

# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”



**XIV edizione  
2026**

D. d'Angela  
B. Polistena  
F. Spandonaro



DIPARTIMENTO DI  
ECONOMIA E FINANZA



# **“Livelli di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”**

**XIV edizione (2026)**



## Sommario

|   |            |
|---|------------|
| <b>Sommario</b>   | <b>3</b>   |
| <b>Indice delle figure</b>  | <b>5</b>   |
| <i>Expert Panel</i>   | <b>11</b>  |
| <i>Executive summary</i>  | <b>19</b>  |
| <b>1. Introduzione</b>  | <b>27</b>  |
| <b>2. Metodologia</b>   | <b>29</b>  |
| <b>3. Risultati</b>   | <b>31</b>  |
| 3.1. Selezione degli indicatori di <i>Performance</i>                             | 31         |
| 3.2. Le funzioni di valore degli indicatori                                       | 54         |
| 3.3. La composizione degli indicatori   | 84         |
| 3.4. Il contributo delle Dimensioni e degli indicatori alla <i>Performance</i>    | 86         |
| <b>4. La <i>Performance</i> socio-sanitaria</b>                                   | <b>91</b>  |
| <b>5. <i>Performance e Patient Reported Experience: livelli ed evoluzione</i></b> | <b>100</b> |
| <b>6. Riflessioni conclusive</b>  | <b>107</b> |
| <b>Schede Regioni</b>   | <b>111</b> |
| <b>Schede indicatori</b>  | <b>157</b> |



## Indice delle figure

|                  |   |    |
|------------------|---|----|
| <b>Figura 1</b>  | Adesione alla prevenzione<br>Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>                               | 34 |
| <b>Figura 2</b>  | Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata<br>Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>    | 35 |
| <b>Figura 3</b>  | Accesso al pronto soccorso<br>Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>                              | 36 |
| <b>Figura 4</b>  | Appropriatezza organizzativa<br>Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>                            | 37 |
| <b>Figura 5</b>  | Spesa sanitaria totale e pubblica<br>Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>                       | 39 |
| <b>Figura 6</b>  | Accesso alle prestazioni<br>Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>                                | 41 |
| <b>Figura 7</b>  | Impatto sulle famiglie<br>Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>                                  | 43 |
| <b>Figura 8</b>  | Disabilità/Fragilità<br>Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>                                    | 44 |
| <b>Figura 9</b>  | Salute mentale e dipendenza<br>Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>                             | 45 |
| <b>Figura 10</b> | Esiti di mortalità<br>Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>                                      | 46 |
| <b>Figura 11</b> | Soddisfazione per i servizi e qualità di vita percepita<br>Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i> | 47 |
| <b>Figura 12</b> | Livello di informatizzazione<br>Distribuzione voti per Categoria di <i>stakeholder</i>                            | 49 |
| <b>Figura 13</b> | Innovazione tecnologica<br>Funzione di "valore" per Categoria   | 50 |
| <b>Figura 14</b> | Innovazione organizzativa<br>Funzione di "valore" per Categoria   | 51 |
| <b>Figura 15</b> | Integrazione con il Sociale<br>Funzione di "valore" per Categoria   | 53 |
| <b>Figura 16</b> | Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche<br>Funzione di "valore" per Categoria                | 55 |

# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

|                  |   |    |
|------------------|---|----|
| <b>Figura 17</b> | Quota di interventi per cancro della mammella, della prostata e del polmone effettuati in strutture con casistiche congrue con i livelli minimi indicati dal D.M. 70/2015<br>Funzione di “valore” per Categoria | 56 |
| <b>Figura 18</b> | Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde<br>Funzione di “valore” per Categoria                                      | 57 |
| <b>Figura 19</b> | Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell’anziano, e <i>screening</i> )<br>Funzione di “valore” per Categoria  | 58 |
| <b>Figura 20</b> | Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata<br>Funzione di “valore” per Categoria   | 59 |
| <b>Figura 21</b> | Dimensione Appropriatezza<br>Funzione di “valore” per Categoria   | 60 |
| <b>Figura 22</b> | Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali<br>Funzione di “valore” per Categoria  | 61 |
| <b>Figura 23</b> | Spesa sanitaria pubblica pro-capite: <i>gap</i> EU vs ITA<br>Funzione di “valore” per Categoria   | 62 |
| <b>Figura 24</b> | Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata<br>Funzione di “valore” per Categoria  | 63 |
| <b>Figura 25</b> | Dimensione Economico-Finanziaria<br>Funzione di “valore” per Categoria  | 64 |
| <b>Figura 26</b> | Tasso di mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità<br>Funzione di “valore” per Categoria   | 65 |
| <b>Figura 27</b> | Quota di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie (per motivi economici, di distanza, liste d’attesa, orari scomodi, etc.)<br>Funzione di “valore” per Categoria  | 66 |
| <b>Figura 28</b> | Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti<br>Funzione di “valore” per Categoria   | 67 |
| <b>Figura 29</b> | Dimensione Equità<br>Funzione di “valore” per Categoria   | 68 |
| <b>Figura 30</b> | Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti<br>Funzione di “valore” per Categoria  | 69 |
| <b>Figura 31</b> | Indice di salute mentale<br>Funzione di “valore” per Categoria  | 70 |
| <b>Figura 32</b> | Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite<br>Funzione di “valore” per Categoria   | 71 |

|                  |   |    |
|------------------|---|----|
| <b>Figura 33</b> | Speranza di vita senza limitazioni funzionali ( <i>over 65 anni</i> )<br>Funzione di “valore” per Categoria                                       | 72 |
| <b>Figura 34</b> | Qualità di vita percepita in termini di salute<br>Funzione di “valore” per Categoria  | 73 |
| <b>Figura 35</b> | Dimensione Esiti<br>Funzione di “valore” per Categoria  | 74 |
| <b>Figura 36</b> | Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive<br>Funzione di “valore” per Categoria  | 75 |
| <b>Figura 37</b> | Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico<br>Funzione di “valore” per Categoria   | 76 |
| <b>Figura 38</b> | Quota Case della Comunità e Ospedali di Comunità<br>con almeno un servizio attivato<br>Funzione di “valore” per Categoria                         | 77 |
| <b>Figura 39</b> | Dimensione Innovazione<br>Funzione di “valore” per Categoria  | 78 |
| <b>Figura 40</b> | Tasso di <i>over 75 anni</i> non autosufficienti<br>in trattamento socio-sanitario residenziale<br>Funzione di “valore” per Categoria             | 79 |
| <b>Figura 41</b> | Quota di persone disabili e/o anziani che ricevono<br>assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari<br>Funzione di “valore” per Categoria | 80 |
| <b>Figura 42</b> | Quota di distretti con integrazione socio-sanitaria<br>Funzione di “valore” per Categoria   | 81 |
| <b>Figura 43</b> | Dimensione Sociale<br>Funzione di “valore” per Categoria  | 82 |
| <b>Figura 44</b> | Contributo delle Dimensioni alla <i>Performance</i><br>Per categoria di <i>stakeholder</i>  | 87 |
| <b>Figura 45</b> | Variazioni del contributo delle Dimensioni<br>alla <i>Performance XIV vs XIII edizione</i>  | 88 |
| <b>Figura 46</b> | Indice di <i>Performance</i> regionale  | 91 |
| <b>Figura 47</b> | Indice di <i>Performance</i> Categoria Utenti   | 92 |
| <b>Figura 48</b> | Indice di <i>Performance</i> Categoria Istituzioni  | 93 |
| <b>Figura 49</b> | Indice di <i>Performance</i> Categoria Professioni Sanitarie  | 94 |
| <b>Figura 50</b> | Indice di <i>Performance</i> Categoria <i>Management</i> aziendale  | 95 |
| <b>Figura 51</b> | Indice di <i>Performance</i> Categoria <i>Industria Life Sciences</i>   | 96 |

|                  |   |     |
|------------------|---|-----|
| <b>Figura 52</b> | Indici di <i>Performance Regionali</i> 2019 e 2025                      | 97  |
| <b>Figura 53</b> | Indice di <i>Performance</i> 2019 e 2025                                | 97  |
| <b>Figura 54</b> | Indice di <i>Performance</i> : tasso di variazione 2025/2019            | 98  |
| <b>Figura 55</b> | Indice di <i>Performance</i> 2019 vs variazione 2025/2019               | 99  |
| <b>Figura 56</b> | Quota di cittadini che hanno percepito un miglioramento dei servizi SSN | 101 |
| <b>Figura 57</b> | Percezione miglioramento servizi SSN, per tipologia (% cittadini)       | 103 |
| <b>Figura 58</b> | Variabilità interregionale soddisfazione e percezione del miglioramento | 105 |

Rapporto a cura di:

- d'Angela Daniela  
*C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata*
- Polistena Barbara  
*C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata*
- Spandonaro Federico  
*Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità*

Hanno collaborato allo studio:

- Caforio Gaetano  
*Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità*
- Cioppa Marco  
*C.R.E.A. Sanità*
- d'Angela Claudia  
*Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità*
- Dotti Carla  
*Fondazione Istituto "Sacra Famiglia" Onlus, Milano*
- Fratini Adriana  
*C.R.E.A. Sanità*
- *Expert Panel*



## Expert Panel

### Istituzioni

- Annichiarico Massimo  
*Già Direttore Generale dell'area sanità e sociale, Regione Veneto*
- Benedetti Daniele  
*Presidente ANCI Umbria*
- Bordon Paolo  
*Direttore Generale dipartimento Sanità e Servizi Sociali, Regione Liguria*
- Bucci Marco  
*Presidente Regione Liguria*
- Caroli Francesco  
*Coordinatore nazionale della rete Città Sane OMS*
- Cinque Ettore  
*Assessore Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, Regione Campania*
- D'Alessandro Pierpaola  
*Vice Direttore Generale Vicario, Comune di Roma*
- Degrassi Flori  
*Presidente ANDOS e componente Osservatorio medicina di genere Istituto Superiore di Sanità*
- De Santi Anna Maria  
*già Responsabile Unità di Neuroscienze Sociali, Istituto Superiore di Sanità*
- Donetti Daniela  
*Direttore Salute e Welfare, Regione Umbria*
- Flego Gaddo  
*Già coordinatore rete ligure HTA*
- Lombardo Massimo  
*Direttore Generale Agenzia Regionale Emergenza Urgenza, Regione Lombardia*
- Montanaro Vito  
*Direttore dipartimento promozionale della salute e del benessere animale, Regione Puglia*
- Paolucci Gianfranco  
*Presidente ANCI Molise*
- Peracchini Pierluigi - Mazzoleni Ivan (*delegato*)  
*Presidente ANCI Liguria*
- Radice Lorenzo  
*Sindaco di Legnano*
- RICCIO Federica  
*Direttrice della S.C. Medicina Territoriale e Reti di Patologia presso Az. Zero, Regione Piemonte*

# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

- Ruscitti Giancarlo  
*Direttore Generale dell'area sanità e sociale, Regione Veneto*
- Schael Thomas  
*Direttore Generale Ass. dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, Regione Sardegna*

## **Management aziendale**

- Altini Mattia  
*Direttore Generale AUSL Modena e Presidente SIMM*
- Amato Francesco - Nardelli Igina e Patrizi Cristina (*delegati*)  
*Direttore Generale ASL Roma 2*
- Benini Patrizia  
*Direttore Generale ULSS 9 Scaligera*
- Bosio Marco  
*Direttore Generale ASST Rhodense*
- Brait Michele  
*Direttore Generale Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza*
- Calamai Monica  
*Direttore Generale IRCCS Azienda Ospedaliera Metropolitana, Genova*
- Capalbo Maria  
*Direttore Generale IRCCS INRCA, Regione Marche*
- Carradori Tiziano  
*Direttore Generale AUSL Romagna*
- Cattina Grazia  
*Direttore Generale ASL di Oristano*
- Cavalli Silvia  
*Direttore Generale ASL Roma 5*
- Cecconami Lorella  
*Direttore Generale DG ATS Pavia*
- Cenciarelli Sabrina – Lombardi Assunta e Romagnoli Laide (*delegati*)  
*Direttore Generale ASL Latina*
- Ciotti Emanuele  
*Direttore Generale USL Umbria 1*
- Colacicco Vito Gregorio  
*Direttore Generale ASL Taranto*
- d'Alba Fabrizio  
*Direttore Generale Policlinico Umberto I, Roma*

- D'Amore Antonio  
*Direttore Generale Azienda Ospedaliera Antonio Cardarelli, Napoli*
- De Filippis Giuseppe  
*Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Potenza*
- De Fino Massimo  
*Direttore Generale CROB (Centro di Riferimento Oncologico Basilicata), Rionero in Vulture*
- Dei Simona  
*Direttore Generale Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) - Toscana*
- Delle Donne Alessandro  
*Direttore Generale Istituto Tumori Giovanni Paolo II, Bari*
- Desideri Enrico  
*Già Presidente Fondazione Sicurezza in Sanità ed esperto del Ministro della salute in Programmazione, organizzazione e gestione Aziende sanitarie*
- Frittelli Tiziana  
*Commissario straordinario Grandi Ospedali Reggio Calabria*
- Giupponi Massimo  
*Direttore Generale ATS Bergamo*
- La Valle Giovanni  
*Direttore Generale ASL Torino 3*
- Mastrobuono Isabella  
*Già commissario straordinario Policlinico Tor Vergata*
- Matragna Cristina  
*Direttore Generale Istituto "Lazzaro Spallanzani", Roma*
- Nicora Carlo  
*Direttore Generale della Fondazione Molina, Varese*
- Penna Angelo  
*Direttore Generale ASL Novara*
- Petralia Paolo  
*Direttore Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Verona*
- Picco Carlo  
*Direttore Generale ASL Città di Torino*
- Romano Ferdinando  
*Direttore Generale Policlinico Tor Vergata*
- Schieppati Stefano  
*Direttore Sanitario ASST Santi Paolo e Carlo, Milano*
- Serpieri Chiara  
*Commissario Straordinario ASP Siracusa*
- Silvestri Norberto  
*Direttore Sanitario Humanitas Care, Varese*

# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

- Sosto Gennaro  
*Direttore Generale ASL Salerno*
- Trovato Vincenzo  
*Direttore Generale Ospedale di Erba – Lifenet Healthcare*
- Tubertini Mario  
*Direttore Generale Istituto di Montecatone, Bologna*
- Volpe Gennaro  
*Direttore Generale Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano, Caserta*

## Professioni sanitarie

- Agostiniani Rino  
*Presidente Società Italiana di Pediatria*
- Annicchiarico Giuseppina  
*Coordinatrice del Co.Re.Ma.R. (Coordinamento Regionale Malattie Rare - ARESS Puglia)*
- Balestra Roberta  
*Presidente FEDERSERD*
- Balzanelli Mario Giosuè  
*Presidente SIS118*
- Brega Alessandro  
*Segretario Regionale SIFO Liguria*
- Calabrese Nicola  
*Vice segretario nazionale FIMMG*
- Conforti Massimiliano  
*Presidente EpaC ETS*
- Corradi Maria Paola  
*Direttore Generale Az. Osp. San Giovanni Addolorata, Roma*
- Cossolo Marco - Petrosillo Giovanni (*delegato*)  
*Presidente Federfarma*
- D'Arpino Alessandro  
*Direttore Farmacia AOU di Perugia, già componente consiglio direttivo SIFO*
- De Cosmo Salvatore – Candido Riccardo (*delegato*)  
*Presidente Associazione Medici Diabetologi (AMD)*
- De Francesco Adele  
*Segretario Regionale SIFO Calabria*
- De Giorgi Serafino  
*Presidente Società Italiana di Psichiatria Sociale*

- Di Lorenzo Nicola  
*Presidente emerito SICOB e Presidente European Association for Endoscopic Surgery (EAES)*
- Di Turi Roberta  
*Segretario Generale SINAFO*
- Doria Andrea - Govoni Marcello (*delegato*)  
*Presidente SIR*
- Favaretti Carlo  
*Presidente onorario SIHTA e Segretario, Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*
- Focarelli Dario  
*Direttore generale ANIA*
- Gilardino Davide  
*Presidente ANCI Piemonte*
- Leonardi Filippo - Basigliani Alice (*delegato*)  
*Direttore Generale AIOP*
- Lezo Antonella  
*Presidente SINPE*
- Mangiacavalli Barbara - Clarizia Luciano e Gagliano Carmelo (*delegati*)  
*Presidente FNOPI e membro CSS*
- Montorsi Marco  
*Presidente La Fondazione Biotechnopolo, già Rettore Humanitas*
- Paolini Barbara  
*Presidente ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica)*
- Pellacani Giovanni  
*Presidente SIDEMAST*
- Pietrantonio Filomena  
*Tesoriere FADOI - Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti*
- Rossi Alessandro - Amoroso Alessandra (*delegato*)  
*Presidente SIMG*
- Trimarchi Antonino  
*Presidente CARD*
- Vita Antonio  
*Presidente Società Italiana Psichiatria - SIP*
- Zito Giovanni Battista  
*Presidente Associazione Regionale Cardiologi Ambulatoriali (CARD)*

## Utenti

- Bellet Ilaria  
*Presidente ACTO Italia*
- Celano Antonella  
*Presidente APMARR*
- Corazza Valeria  
*Presidente APIAFCO*
- De Luca Raffaele  
*Presidente Sud4pancreas*
- Fava Valeria  
*Cittadinanza Attiva*
- Iannelli Elisabetta  
*Presidente AIMAC*
- Mancuso Anna Maria - Ranieri Paolo (*delegato*)  
*Presidente Salute Donna*
- Pannuti Raffaella  
*Presidente Fondazione ANT Italia Onlus*
- Pelagalli Maddalena  
*Presidente Federazione RelaCare ETS - Relazione di Cura Malattie Immunomediate*
- Rivella Alessandra  
*Direttrice Associazione A.N.N.A.*
- Schittulli Francesco - De Toma Giorgio (*delegato*)  
*Presidente LILT*
- Scopinaro Annalisa  
*Presidente UNIAMO*
- Tonolo Silvia  
*Presidente ANMAR Onlus*

## Industria *Life Scienze*

- Barrella Annarita  
*Abbvie*
- Beccagutti Guido - Glorioso Valeria (*delegato*)  
*Direttore Generale Confindustria dispositivi medici*
- Beghin Silvia  
*Menarini*
- Isernia Martina  
*Novonordisk*
- Mancone Lucia  
*Opella*
- Monteverde Spencer Geraldo Tadinho  
*W.L. Gore*
- Passafaro Francesco  
*GSK*
- Ponzi Patrizia  
*Boehringer Ingelheim*
- Pruiti Luana  
*Medtronic*
- Pulicati Marco  
*Astellas*
- Ranieri Pietro  
*Pfizer*
- Ratti Marco  
*Italfarmaco*
- Riccini Carlo - Mazzotti Filippo (*delegato*)  
*Direttore generale Farmaindustria*
- Sinibaldi Alessandra  
*Alfasigma*



# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

## Ringraziamenti

La XIV edizione del progetto “*Le Performance Regionali*”  
è stata realizzata grazie ai *grant* incondizionati di:

abbvie

ALFASIGMA 

 astellas

 Boehringer  
Ingelheim

 GORE

 GSK

 ITALFARMACO

Medtronic

 **MENARINI**  
group

  
novo nordisk<sup>®</sup>

Opella.

 Pfizer

## Opportunità di tutela della Salute: Le Performance Regionali 2026 Executive summary

Lo studio “Opportunità di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”, giunto nel 2026 alla sua XIV edizione, ha l’obiettivo di valutare le effettive opportunità di tutela della salute di cui beneficiano i cittadini nelle diverse Regioni, ed anche l’evoluzione che hanno nel tempo.

Coerentemente con l’approccio “*Health in All Policies*”, oltre la dimensione strettamente sanitaria, lo studio prende in considerazione anche il contesto sociale, quello ambientale, economico etc.: si tratta di ambiti che, come ampiamente riconosciuto, hanno un ruolo fondamentale sulla Salute.

Le determinanti della Salute sono, infatti, molteplici: ad esempio gli stili di vita e le condizioni socio-economiche rappresentano elementi fondamentali da includere in una valutazione complessiva delle opportunità di tutela a integrazione del contributo fornito dall’assistenza erogata dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Lo studio, fin dalla sua prima edizione, adotta un concetto di *Performance* intrinsecamente multidimensionale: le dimensioni considerate nello studio sono le seguenti:

- 1) Appropriatazza
- 2) Economico-Finanziaria
- 3) Equità
- 4) Esiti
- 5) Innovazione
- 6) Sociale.

Lo studio, inoltre, adotta un approccio multi-prospettiva, raccogliendo e integrando il punto di vista di diverse categorie di *stakeholder* del sistema socio-sanitario: si tiene in tal modo presente che i portatori di interessi possono avere aspettative non necessariamente coincidenti sulle priorità nella tutela della salute.

La metodologia sviluppata per la valutazione della *Performance* compone le diverse Dimensioni citate e le diverse prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder* del sistema socio-sanitario, addivenendo ad un indicatore sintetico elaborato a livello regionale e per un periodo utile a coglierne la dinamica.

L’affinamento della metodologia ha, negli anni, beneficiato del supporto di un *Expert Panel* “*multi-stakeholder*”, attualmente composto da 114 esperti in rappresentanza degli Utenti, delle Istituzioni, del *Management* delle Aziende Sanitarie, delle Professioni sanitarie e dell’Industria *Life Sciences*.

Il *Panel* è chiamato a:

- individuare le Dimensioni della *Performance* e gli indicatori che le rappresentano

# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

- esprimere il “valore” attribuito alle determinazioni degli indicatori, partecipando ad un esercizio di elicitazione delle loro preferenze
- attribuire un “peso” (“valore relativo”) ai diversi indicatori, indicativo della disponibilità espressa dagli *stakeholder* a scambiare peggiori determinazioni di un indicatore con migliori di un altro, a parità di valutazione complessiva della *Performance*

Rispetto alle precedenti edizioni, sono state introdotte nuove analisi e specificatamente:

- la misurazione della dinamica della *Performance* (periodo 2019-2025)
- la stima della correlazione fra la dinamica della soddisfazione dei cittadini per i servizi del SSN e quella della misura della *Performance* in termini di tutela della salute
- la stima della correlazione fra la dinamica della misura di *Performance* elaborata e la soddisfazione dei cittadini nella fruizione dei servizi sanitari (appositamente indagata con una *survey* condotta su un campione rappresentativo della popolazione italiana).

## I risultati 2026

L'indice di *Performance* in tema di opportunità di tutela socio-sanitaria offerta ai propri cittadini, a livello regionale, oscilla da un massimo del 64% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) del Veneto, ad un minimo del 36% della Calabria.

I livelli di *Performance* regionali risultano, quindi, ancora significativamente distanti da un *target* potenzialmente ottimale; negli esercizi di elicitazione delle preferenze degli *stakeholder* è, infatti, emerso che i livelli migliori registrati negli indicatori difficilmente sono stati valutati portare un contributo alla *Performance* superiore all'80% del massimo possibile, a dimostrazione che gli attuali livelli di *Performance* non sono ritenuti ottimali in nessuna Regione: in altri termini, anche qualora una Regione avesse ottenuto il miglior risultato su tutti gli indicatori prescelti, sarebbe al massimo arrivata ad un indice di *Performance* vicino all'80%.

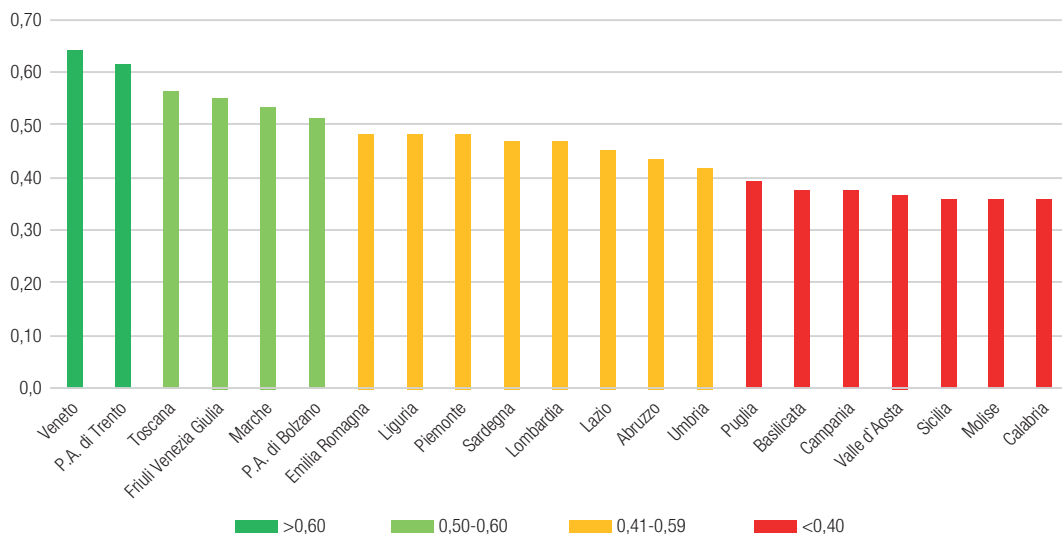
In termini comparativi, il divario tra le Regioni che si posizionano agli estremi del *range* rimane significativo: mentre le prime raggiungono livelli prossimi ai due terzi del massimo conseguibile, le ultime si collocano su valori inferiori al 40%, con circa un terzo delle Regioni che non supera tale soglia.

Qualitativamente, nel *ranking* Veneto e P.A. di Trento si confermano al vertice con livelli di tutela significativamente migliori, e superiori al 60%, seguiti da Toscana, Friuli Venezia Giulia, Marche e P.A. di Bolzano con livelli compresi tra il 56% e il 50%.

Emilia Romagna, Liguria e Piemonte, Sardegna, Lombardia, Lazio, Abruzzo e Umbria registrano valori nel range 40-50% della *Performance* massima.

Infine, Puglia, Basilicata, Campania, Valle d'Aosta, Sicilia, Molise e Calabria, si collocano su livelli inferiori al 40% della *Performance* massima.

## Indice di Performance



In termini di contributo alla *Performance*, si osserva come le Dimensioni Esiti ed Appropriatazza contribuiscano per oltre il 60%, seguite dalla dimensione Economico-finanziaria e Sociale; Equità e Innovazione presentano un contributo minore.

Rispetto alla precedente edizione dello studio, si registra una riduzione del contributo riconosciuto alle Dimensioni Equità ed Innovazione di -5,3 punti percentuali (p.p.) e, in misura minore di quella Sociale (-1,0 p.p.); aumenta invece il contributo degli Esiti (+6,9 p.p.) e, sebbene in maniera più contenuta, anche quello dell'Appropriatazza ed della Dimensione Economico-finanziaria (+3,2 e +1,6 p.p. rispettivamente).

La dinamica dei contributi alla *Performance* sembra indicare un ritorno di attenzione ai "fondamentali clinici", ovvero Esiti e Appropriatazza: una tendenza che potrebbe indicare che dopo vari anni in cui questi non si mettevano in "discussione", le attuali difficoltà del SSN possono portare a temere una involuzione.

