sulla *performance* effettuate considerando le singole dimensioni separatamente confermano i tradizionali differenziali territoriali che si muovono lungo la direzione Nord-Sud del Paese. In altre parole, le regioni del Nord e del Centro mostrano livelli di *performance* migliori di quelli delle regioni del Mezzogiorno, con alcune eccezioni. Interessanti i risultati ottenuti confrontando i livelli di efficienza con quelli di efficacia o con quelli di accessibilità e soddisfazione. Si tratta di valutazioni utili per analizzare i *trade-off* dell'efficienza, cioè quali conseguenze sulla qualità del sistema può avere il controllo della spesa. I risultati evidenziano che, spesso, la ricerca di efficienza ha un risvolto negativo in termini di efficacia, accessibilità e soddisfazione, mentre presenta maggiori analogie con la ricerca dell'appropriatezza.

Riferimenti bibliografici

- (1) AGENAS Monitor 2008. Disponibile sul sito: http://www.agenas.it/agenas_pdf/Quaderno_Monitor.pdf.
- (2) Blank R. H., Burau V., Comparative Health Policy. Palgrave Macmillan, 2006 aggiornamento ed 2010.
- (3) Canadian Institute for Health Information. (2000). Health Care in Canada. Ottawa: CIHI.
- (4) CGIS Commissione per La Garanzia dell'informazione Statistica Definizione di un set di Indicatori per il Monitoraggio e la Valutazione dell'attività sanitaria. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Rapporto di ricerca 02.03 aprile 2002 a cura di: Pierantonio Bellini, Mario Braga, Vincenzo Rebba, Stefania Rodella, Elisa Vendrami.
- (5) de Belvis AG, Volpe M. La Relazione Sanitaria: dalle informazioni alle decisioni. Guida per i manager ed i professionisti delle aziende sanitarie. Il Pensiero Scientifico, Roma, 2008.
- (6) Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. Millbank Memorial Fund Quarterly. 44 (2), 166-206.
- (7) Donabedian, A. (1990). The Seven Pillars of Quality. Archives of Pathology. 114, 1.115-1.118.
- (8) Farrel MJ. 1957 The Measurement of Productive Efficiency. M. J. Farrell. Journal of the Royal Statistical Society. Series A (General), Vol. 120, No. 3. Disponibile sul sito: <http://www.aae.wisc.edu/aae741/Ref/Farrell%201957.pdf>.
- (9) Figueras J., McKee M., Health systems, health, wealth and societal well-being. Assessing the case for investing in health systems. Published by Open University Press European Observatory on Health Systems and Policies series 2012.
- (10) Formez. I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali. Quaderni 57. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento della Funzione pubblica, 2007.
- (11) Government of New Zealand. (2011). Progress on Health Outcome Targets 1999. Retrieved August 15, 2001. Disponibile sul sito: www.moh.govt.nz-moh.nsf.
- (12) Hurst, J. Jee-Hughes, M (2001). Performance measurement and performance management in OECD health systems. In: Labour market and social policy occasional papers no. 47. Paris: OECD.
- (13) Jacobs R, Smith P, Goddard M. Measuring performance: An examination of composite performance indicators. A report for the Department of Health. Centre for Health Economics. University of York. United Kingdom. March 2004.
- (14) Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1996). Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. Harvard Business Review, January-February, 75-85.
- (15) Kelley, E. Hurst, J (2006). Health care quality indicators project. Conceptual framework paper. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Health Working Papers No. 23). Hurst J, Jee-Hughes M. 2001.
- (16) Leggatt, S.G., Narine, L., Lemieux-Charles, L., Barnsley, J., Baker, G.R., Sicotte, C., Champagne, F., & Bilodeau, H. (1998). A Review of Organizational Performance Assessment in Health Care. Health Services Management Research, 11, 3-23.

- (17) Lewis, A.F. and Modle, W. (1982). Health Indicators: What Are They? An Approach to Efficacy in Health Care. *Health Trends*. 14, 3-7.
- (18) Luttman, E.J., Siren, P.B., & Laffel, G.L. (1994). Assessing Organizational Performance. *Quality Management in Health Care*, 2 (4), 44-53.
- (19) Maxwell, R.J. (1984). Quality Assessment in Health. *British Medical Journal*, 288, 1.470-1.472.
- (20) Murray C.J.L. Frenk J., A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6) 717-729. World Health Organization 2000.
- (21) Nuti S, Un bersaglio per valutare la sanità toscana, *Aut* - 1: 4 (2009).
- (22) S. Nuti, C. Seghieri, M. Vainieri, S. Zett. Assessment and improvement of the Italian Healthcare system: first evidences from a pilot national performance evaluation system. *Journal Of Healthcare Management* - 57 (3): 182: 198 (2012).
- (23) S. Nuti, C. Seghieri, M. Vainieri Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany Region experience. *The Journal Of Management And Governance* (2012).
- (24) OECD 1992, The reform of health care. A comparative analysis of seven Oecd countries, Paris, cap. 1, pp. 13-29.
- (25) OECD 2010, "Health care systems: Getting more value for money", OECD Economics Department Policy Notes, No. 2.
- (26) OECD 2010 Paris V., Devaux M., Wei L. Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries, *Health Working Papers*, n. 50, Paris.
- (27) OECD 2012 - "Measuring Up" - Improving health system performance in OECD countries". Disponibile sul sito: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/measuringup-improvinghealthsystemperformanceinoecdcountries.htm>.
- (28) The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System. Framework for a High Performance Health System for the United States (Aug. 2006).
- (29) The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System. Why Not the Best? Results from the National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2011 October 2011.
- (30) Vasselli S. Filippetti G, Spizzichino L 2005 Misurare la performance del sistema sanitario: proposta di una metodologia Roma: Il pensiero scientifico editore, 2005 - XIII.
- (31) World Health Organization. (2000). The World Health Report 2000. Geneva: WHO.