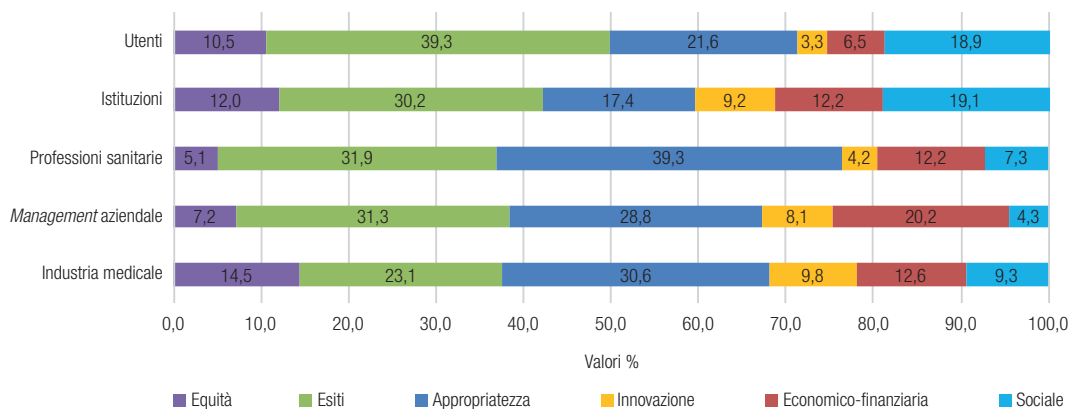
Difficoltà certamente dovuta anche agli aspetti economici, che sono anch'essi in crescita in termini di contributo alla *Performance*.

Assumendo questa ottica non stupisce che l'integrazione con il Sociale e l'Innovazione siano quindi per ora accantonate, se non altro per carenza di risorse sufficienti: rimane più difficile dare una spiegazione all'arretramento sul versante dell'Equità.

Approfondendo le priorità secondo le diverse categorie di *stakeholder*, le Dimensioni Esiti e Appropriatazza rappresentano priorità generalizzate, ma per le Istituzioni e gli Utenti anche la dimensione Sociale rimane rilevante; la crescita della Dimensione Economico-Finanziaria risulta più marcata per il *Management della Aziende Sanitarie* e per i rappresentanti delle *Professioni sanitarie*, presumibilmente a conferma di un disagio ed alla consapevolezza di non riuscire più a governare il sistema in carenza di risorse.

# “Livelli di tutela della Salute: le Performance Regionali”

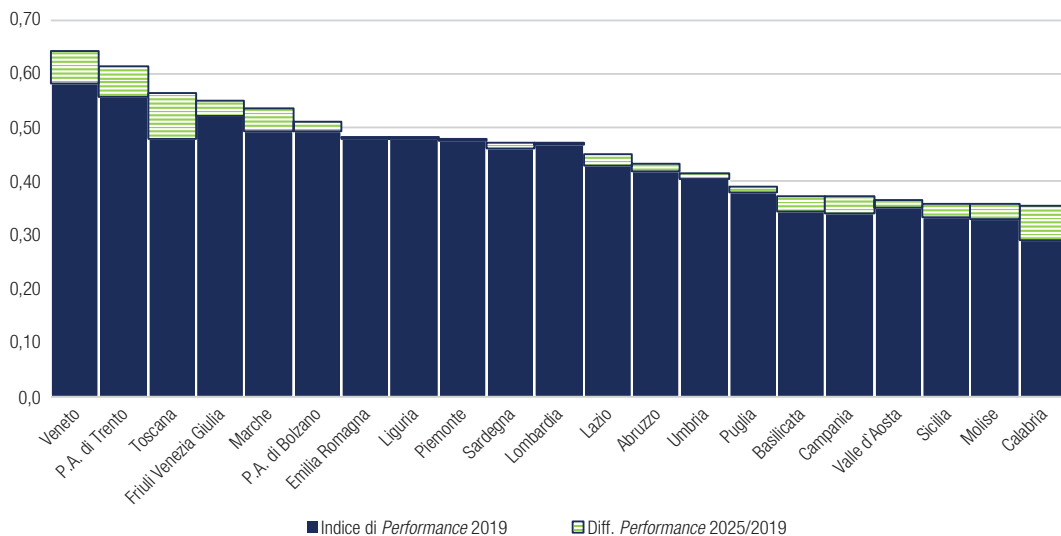
## Contributo delle dimensioni alla Performance per categoria di stakeholder



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

Malgrado i livelli della *Performance* rimangano complessivamente distanti dai valori ottimali, si può osservare come nel periodo 2019-2025 si sia registrato un miglioramento dell'indice complessivo di *Performance*: la media degli indici regionali passa dal 43,4% al 46,1%; il miglioramento ha interessato tutte le ripartizioni geografiche, ma in particolare le realtà del Centro (+0,04 p.p.) e del Mezzogiorno (+0,03 p.p. in media), a seguire quelle del Nord (+0,02 p.p.).

## Indice di Performance 2019 e 2025



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità



# “Livelli di tutela della Salute: le Performance Regionali”

dinamica della soddisfazione dei cittadini per i servizi del SSN.

A tal fine, è stata condotta una apposita *survey* su un campione rappresentativo della popolazione italiana, deputata a raccogliere la percezione dei cittadini in termini di miglioramento/peggioramento registrato, nel medio periodo, all'atto delle loro esperienze nell'accesso ai Servizi Sanitari Regionali.

La quota di cittadini che hanno indicato di avere una percezione di miglioramento nel medio periodo dei servizi del SSN è contenuta, oscillando da un minimo dell'8,6% ad un massimo del 25,9%, con la maggior parte delle Regioni collocate tra il 17% e il 22%.

La quota di intervistati che hanno percepito un miglioramento dei servizi del SSN è stata massima in Abruzzo e Molise (25,9%), seguite da Lombardia (22,9%), Veneto (22,7%) e Umbria (22,6%). In queste realtà oltre un quinto della popolazione percepisce un miglioramento.

## Percezione miglioramento servizi SSN, per tipologia (% cittadini)

|                       | Assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118, ecc.) | Ricovero ospedaliero programmato | Prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione | Prestazioni ambulatoriali | MMG e guardia medica | Ricoveri in residenze | Assistenza al proprio domicilio | Assistenza alle persone non autosufficienti | Facilità nel reperire i farmaci |      |
|-----------------------|---|----------------------------------|---|---------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------------|---|---------------------------------|------|
| Italia                | 18,6  | 17,4                             | 23,5  | 18,4                      | 20,1                 | 14,5                  | 14,6                            | 16,8  | 30,0                            | 40,5 |
| Piemonte              | 12,6  | 14,0                             | 20,3  | 17,2                      | 19,0                 | 15,1                  | 14,6                            | 18,6  | 29,8                            |      |
| Valle d'Aosta         | 12,6  | 14,0                             | 20,3  | 17,2                      | 19,0                 | 15,1                  | 14,6                            | 18,6  | 29,8                            |      |
| Lombardia             | 20,7  | 22,3                             | 30,2  | 22,5                      | 21,2                 | 17,3                  | 17,4                            | 21,4  | 33,1                            |      |
| P.A. di Bolzano       | 10,5  | 11,1                             | 7,3   | 4,8                       | 9,5                  | 5,9                   | 5,9                             | 5,9   | 16,7                            |      |
| P.A. di Trento        | 10,5  | 11,1                             | 7,3   | 4,8                       | 9,5                  | 5,9                   | 5,9                             | 5,9   | 16,7                            |      |
| Veneto                | 25,0  | 21,1                             | 36,4  | 19,8                      | 14,6                 | 13,8                  | 18,6                            | 22,0  | 32,6                            |      |
| Friuli Venezia Giulia | 15,4  | 24,0                             | 15,6  | 15,2                      | 25,0                 | 5,6                   | 4,8                             | 9,5   | 36,4                            |      |
| Liguria               | 24,2  | 26,7                             | 25,7  | 17,9                      | 23,7                 | 11,5                  | 17,2                            | 16,7  | 32,4                            |      |
| Emilia Romagna        | 19,0  | 20,4                             | 17,9  | 16,2                      | 21,2                 | 8,2                   | 15,5                            | 15,0  | 21,4                            |      |
| Toscana               | 20,0  | 22,2                             | 18,3  | 17,6                      | 17,2                 | 7,7                   | 13,3                            | 13,8  | 23,0                            |      |
| Umbria                | 25,0  | 35,0                             | 20,8  | 16,0                      | 29,6                 | 20,0                  | 16,7                            | 5,9   | 34,6                            |      |
| Marche                | 15,2  | 6,3                              | 17,6  | 16,7                      | 18,9                 | 17,2                  | 13,8                            | 7,1   | 40,5                            |      |
| Lazio                 | 20,2  | 17,4                             | 32,6  | 21,6                      | 23,5                 | 14,7                  | 12,6                            | 11,8  | 34,0                            |      |
| Abruzzo               | 30,3  | 20,6                             | 26,5  | 22,5                      | 24,4                 | 32,0                  | 18,5                            | 23,1  | 35,0                            |      |
| Molise                | 30,3  | 20,6                             | 26,5  | 22,5                      | 24,4                 | 32,0                  | 18,5                            | 23,1  | 35,0                            |      |
| Campania              | 18,2  | 15,6                             | 25,6  | 17,4                      | 20,9                 | 11,8                  | 15,8                            | 16,5  | 30,8                            |      |
| Puglia                | 20,4  | 13,5                             | 21,8  | 21,4                      | 22,3                 | 14,3                  | 16,1                            | 19,5  | 29,4                            |      |
| Basilicata            | 20,4  | 13,5                             | 21,8  | 21,4                      | 22,3                 | 14,3                  | 16,1                            | 19,5  | 29,4                            |      |
| Calabria              | 16,7  | 18,4                             | 22,2  | 17,8                      | 19,6                 | 18,8                  | 15,8                            | 17,6  | 32,6                            |      |
| Sicilia               | 15,7  | 14,9                             | 20,5  | 15,8                      | 18,6                 | 14,0                  | 12,0                            | 12,6  | 31,1                            |      |
| Sardegna              | 10,5  | 8,3                              | 17,9  | 14,3                      | 11,9                 | 18,2                  | 12,1                            | 22,6  | 22,0                            | 4,8  |

Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

All'estremo opposto si collocano il Trentino-Alto Adige (8,6%), che rappresenta un *outlier*, e la Sardegna (15,3%), seguite da Friuli Venezia Giulia (16,8%), Toscana (17,0%) e Marche (17,0%). In queste Regioni meno di un cittadino su sei percepisce un miglioramento: ricordiamo che evidentemente appare più difficile far percepire miglioramenti nelle Regioni più "performanti".

Non si osserva, invece, alcuna correlazione tra la quota di cittadini che hanno percepito un miglioramento e l'indice di *Performance* regionale elaborato, e neppure con la sua dinamica nel periodo 2019-2025.

La relazione tra soddisfazione per i servizi e la percezione di miglioramento, evidenzia anche come, pur risultando dimensioni correlate, siano solo in parte sovrapponibili: in alcune Regioni, infatti, si osservano livelli relativamente elevati di soddisfazione anche in presenza di *Performance* contenute, fenomeno attribuibile sia a una compensazione legata alla percezione degli esiti di salute, sia a differenti livelli di aspettativa dei cittadini rispetto ai servizi.

Considerando le singole aree assistenziali, per l'assistenza ospedaliera non programmata (emergenza-urgenza etc.) la quota di popolazione che ha percepito un miglioramento risulta pari al 18,6%, al 17,4% per i ricoveri programmati e al 18,4% per le prestazioni ambulatoriali. Quote superiori di cittadini che percepiscono un miglioramento si osservano per l'accesso ai farmaci, per il quale si raggiunge il 30,0% a livello nazionale, nettamente al di sopra degli altri indicatori; seguono la prevenzione (23,5%) ed il rapporto con MMG, continuità assistenziale (20,1%).

Di contro, risulta generalmente minore la quota di cittadini che hanno percepito miglioramenti dei servizi legati all'assistenza territoriale, con il 14,6% per l'assistenza domiciliare e 16,8% per quella ai non autosufficienti.

Rimanendo a livello di area assistenziale, dal confronto tra l'indice medio di soddisfazione dei cittadini per i servizi del SSN, risultante dall'indagine effettuata nella precedente annualità, e la quota di popolazione che dichiara di avere percepito un miglioramento dei servizi del SSN, emerge un parallelismo: livelli più alti di soddisfazione per i servizi si accompagnano ad una quota maggiore di cittadini che percepiscono un miglioramento, ancorché la variabilità del secondo indicatore è maggiore.

Questo parallelismo può indicare che il *gap* tra le aree con migliore e peggiore soddisfazione continua ad allargarsi; oppure può essere indicativo di una difficoltà che i Servizi regionali incontrano a far percepire miglioramenti in alcune specifiche aree ed in particolare in quelle dell'assistenza territoriale (residenze, domiciliare, LTC).

Tornando alla correlazione tra la quota di cittadini che hanno percepito un miglioramento e l'indice di *Performance* regionale elaborato, possiamo osservare che pur essendosi registrati miglioramenti dei livelli di tutela della salute a livello regionale, sembrerebbe essi non risultino adeguatamente percepiti dall'utenza, o per lo meno non in modo generalizzato: i progressi risultano più evidenti e riconosciuti nei servizi più strutturati, mentre permangono criticità e disuguaglianze nei servizi territoriali e nella gestione della non autosufficienza, dove gli eventuali miglioramenti faticano a tradursi in benefici percepiti in

# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

modo diffuso dalla popolazione.

In sintesi, gli ambiti dell'assistenza territoriale e della presa in carico della non autosufficienza (assistenza domiciliare, ricoveri in residenze, assistenza ai non autosufficienti) si caratterizzano per:

- livelli di soddisfazione inferiori alla sufficienza
- elevata variabilità infraregionale
- quote minori di popolazione che percepisce miglioramenti nei servizi del SSN.

Tali evidenze confermano come queste aree rappresentino il principale punto di debolezza del sistema, coerentemente con quanto emerso in termini di contributo delle dimensioni Sociale e Appropriatezza, dove la presa in carico extra-ospedaliera continua a non raggiungere livelli soddisfacenti neppure nelle Regioni più “performanti”.

Al contrario, i servizi più strutturati e standardizzati, quali l'accesso ai farmaci, l'assistenza ospedaliera non programmata e, in parte, la prevenzione, presentano livelli più elevati e uniformi sia di soddisfazione sia di miglioramento percepito (con valori che raggiungono il 30% a livello nazionale e superano il 40% in alcune realtà regionali). Ciò evidenzia una maggiore maturità organizzativa di tali ambiti e una maggiore capacità di rendere visibili ai cittadini i progressi realizzati.

Nel complesso, i risultati dello studio 2026 sulle opportunità di tutela della salute a livello regionale evidenziano che:

- la *Performance* del sistema sanitario è in un, pur lento, miglioramento
- rimane però distante dai livelli ottimali attesi
- il *gap* di *Performance* fra le Regioni rimane rilevante anche se in lieve riduzione
- la riduzione deriva anche da una apparente staticità delle *Performance* nelle Regioni “migliori”, a suggerire l'esistenza di limiti strutturali (legati in particolare alla disponibilità di risorse e all'organizzazione dei servizi territoriali) che condizionano la capacità di miglioramento e di rendere tali miglioramenti percepibili dai cittadini
- il *ranking* regionale rimane piuttosto stabile nel tempo
- la soddisfazione dei cittadini è mediamente positiva, ma non sempre coerente con i livelli oggettivi di *Performance*
- la percezione di miglioramento risulta limitata (appena un quinto della popolazione) e fortemente eterogenea nei diversi territori e ambiti di assistenza
- le principali criticità si concentrano nei servizi territoriali e di risposta in termini di *Long Term Care*
- i servizi più consolidati risultano, invece, più uniformi, soddisfacenti e capaci di generare percezione di miglioramento.

In conclusione, i risultati dello studio 2026 confermano la complessità e multidimensionalità dei fenomeni che incidono sulle opportunità di tutela della salute a livello regionale: in particolare, si conferma che la *Performance* in termini di tutela, la soddisfazione dei cittadini per i servizi del SSN, nonché la loro percezione dei miglioramenti, rappresentano dimensioni interconnesse ma distinte, rendendo essenziale una loro analisi integrata, finalizzata a orientare le priorità di intervento.

## 1. Introduzione

Lo studio “Opportunità di tutela della Salute: Le *Performance Regionali*”, giunto nel 2026 alla sua XIV edizione, ha l’obiettivo di valutare le effettive opportunità di tutela della salute di cui beneficiano i cittadini nelle diverse Regioni, sia in termini di livello sia di evoluzione nel tempo.

Coerentemente con l’approccio “*Health in All Policies*”, lo studio, oltre la dimensione strettamente sanitaria, prende in considerazione il contesto sociale, ambientale, economico etc., nella misura in cui essi incidono sugli esiti di salute. Come ampiamente riconosciuto, infatti, le determinanti della salute sono molteplici e non si limitano all’assistenza erogata dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN): fattori quali gli stili di vita, le condizioni socio-economiche e la qualità della vita rappresentano elementi fondamentali da includere in una valutazione complessiva delle opportunità di tutela.

Lo studio, quindi, adotta fin dalla sua prima edizione un concetto di *Performance* intrinsecamente multidimensionale. Le dimensioni considerate nella valutazione sono:

- 1) Appropriatazza
- 2) Economico-Finanziaria
- 3) Equità
- 4) Esiti
- 5) Innovazione
- 6) Sociale.

La rilevanza di tali dimensioni è evidente: ci limitiamo a segnalare come, nel contesto italiano, l’Equità assume un ruolo essenziale, in quanto direttamente connessa al principio costituzionale di tutela pubblica della salute.

Lo studio adotta, inoltre, un approccio multi-prospettiva, integrando il punto di vista dei diversi *stakeholder* del sistema socio-sanitario, in quanto portatori di interessi e aspettative non necessariamente coincidenti.

Vengono considerate cinque prospettive (categorie di *stakeholder*): quella degli Utenti, delle Istituzioni (nazionali, regionali e locali), dei Professionisti sanitari, del *Management* della sanità e dell’Industria delle *Life Sciences*.

Un ulteriore aspetto che merita di essere evidenziato riguarda la natura dinamica del concetto di tutela della salute: la prioritizzazione degli obiettivi di tutela è infatti influenzata dalle trasformazioni del contesto sociale, economico, culturale e politico e, pertanto, evolve nel tempo.

Dal punto di vista metodologico, lo studio prevede l’elicitazione delle preferenze, in tema di tutela della salute, di un *Panel* di *stakeholder*, utilizzate per produrre un indice sintetico di *Performance*.

Il *Panel* è composto da 114 componenti, con una distribuzione sostanzialmente bilanciata tra le diverse Categorie di *stakeholder* e tra le diverse ripartizioni geografiche di provenienza. In particolare, fanno parte del *Panel*:

# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

- 19 rappresentanti delle Istituzioni: 3 nazionali e 14 regionali e 2 locali
- 13 rappresentanti degli Utenti/Cittadini: fra questi Presidenti/Coordinatori nazionali di Associazioni dei pazienti
- 30 rappresentanti delle Professioni sanitarie (Presidenti di Società Scientifiche e Associazioni di categoria)
- 38 componenti del *Management* delle Aziende sanitarie: 36 Direttori Generali di aziende sanitarie, 2 Direttori Sanitari di aziende sanitarie, 1 (già) Presidente di Fondazione
- 14 rappresentanti dell'Industria *Life Sciences*: 2 di associazioni di categoria e 12 di industrie farmaceutiche e/o di dispositivi medici.

Lo sviluppo del progetto, in continuità con le precedenti edizioni dello studio, ha previsto le seguenti fasi:

- individuazione delle Dimensioni della *Performance*
- individuazione del *set* di indicatori rappresentativo delle suddette Dimensioni
- elicitazione del “valore” che i componenti del *Panel* attribuiscono alle determinazioni degli indicatori
- elicitazione del “peso” (“valore relativo”) attribuito dai componenti del *Panel* ai diversi indicatori, indicativo della disponibilità espressa dagli *stakeholder* a scambiare peggiori determinazioni di un indicatore con migliori di un altro, a parità di valutazione complessiva della *Performance*
- elaborazione dell'indice sintetico di *Performance*, secondo le diverse prospettive espresse dagli *stakeholder* e il contributo che ad esso danno le diverse Dimensioni.

Rispetto alle precedenti edizioni, sono state introdotte nuove analisi e specificatamente:

- la misurazione della dinamica della *Performance* (nel periodo 2019-2025)
- la stima della correlazione fra la dinamica della soddisfazione dei cittadini e quella della misura di *Performance*
- la stima della correlazione fra la dinamica della misura di *Performance* elaborata e la soddisfazione dei cittadini nella fruizione dei servizi sanitari (appositamente indagata con una *survey* condotta su un campione rappresentativo della popolazione italiana)

Nei capitoli successivi, dopo un sintetico richiamo alla metodologia adottata, viene descritto nel dettaglio il percorso seguito fino alla determinazione dell'indice sintetico di *Performance*, concludendo con la discussione dei risultati e delle evidenze emerse con le nuove analisi sopra citate.

## 2. Metodologia

Assumendo che la natura della *Performance* in ambito socio-sanitario sia caratterizzata da soggettività, multidimensionalità e sistematicità (Geert Bouckaert, 2008), lo studio adotta un approccio multidimensionale e multiprospettico, come anticipato nel paragrafo introduttivo.

L'approccio si è consolidato nel tempo, arrivando, negli ultimi anni, a raggiungere una sostanziale costanza nella applicazione della metodologia, al netto dell'aggiornamento delle Dimensioni considerate, che tuttavia non hanno subito modifiche nelle ultime quattro edizioni.

Per tale motivo, si rimanda alle precedenti pubblicazioni dello studio per quanto concerne gli aspetti metodologici, e nel seguito ci si limita a richiamare solo gli elementi più rilevanti dell'implementazione operativa del processo di valutazione.

Quest'ultimo si inserisce nel paradigma dell'analisi delle decisioni: definiti gli obiettivi di valutazione, viene individuato un insieme di indicatori in grado di rappresentarli; sulla base delle determinazioni assunte da questi ultimi, si configurano differenti scenari di *Performance*, rispetto ai quali l'obiettivo è identificare quello ritenuto preferibile dagli *stakeholder*, nonché misurarne la distanza rispetto agli altri.

In presenza di molteplici prospettive, il processo decisionale di scelta dello scenario preferibile ha seguito una logica "democratica", nel senso che si sono "mediati" i diversi punti di vista degli *stakeholder* del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

L'approccio si distingue, quindi, da quelli tipicamente tecnocratici, quali quelli utilizzati a livello istituzionale, nei quali la *Performance* viene valutata in termini di grado di raggiungimento di obiettivi e priorità prefissati, desunti dalle volontà di programmazione delle Istituzioni di *welfare* pubblico a livello nazionale e/o regionale.

La determinazione dello scenario di *Performance* "ottimale" si basa, quindi, sull'elicitazione delle preferenze (utilità) attribuite dagli *stakeholder* alle diverse Dimensioni (rappresentate mediante un set di indicatori). Operativamente, ciascun membro del *Panel* ha svolto in autonomia, in modalità *computer-assisted*, un esercizio finalizzato all'elicitazione delle preferenze, utilizzando un applicativo *web-based* sviluppato ad hoc dal team di ricerca del C.R.E.A. Sanità.

Gli esiti del processo di elicitazione sono stati successivamente elaborati mediante il software *Logical Decisions*<sup>®</sup> (versione 8.0) che, utilizzando una funzione di utilità multi-attributo, stima i pesi attribuiti agli indicatori e, per aggregazione, alle diverse Dimensioni.

Si noti che i livelli osservati degli indicatori (determinazioni) vengono trasformati in livelli di contributo alla *Performance* ("utilità"), superando in tal modo una logica di mera proporzionalità fra livello dell'indicatore e livello di contributo alla *Performance*. La trasformazione in un'unica unità di misura ("utilità"), inoltre, consente una normalizzazione degli indicatori, e conseguentemente l'aggregazione per Dimensione, e poi fino all'indice unico di *Performance*.

La metodologia adottata implica che la variazione di un indicatore o Dimensione (e

# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

quindi del suo contributo alla *Performance*), possa essere compensata da una variazione (di “segno” opposto) di un altro indicatore o Dimensione. In altri termini, un peggioramento su una determinata Dimensione può essere controbilanciato da un miglioramento su un'altra, e viceversa.

## Le attività 2026

Il primo *meeting dell'Expert Panel* si è svolto in data 5.5.2026: in tale occasione sono stati sottoposti al *Panel* 59 indicatori preselezionati dal C.R.E.A. Sanità al fine di garantirne le caratteristiche di standardizzazione e ripetibilità.

Nella costruzione del *set*, C.R.E.A. Sanità ha considerato le indicazioni del *Panel*, ricevute in occasione delle precedenti edizioni dello studio, in tema di priorità di tutela: in particolare, sono stati aggiunti ex novo indicatori legati alla messa a terra dei recenti provvedimenti normativi (D.M. 77/2022, PNRR), quali digitalizzazione ed attivazione delle Case di Comunità, alla qualità di vita percepita in termini di salute, di appropriatezza in termini di casistica minima delle strutture (D.M. 70/2015), nonché di livello di integrazione socio-sanitaria nei distretti della Aziende sanitarie etc..

Dal *set* proposto il *Panel* ha selezionato un sottoinsieme di 22 indicatori, poi utilizzati nel proseguo dello studio.

Durante il *meeting*, sono stati, inoltre, condivisi con il *Panel* i risultati della *survey* effettuata su un campione rappresentativo della popolazione italiana nel 2025, al fine di misurare l'esperienza dei cittadini (*Patient Reported Experience Measurements - PREMs*) con i Servizi Sanitari Regionali.

Dalla *survey* era emerso come l'integrazione socio-sanitaria, la prevenzione e l'assistenza alla non autosufficienza fossero ritenute le aree di maggiore insoddisfazione da parte dei cittadini/pazienti; il risultato correla con la valutazione del *Panel*, che aveva considerato le stesse aree come strategiche per la sostenibilità del SSN.

Il dibattito apertosi fra i membri del *Panel* ha evidenziato la necessità di approfondire i motivi di tale insoddisfazione dei cittadini, potendosi attribuire ad una mancanza di percezione della *Performance* dovuta all'inadeguatezza degli indicatori, oppure ad una carenza di offerta, o ancora ad una effettivamente insoddisfacente qualità dell'offerta, piuttosto che dall'aspettativa di poter disporre di una tipologia di offerta diversa.

## 3. Risultati

### 3.1. Selezione degli indicatori di *Performance*

Un primo risultato che va citato è quello della identificazione che il che il *Panel* ha fatto degli indicatori ritenuti maggiormente rappresentativi per le diverse Dimensioni della *Performance*; il criterio adottato per la selezione degli indicatori è stato quello di raggrupparli in base alle Dimensioni (e ove possibile alle diverse accezioni delle Dimensioni rappresentate), e quindi fare votare i membri del *Panel* quali fossero maggiormente rappresentativi (preordinandone il numero massimo), scegliendo poi quelli indicati dalla maggioranza delle singole categorie di *stakeholder*, dopo una opportuna verifica del grado di convergenza tra le diverse categorie di *stakeholder*.

Il *set* finale selezionato per le successive fasi dello studio è composto da 22 indicatori su 59: 3 per ciascuna delle Dimensioni Equità, Innovazione, Economico-finanziaria e Sociale, e 5 per le dimensioni Esiti e Appropriatezza che contengono una maggiore variabilità nelle loro possibili determinazioni.

La tabella seguente riporta l'elenco degli indicatori adottati.

| DIMENSIONE                   | INDICATORE  |
|------------------------------|---|
| <b>Appropriatezza</b>        | Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche  |
|                              | Quota di interventi per cancro della mammella, della prostata e del polmone effettuati in strutture con casistiche congrue con i livelli minimi indicati dal D.M. 70/2015 |
|                              | Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde                                      |
|                              | Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e <i>screening</i> )   |
|                              | Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata   |
| <b>Economico-finanziaria</b> | Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali  |
|                              | Spesa sanitaria pubblica pro-capite: <i>gap</i> rispetto alla media EU  |
|                              | Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata  |

## “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Equità</b>      | Quota mobilità passiva effettiva per DRG a bassa o media complessità   |
|                    | Quota di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie (per motivi economici, di distanza, liste d’attesa, orari scomodi, etc.) |
|                    | Quota di prestazioni con priorità B eseguite nei tempi previsti  |
| <b>Esiti</b>       | Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti   |
|                    | Indice di salute mentale   |
|                    | Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite  |
|                    | Speranza di vita senza limitazioni funzionali ( <i>over 65 anni</i> )  |
|                    | Qualità di vita percepita in termini di salute   |
| <b>Innovazione</b> | Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive   |
|                    | Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE  |
|                    | Quota Casa di Comunità con almeno un servizio attivo   |
| <b>Sociale</b>     | Tasso di <i>over 75 anni</i> non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale                                     |
|                    | Tasso di disabili e/o anziani, che ricevano assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari                                |
|                    | Quota di distretti con integrazione socio-sanitaria  |

A seguire si riporta una descrizione degli indicatori proposti e selezionati (le relative schede sintetiche descrittive sono disponibili in appendice), con i risultati delle votazioni.

## Dimensione Appropriatelyzza

Per la dimensione Appropriatelyzza sono stati proposti dodici indicatori:

- “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche”
- “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell’anziano e *screening*)”
- “Tasso di adesione *screening* cervicale, mammografico e colonrettale”
- “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata”
- “Tasso di popolazione (>14 anni) trattata in assistenza domiciliare integrata (Intensità assistenziale base)”
- “Quota di accessi al Pronto Soccorso con codice di dimissione bianco o verde”
- “Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde”
- “STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti dall’accesso nella struttura di ricovero/*service*”
- “Quota di interventi per cancro della mammella, della prostata e del polmone effettuati in strutture con casistiche congrue con i livelli minimi indicati dal D.M. 70/2015”
- “Tasso di pazienti dimessi vivi non al domicilio”
- “Tasso di pazienti ricoverati per ictus dimessi in istituti di riabilitazione”
- “Quota di pazienti diabetici trattati con le indicazioni previste dal PDTA diabete”

Il primo è stato proposto come rappresentativo dell’appropriatezza in termini di presa in carico dei cronici in regime extra-ospedaliero; il secondo ed il terzo come indicativi del livello di adesione alle campagne di prevenzione (solo *screening* e *screening* e coperture vaccinali nel bambino e nell’anziano); il quarto ed il quinto riguardano l’erogazione dell’assistenza domiciliare integrata (solo agli anziani o a tutta la popolazione anche per bassa complessità assistenziale); il sesto ed il settimo come misura dell’(in)appropriatezza di accesso al servizio di emergenza-urgenza ospedaliera; gli ultimi cinque sono stati proposti come misure dell’appropriatezza organizzativa (dimissione in strutture riabilitative, rispetto dei tempi per le prestazioni tempo dipendenti, erogazione di trattamenti oncologici in strutture sanitarie con casistica allineata alle indicazioni ministeriali).

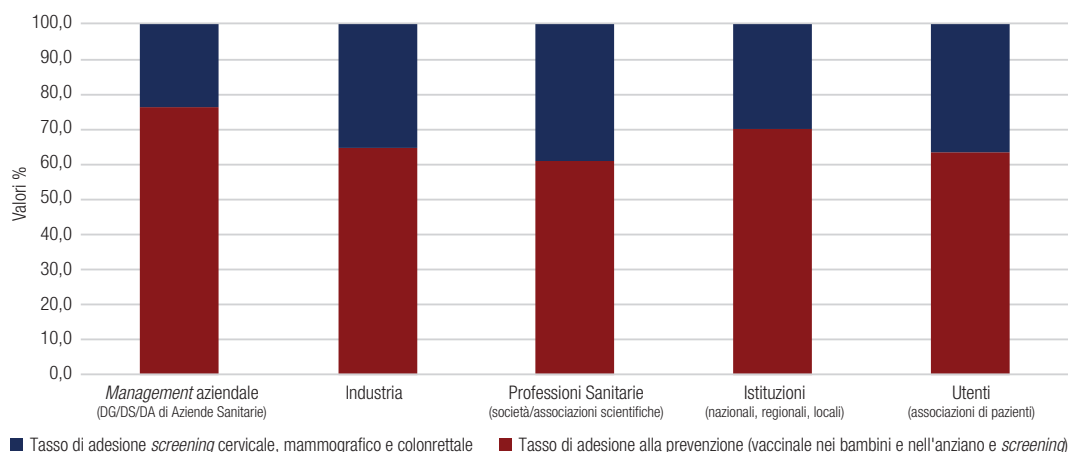
# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Fra gli indicatori preselezionati relativi al livello di adesione alle campagne di prevenzione (*screening* e coperture vaccinali), a seguito di votazione, il *Panel* ha ritenuto preferibile utilizzare quello del “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell’anziano e *screening*)”.

L’indicatore è stato preferito (Figura 1) dal:

- 63,3% dei votanti della Categoria Utenti
- 70,0% della Categoria Istituzioni
- 60,8% della Categoria Professioni Sanitarie
- 76,2% della Categoria *Management* Aziendale
- 64,7% dell’Industria *Life Sciences*.

**Figura 1**  
**Adesione alla prevenzione**  
**Distribuzione voti per Categoria di *stakeholder***



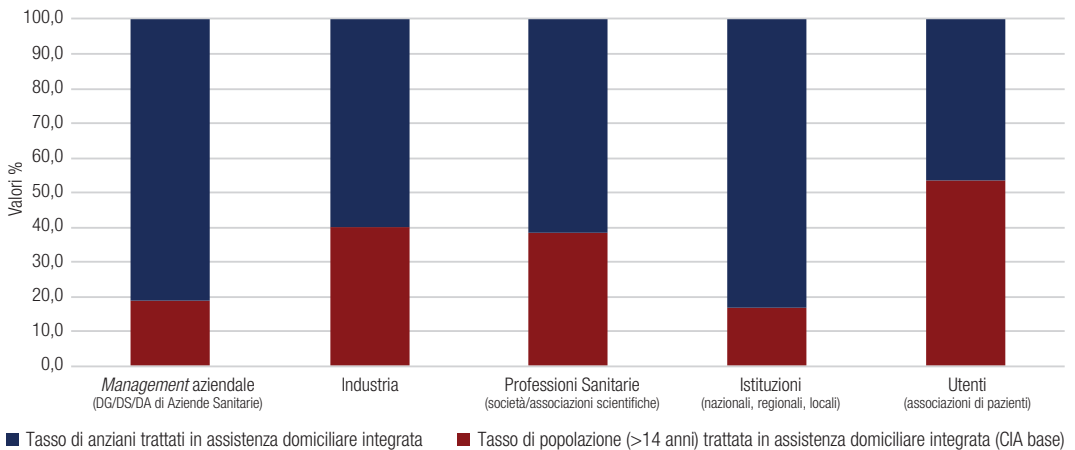
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Per gli indicatori relativi all'assistenza domiciliare il *Panel* ha ritenuto preferibile utilizzare quello del "Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata".

L'indicatore è stato preferito (Figura 2) dal:

- 46,7% dei votanti della Categoria Utenti
- 83,3% della Categoria Istituzioni
- 61,5% della Categoria Professioni Sanitarie
- 81,0% della Categoria *Management* Aziendale
- 60,0% dell'Industria *Life Sciences*.

**Figura 2**  
**Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata**  
**Distribuzione voti per Categoria di stakeholder**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'*Expert Panel*

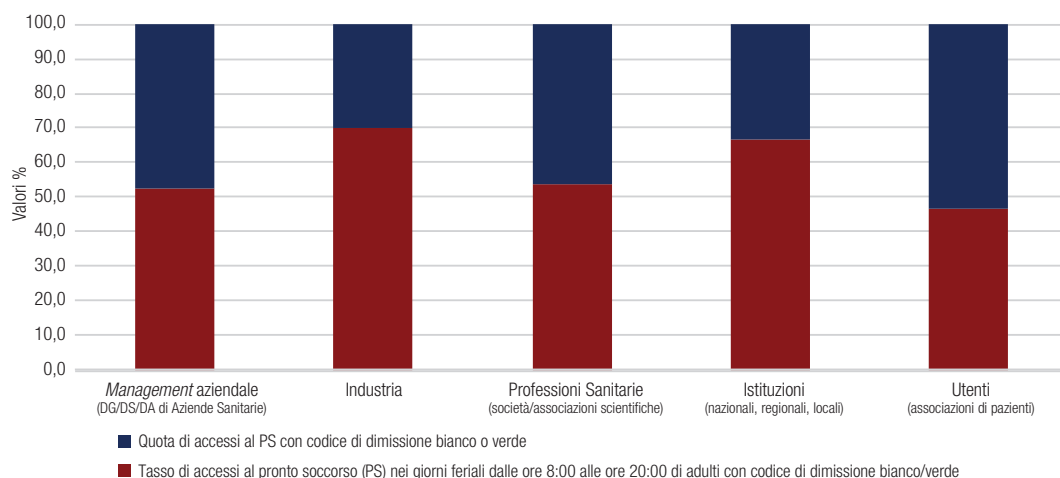
# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Per quelli relativi all'(in)appropriatezza di accesso al servizio di emergenza-urgenza ospedaliera il *Panel* ha ritenuto preferibile utilizzare quello del “Tasso di accessi al pronto soccorso (PS) nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde”.

L'indicatore è stato preferito (Figura 3) dal:

- 46,7% dei votanti della Categoria Utenti
- 66,7% della Categoria Istituzioni
- 53,8% della Categoria Professioni Sanitarie
- 52,4% della Categoria *Management* Aziendale
- 70,0% dell'Industria *Life Sciences*.

**Figura 3**  
**Accesso al pronto soccorso**  
**Distribuzione voti per Categoria di *stakeholder***



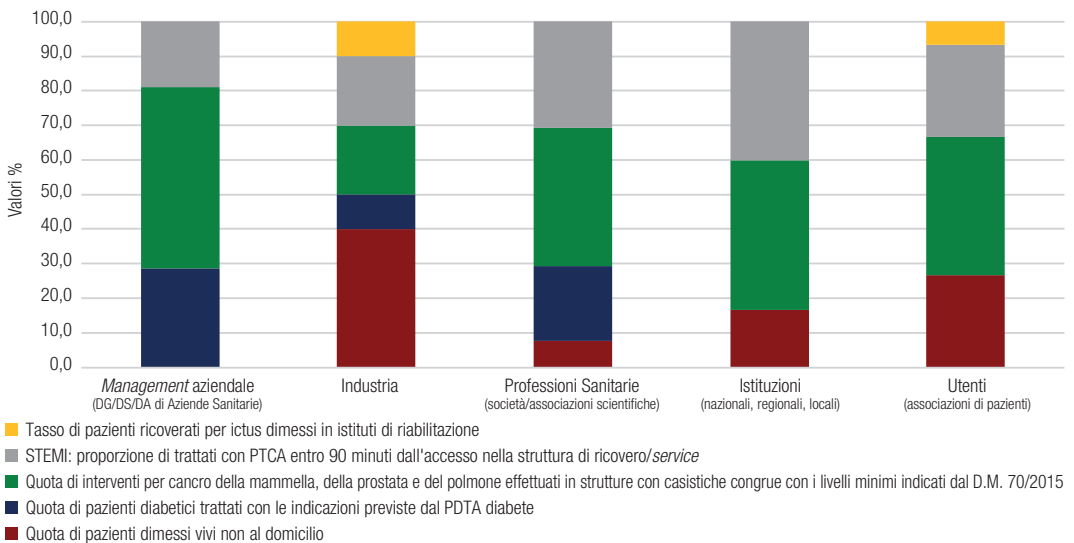
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'*Expert Panel*

Per l'appropriatezza organizzativa sono stati sottoposti a votazione 5 indicatori ed il *Panel* ha ritenuto di preferire la “Quota di interventi per cancro della mammella, della prostata e del polmone effettuati in strutture con casistiche congrue con i livelli minimi indicati dal D.M. 70/2015”.

L'indicatore (Figura 4) è stato ritenuto preferibile dal:

- 40,0% dei votanti della Categoria Utenti
- 43,3% della Categoria Istituzioni
- 40,0% della Categoria Professioni Sanitarie
- 52,4% della Categoria *Management Aziendale*
- 20,0% dell'Industria *Life Sciences*.

**Figura 4**  
**Appropriatezza organizzativa**  
**Distribuzione voti per Categoria di stakeholder**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Ricapitolando, i cinque indicatori selezionati per rappresentare la Dimensione Appropriatezza sono risultati:

- “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche”
- “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e *screening*)”
- “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata”
- “Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde”
- “Quota di interventi per cancro della mammella, della prostata e del polmone effettuati in strutture con casistiche congrue con i livelli minimi indicati dal D.M. 70/2015”

## Dimensione Economico-Finanziaria

Per quanto concerne la Dimensione Economico-Finanziaria, sono stati proposti per la valutazione cinque indicatori:

- “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata”
- “Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* rispetto alla media EU”
- “Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata”
- “Spesa sociale dei comuni (integrazione con sanitario, assistenza domiciliare, *voucher* etc.)”
- “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali”.

I primi quattro indicatori sono stati proposti come rappresentativi della spesa sanitaria e sociale totale e pubblica; ed il quinto della spesa privata.

I primi quattro sono stati sottoposti alla votazione ed il *Panel* ha ritenuto preferibile conservarne due: “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata” e “Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* rispetto alla media EU”.

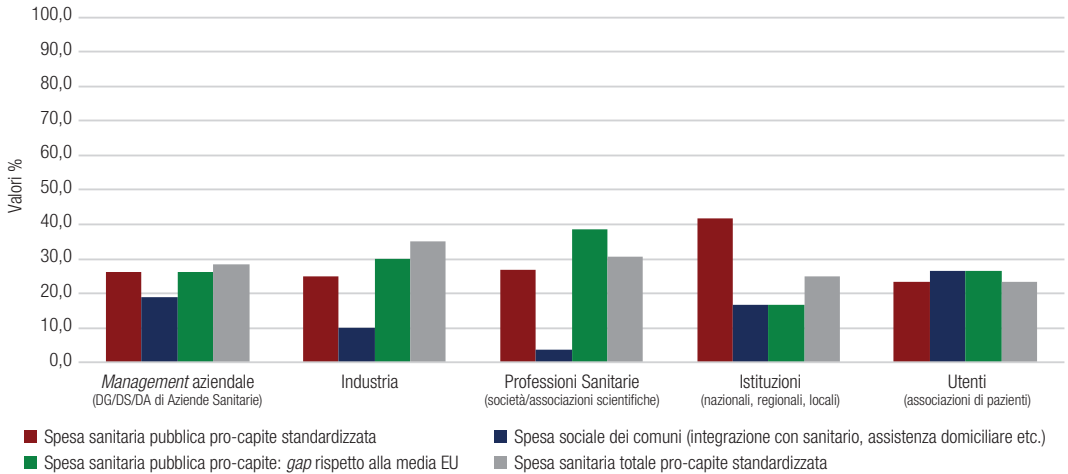
L'indicatore “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata” è stato preferito dal (Figura 5):

- 23,3% dei votanti della Categoria Utenti
- 25,0% della Categoria Istituzioni
- 30,8% della Categoria Professioni Sanitarie
- 28,6% della Categoria *Management* Aziendale
- 35,0% dell'Industria *Life Sciences*.

L'indicatore “Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* rispetto alla media EU” è stato preferito dal (Figura 5):

- 26,7% dei votanti della Categoria Utenti
- 16,7% della Categoria Istituzioni
- 38,5% della Categoria Professioni Sanitarie
- 26,2% della Categoria *Management* Aziendale
- 30,0% dell'Industria *Life Sciences*.

**Figura 5**  
**Spesa sanitaria totale e pubblica**  
**Distribuzione voti per Categoria di stakeholder**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Ricapitolando, per rappresentare la Dimensione Economico-Finanziaria sono stati selezionati i tre indicatori:

- “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata”
- “Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* rispetto alla media EU”
- “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali”.

## Dimensione Equità

Per la Dimensione Equità sono stati sottoposti alla valutazione del *Panel* sette indicatori:

- “Quota di mobilità passiva effettiva per DRG a bassa o media complessità”
- “Quota di prestazioni con priorità B eseguite nei tempi previsti”
- “Tasso di difficoltà di accesso ad alcuni servizi (farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, etc.)”
- “Quota di prestazioni con priorità D eseguite nei tempi previsti”
- “Quota di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie (per motivi economici, distanza, liste d’attesa, orari scomodi, etc.)”
- “Quota di famiglie con disagio economico per spese sanitarie”
- “Quota di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche”

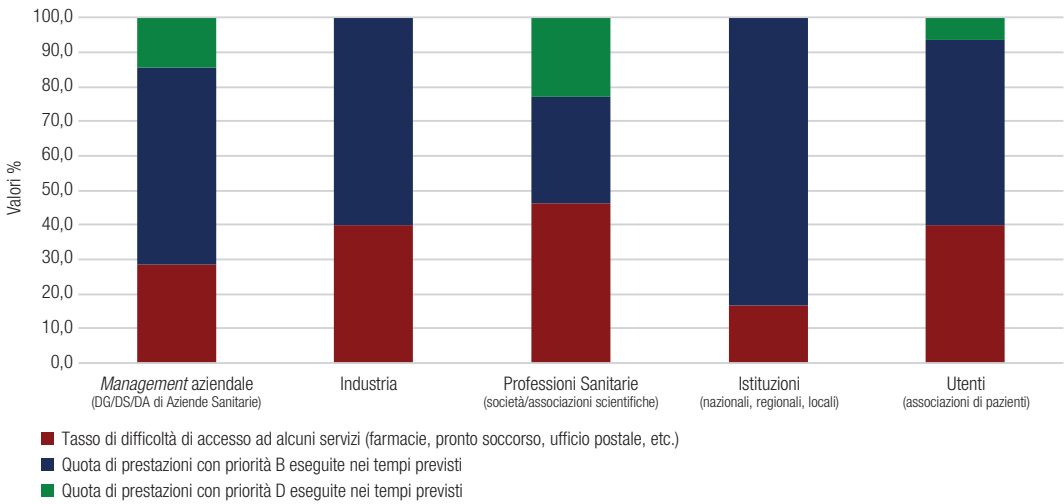
Il primo è stato preselezionato perché rappresentativo della mobilità sanitaria passiva extra-regionale; il secondo, terzo e quarto come rappresentativo dei tempi di esecuzione delle prestazioni e di accesso a servizi essenziali; gli ultimi tre si riferiscono all’impatto sulle famiglie più fragili dei costi sanitari (rinuncia o catastroficità delle spese) e del disagio economico associato alle spese sanitarie in termini di rinuncia a sostenerle o generatrici di una condizione di impoverimento.

Il secondo, terzo e quarto sono stati sottoposti a votazione ed il *Panel* ha preferito selezionare quello della “Quota di prestazioni con priorità B eseguite nei tempi previsti”.

L'indicatore è stato preferito (Figura 6) dal:

- 53,3% dei votanti della Categoria Utenti
- 83,3% della Categoria Istituzioni
- 30,8% della Categoria Professioni sanitarie
- 57,1% della Categoria *Management Aziendale*
- 60,0% dell' *Industria Life Sciences*.

**Figura 6**  
**Accesso alle prestazioni**  
**Distribuzione voti per Categoria di stakeholder**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell' *Expert Panel*

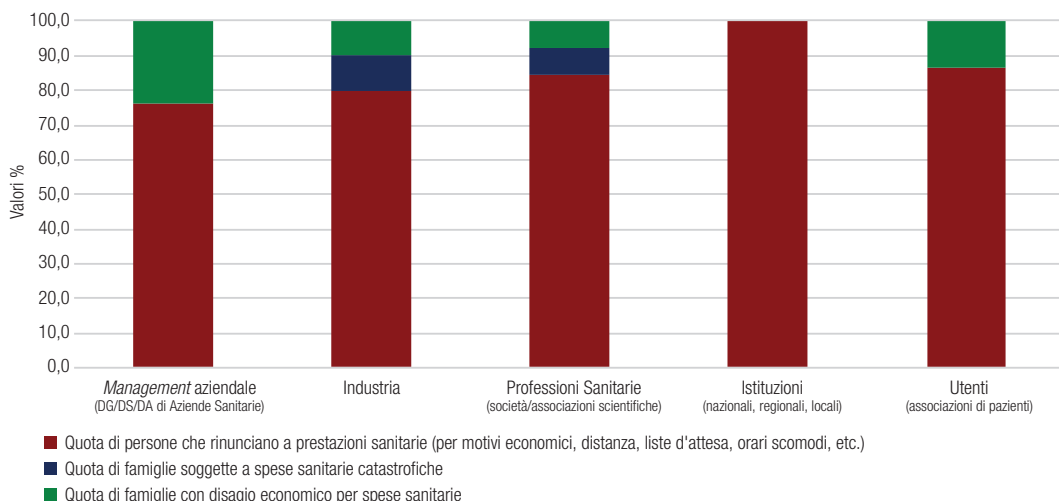
# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Tra gli ultimi tre indicatori, il *Panel* ha ritenuto preferibile adottare quello della “Quota di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie (per motivi economici, distanza, liste d’attesa, orari scomodi, etc.)”.

L’indicatore è stato preferito (Figura 7) dal:

- 86,7% dei votanti della Categoria Utenti
- 100,0% della Categoria Istituzioni
- 84,6% della Categoria Professioni Sanitarie
- 76,2% della Categoria *Management Aziendale*
- 80,0% dell’Industria *Life Sciences*.

**Figura 7**  
**Impatto sulle famiglie**  
**Distribuzione voti per Categoria di *stakeholder***



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell’*Expert Panel*

Ricapitolando, la Dimensione Equità viene rappresentata con tre indicatori:

- “Quota mobilità passiva effettiva per DRG a bassa o media complessità”
- “Quota di prestazioni con priorità B eseguite nei tempi previsti”
- “Quota di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie (per motivi economici, distanza, liste d’attesa, orari scomodi, etc.)”

## Dimensione Esiti

Per la Dimensione Esiti sono stati preselezionati diciassette indicatori:

- “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)”
- “Speranza di vita in buona salute alla nascita”
- “Tasso di persone 75+ con limitazioni gravi”
- “Indice di vecchiaia”
- “Indice di fragilità *over 65 anni*”
- “Indice di disabilità *over 65 anni*”
- “Indice di cronicità”
- “Indice di salute mentale”
- “Tasso di nuovi utenti in carico ai servizi di salute mentale”
- “Quota di nuovi utenti in carico ai servizi di salute mentale *under 35*”
- “Quota nuovi utenti presi in carico nei servizi dipendenze”
- “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti”
- “Mortalità per IMA a 30 giorni dal ricovero”
- “Mortalità per Ictus a 30 giorni dal ricovero”
- “Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite”
- “Qualità di vita percepita in termini di salute”
- “Indice di soddisfazione dei cittadini per i servizi sanitari”.

I primi sette sono stati proposti come rappresentativi di esiti ottenuti nell'area “disabilità/fragilità”; dall'ottavo all'undicesimo di esiti legati alla salute mentale e alle dipendenze; il dodicesimo è stato preselezionato per fornire una misura della prevenzione, con riferimento ai comportamenti dei cittadini (abitudini e stili di vita: alimentazione, tabagismo, consumo di alcol, etc.); dal tredicesimo al quindicesimo come rappresentativi degli esiti in termini di mortalità (per patologie cardiovascolari e neurologiche, nonché evitabile); gli ultimi due, infine, sono stati in relazione alla misura del livello di soddisfazione dei cittadini per i servizi erogati dal SSN, nonché della qualità della vita percepita dagli stessi in termini di salute.

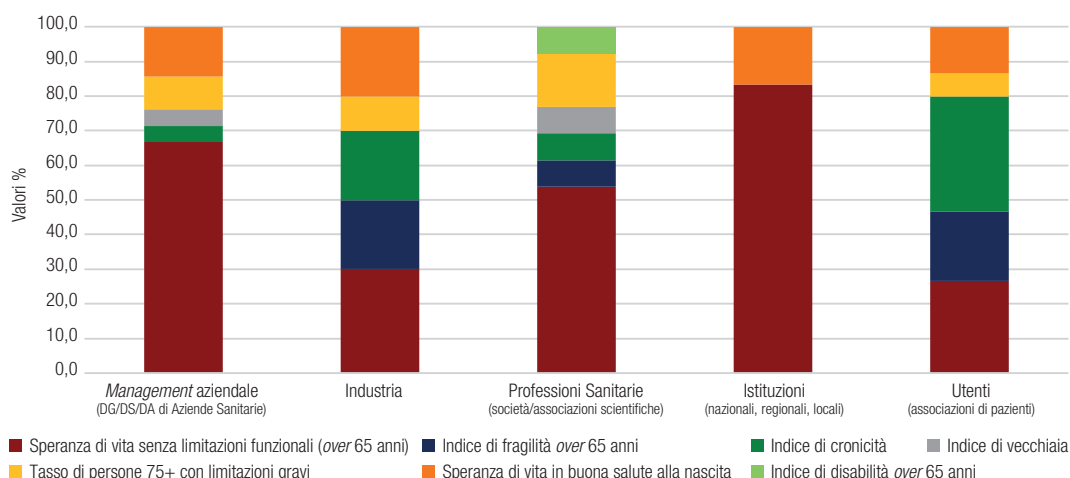
# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Fra i primi sette indicatori ottenuti nell'area “disabilità/fragilità”, il *Panel* ha ritenuto preferibile utilizzare la “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)”.

L'indicatore è stato preferito (Figura 8), dal:

- 26,7% dei votanti della Categoria Utenti
- 83,3% della Categoria Istituzioni
- 53,8% della Categoria Professioni Sanitarie
- 66,7% della Categoria *Management Aziendale*
- 30,0% dell'Industria *Life Sciences*.

**Figura 8**  
**Disabilità/Fragilità**  
**Distribuzione voti per Categoria di *stakeholder***



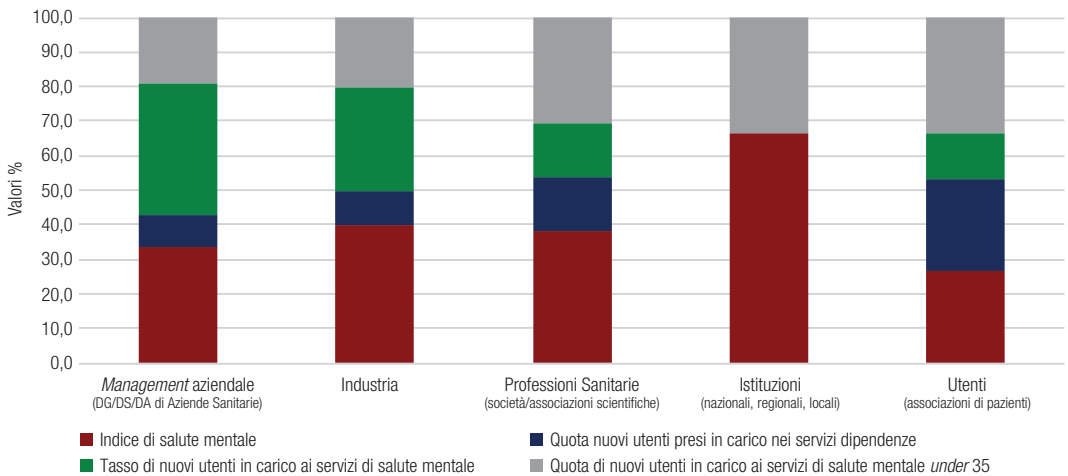
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'*Expert Panel*

Per quanto concerne la salute mentale e le dipendenze, il *Panel* ha ritenuto preferibile adottare l'“Indice di salute mentale”.

L'indicatore è stato preferito (Figura 9) dal:

- 26,7% dei votanti della Categoria Utenti
- 66,7% della Categoria Istituzioni
- 38,5% della Categoria Professioni Sanitarie
- 33,3% della Categoria *Management* Aziendale
- 40,0% dell'Industria *Life Sciences*.

**Figura 9**  
**Salute mentale e dipendenza**  
**Distribuzione voti per Categoria di stakeholder**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'*Expert Panel*

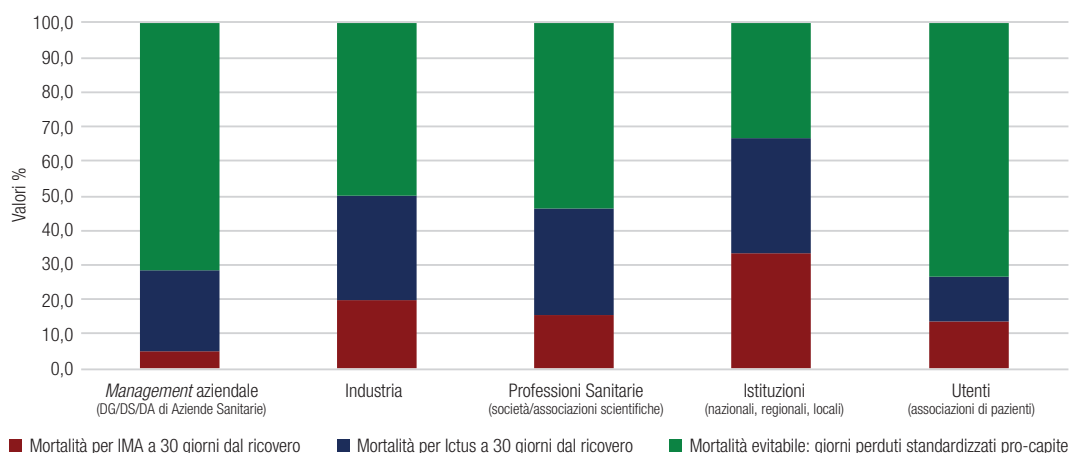
# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Per quanto concerne gli esiti di mortalità, il *Panel* ha ritenuto preferibile l'indicatore della “Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite”.

L'indicatore è stato preferito (Figura 10) dal:

- 73,3% dei votanti della Categoria Utenti
- 33,3% della Categoria Istituzioni
- 53,8% della Categoria Professioni Sanitarie
- 71,4% della Categoria *Management* Aziendale
- 50,0% dell'Industria *Life Sciences*.

**Figura 10**  
**Esiti di mortalità**  
**Distribuzione voti per Categoria di *stakeholder***



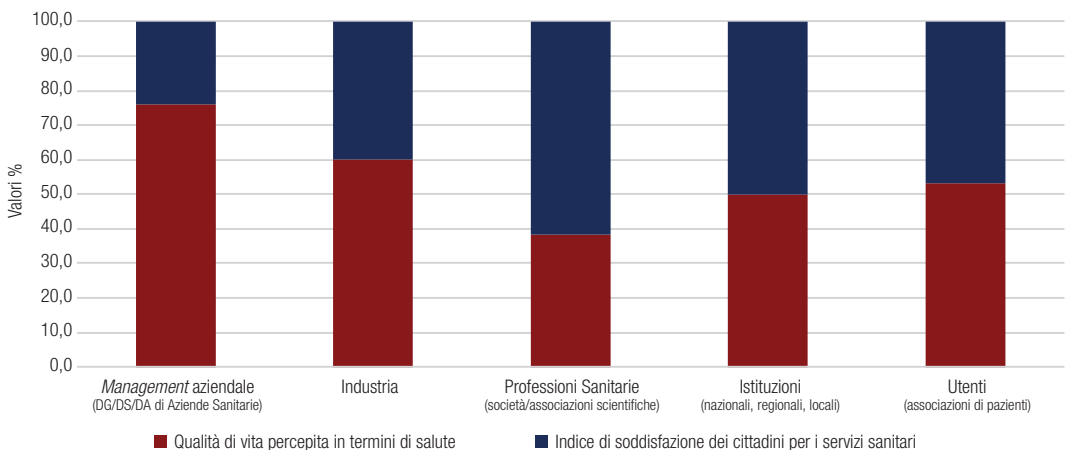
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'*Expert Panel*

Infine, in tema di soddisfazione dei cittadini per i servizi e la qualità della vita, il *Panel* ha ritenuto di selezionare quello della “Qualità di vita percepita in termini di salute”

L'indicatore è stato preferito (Figura 11) dal:

- 53,3% dei votanti della Categoria Utenti
- 50,0% della Categoria Istituzioni
- 38,5% della Categoria Professioni Sanitarie
- 76,2% della Categoria *Management* Aziendale
- 60,0% dell'Industria *Life Sciences*.

**Figura 11**  
**Soddisfazione per i servizi e qualità di vita percepita**  
**Distribuzione voti per Categoria di stakeholder**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Ricapitolando, i cinque indicatori selezionati per rappresentare la Dimensione Esiti sono stati:

- “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)”
- “Indice di salute mentale”
- “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti”
- “Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite”
- “Qualità di vita percepita in termini di salute”

## Dimensione Innovazione

Per la Dimensione Innovazione, sono stati preselezionati undici indicatori:

- “Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico”
- “Quota di servizi disponibili nel FSE”
- “Quota di medici specialisti che sono abilitati al Fascicolo Sanitario Elettronico”
- “Quota di cittadini che hanno utilizzato il Fascicolo Sanitario Elettronico nei 90 giorni precedenti alla data di rilevazione”
- “Quota di aree assistenziali informatizzate”
- “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive”
- “Quota di interventi per patologie oncologiche eseguiti con tecniche mininvasive”
- “Indice di implementazione rete oncologica”
- “Indice di implementazione reti tempo-dipendente”
- “Quota case di comunità con almeno un servizio attivo”.

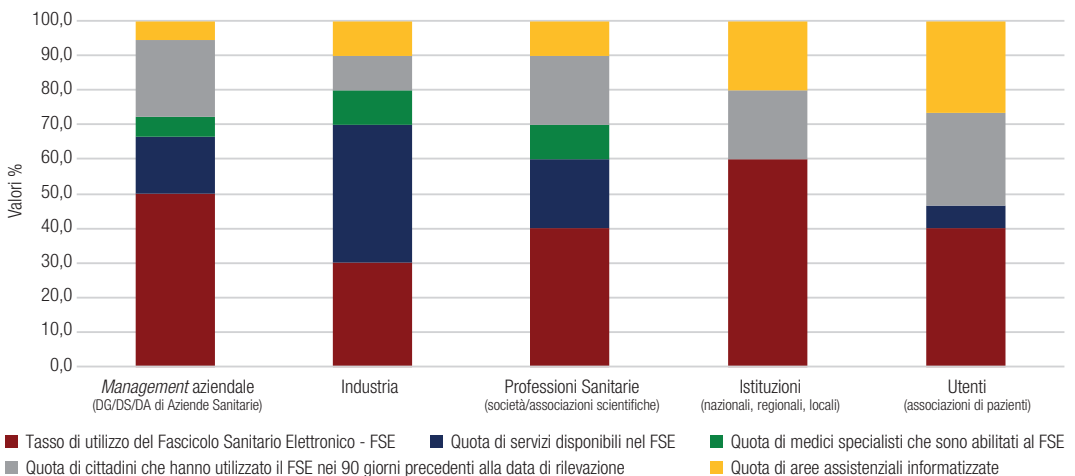
I primi cinque sono stati proposti come *proxies* del livello di informatizzazione; il sesto ed il settimo come rappresentativi dell'innovazione tecnologica in campo chirurgico (approccio mininvasivo); l'ottavo ed il nono indicatore dell'assistenza extra-ospedaliera e ospedaliera, con riferimento all'innovazione in ambito organizzativo (livelli di implementazione delle reti oncologiche, di quelle tempo-dipendenti); il decimo per rappresentare l'implementazione delle nuove strutture assistenziali previste sul territorio.

I primi cinque indicatori sono stati sottoposti a votazione ed il *Panel* ha ritenuto preferibile adottare il "Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE".

L'indicatore (Figura 12) è stato preferito dal:

- 40,0% dei votanti della Categoria Utenti
- 60,0% della Categoria Istituzioni
- 40,0% della Categoria Professioni Sanitarie
- 50,0% della Categoria *Management* Aziendale
- 30,0% dell'Industria *Life Sciences*.

**Figura 12**  
**Livello di informatizzazione**  
**Distribuzione voti per Categoria di stakeholder**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'*Expert Panel*

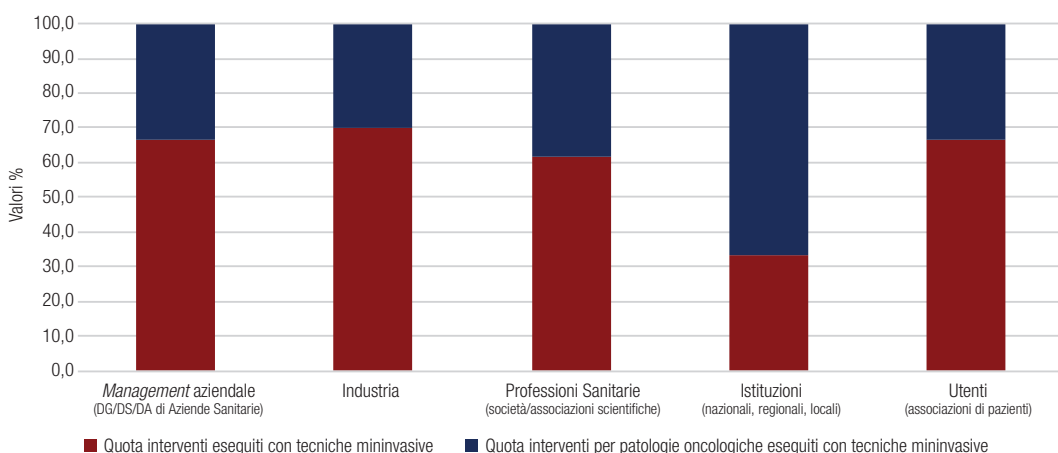
# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Il settimo e l'ottavo sono stati sottoposti a votazione ed il *Panel* ha preferito quello della “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive”.

L'indicatore (Figura 13) ha ricevuto la preferenza da:

- 66,7% dei votanti della Categoria Utenti
- 33,3% della Categoria Istituzioni
- 61,5% della Categoria Professioni Sanitarie
- 66,7% della Categoria *Management* Aziendale
- 70,0% dell'Industria *Life Sciences*.

**Figura 13**  
**Innovazione tecnologica**  
**Distribuzione voti per Categoria di *stakeholder***



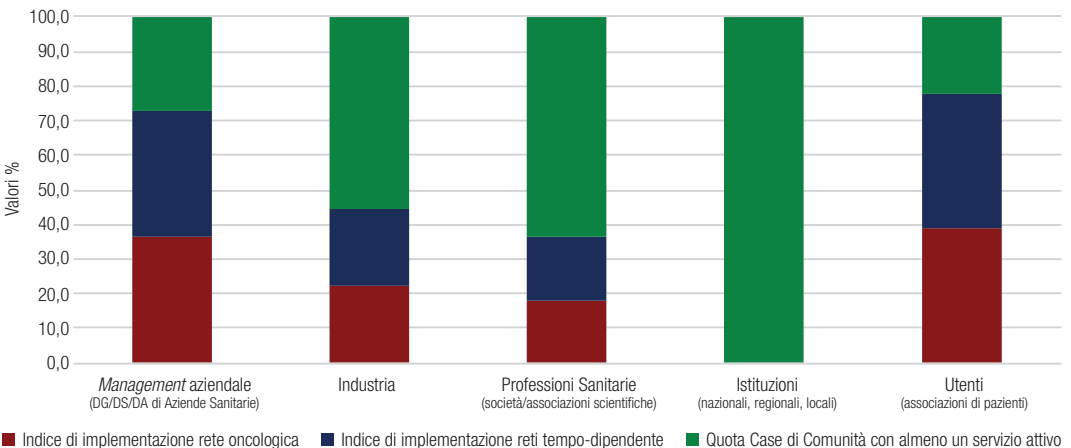
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'*Expert Panel*

Fra gli ultimi tre, relativi all'innovazione organizzativa, il *Panel* ha preferito quello della "Quota Case di Comunità con almeno un servizio attivo".

L'indicatore (Figura 14) ha ricevuto la preferenza da:

- 22,2% dei votanti della Categoria Utenti
- 100,0% della Categoria Istituzioni
- 63,6% della Categoria Professioni Sanitarie
- 27,3% della Categoria *Management* Aziendale
- 55,6% dell'Industria *Life Sciences*.

**Figura 14**  
**Innovazione organizzativa**  
**Distribuzione voti per Categoria di stakeholder**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Ricapitolando, gli indicatori selezionati per rappresentare la Dimensione Innovazione sono stati:

- "Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE"
- "Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive"
- "Quota Casa di Comunità con almeno un servizio attivo".

## Dimensione Sociale

Per la Dimensione Sociale, sono stati proposti per la selezione sette indicatori:

- “Quota di Distretti coincidenti con gli Ambiti Territoriali Sociali”
- “Tasso di assistenti sociali di Ambito Territoriale Sociale”
- “Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale”
- “Tasso di persone deboli o a rischio (anziani e poveri) che ricevono interventi per l’integrazione sociale”
- “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari”
- “Tasso di persone disabili e/o anziani, che ricevono *voucher*, assegni di cura, buoni socio-sanitari”
- “Quota di distretti con integrazione socio-sanitaria”.

Il primo indicatore è stato proposto come rappresentativo della quota di distretti delle Aziende sanitarie che hanno formalizzato una integrazione socio-sanitaria; il secondo come rappresentativo di attività degli assistenti sociali negli ambiti territoriali; il terzo del ricorso alla assistenza socio-sanitaria residenziale per anziani non autosufficienti; il quarto come rappresentativo del “livello”, misurato in termini di utenti che ne usufruiscono, dell’integrazione sociale garantita dagli Enti Locali per i soggetti deboli o a rischio; il quinto, del livello di assistenza domiciliare erogato dai Comuni; infine, il sesto esprime l’entità delle erogazioni di sostegni economici verso disabili e/o anziani ed il settimo è in riferimento alla quota di distretti con integrazione socio-sanitaria.

Sono stati sottoposti a votazione tutti insieme ed il *Panel* ha ritenuto di scegliere il “Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale”, il “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” e la “Quota di distretti con integrazione socio-sanitaria”.

L’indicatore “Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale” (Figura 15), ha ricevuto la preferenza del:

- 40,0% dei votanti della Categoria Utenti
- 66,7% della Categoria Istituzioni
- 61,5% della Categoria Professioni Sanitarie
- 71,4% della Categoria *Management* Aziendale
- 60,0% dell’Industria *Life Sciences*.

L’indicatore “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” (Figura 15) ha ricevuto la preferenza del:

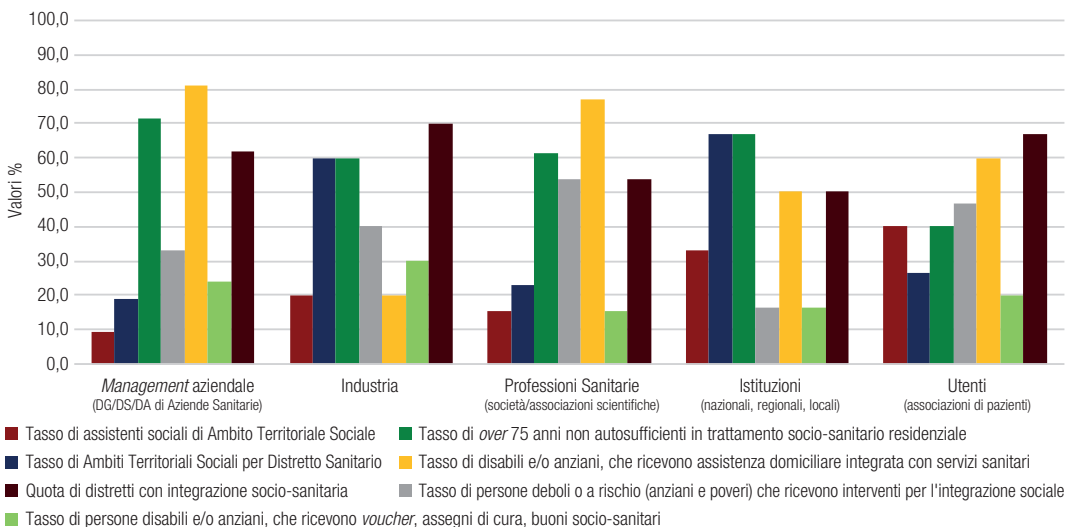
- 60,0% dei votanti della Categoria Utenti
- 50,0% della Categoria Istituzioni
- 76,9% della Categoria Professioni Sanitarie
- 81,0% della Categoria *Management* Aziendale

- 20,0% dell'Industria *Life Sciences*.

L'indicatore "Quota di distretti con integrazione socio-sanitaria" (Figura 15) ha ricevuto la preferenza del:

- 66,7% dei votanti della Categoria Utenti
- 50,0% della Categoria Istituzioni
- 53,8% della Categoria Professioni Sanitarie
- 61,9% della Categoria *Management Aziendale*
- 70,0% dell'Industria *Life Sciences*.

**Figura 15**  
**Integrazione con il Sociale**  
**Distribuzione voti per Categoria di stakeholder**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità - Selezione indicatori dell'Expert Panel

Ricapitolando, gli indicatori selezionati per rappresentare la dimensione Sociale sono stati:

- "Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale"
- "Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari"
- "Quota di distretti con integrazione socio-sanitaria".

## 3.2. Le funzioni di valore degli indicatori

In una seconda fase per ciascuno degli indicatori precedentemente selezionati, è stata elicitata la funzione di valore (funzione di utilità): ovvero, per ogni livello di determinazione dell'indicatore è stata identificato il contributo fornito i termini di *Performance*.

Tale contributo non è necessariamente proporzionale al valore numerico della determinazione: ad esempio, un raddoppio o un dimezzamento del valore osservato non implica automaticamente un corrispondente raddoppio o dimezzamento del contributo alla *Performance*.

Visto in un'altra ottica, si deve segnalare come la relazione tra indicatore e *Performance* si assume possa essere non lineare, riflettendo diverse percezioni di rilevanza ai vari livelli dell'indicatore considerato.

Ai fini della costruzione della funzione di utilità, ciascun componente del *Panel* ha attribuito un livello di “utilità”, espresso su una scala normalizzata tra 0 e 1, dove 0 rappresenta un'utilità nulla (assenza di contributo alla *Performance*), e 1 rappresenta l'utilità massima (massimo contributo alla *Performance*).

L'elicitazione è stata effettuata su cinque differenti determinazioni per ciascun indicatore: il valore nazionale migliore, quello peggiore, e tre valori intermedi, equidistanti rispetto agli estremi.

Il processo è stato assistito da un software *webbased* sviluppato ad hoc da C.R.E.A. Sanità.

A seguire si descrivono i risultati di questa fase dello studio, ovvero la “forma” assunta dalle funzioni di “valore”.

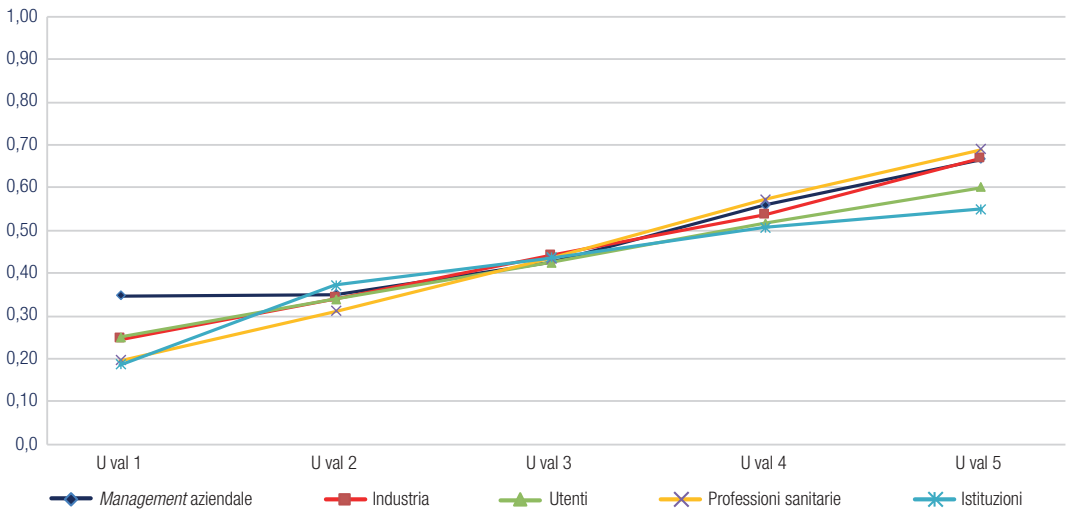
## Dimensione Appropriatelyzza

La funzione di “valore” dell’indicatore “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche” (Figura 16) assume un andamento quasi lineare per tutte le categorie di *stakeholder*.

Alle determinazioni peggiori registrate dell’indicatore è associato un contributo alla *Performance* limitato secondo tutte le categorie, con valori compresi indicativamente tra il 18% e il 35% del contributo massimo possibile (il *Management* aziendale fornisce una valutazione del “valore” delle determinazioni peggiori relativamente più elevata rispetto agli altri *stakeholder*).

Il valore migliore registrato dell’indicatore è associato, per tutte le categorie, a un contributo alla *Performance* compreso in un intervallo medio-alto (circa 55–70% del contributo massimo alla *Performance*), ma che evidenzia un giudizio di insoddisfazione per i livelli attuali.

**Figura 16**  
**Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche**  
**Funzione di “valore” per Categoria**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

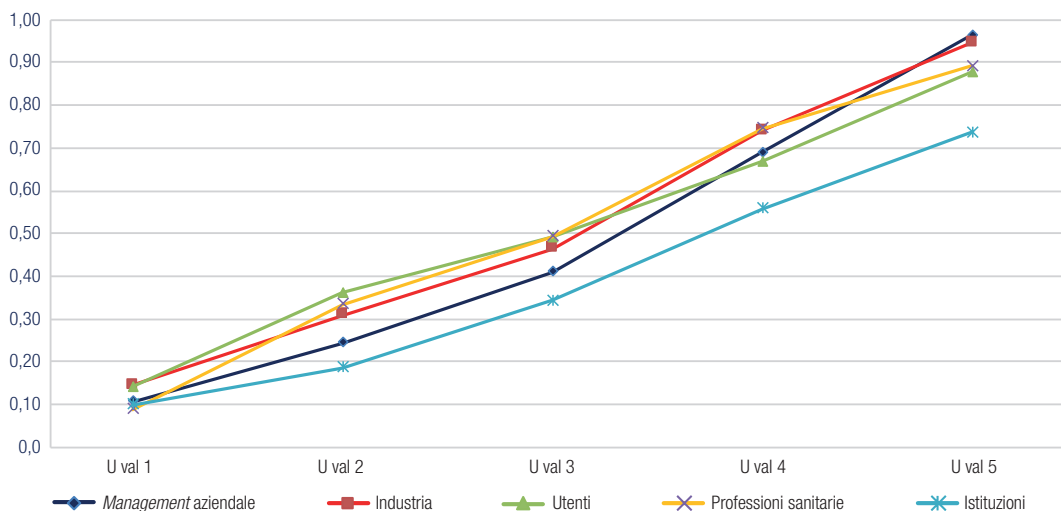
# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

La funzione di “valore” dell’indicatore “Quota di interventi per cancro della mammella, della prostata e del polmone effettuati in strutture con casistiche congrue con i livelli minimi indicati dal D.M. 70/2015” (Figura 17) assume un andamento sostanzialmente lineare, anche se nella prima metà della distribuzione per *Management* aziendale e Istituzioni sembra assumere una utilità marginale crescente e per gli Utenti moderatamente decrescente.

In corrispondenza dei valori peggiori registrati dall’indicatore, il contributo alla *Performance* risulta valutato intorno al 9–15% di quello massimo possibile.

Infine, i valori migliore dell’indicatore sono associati a livelli di *Performance* molto elevati per la maggior parte delle categorie, compresi tra l’85% e il 95% del massimo contributo possibile per *Management* aziendale, Industria, Utenti e Professioni sanitarie, mentre le Istituzioni si attestano su un valore più contenuto (circa 70–75%), ad indicare l’attesa di un possibile miglioramento delle Regioni in tema di rispondenza al D.M. 70/2015.

**Figura 17**  
**Quota di interventi per cancro della mammella, della prostata e del polmone effettuati in strutture con casistiche congrue con i livelli minimi indicati dal D.M. 70/2015**  
**Funzione di “valore” per Categoria**



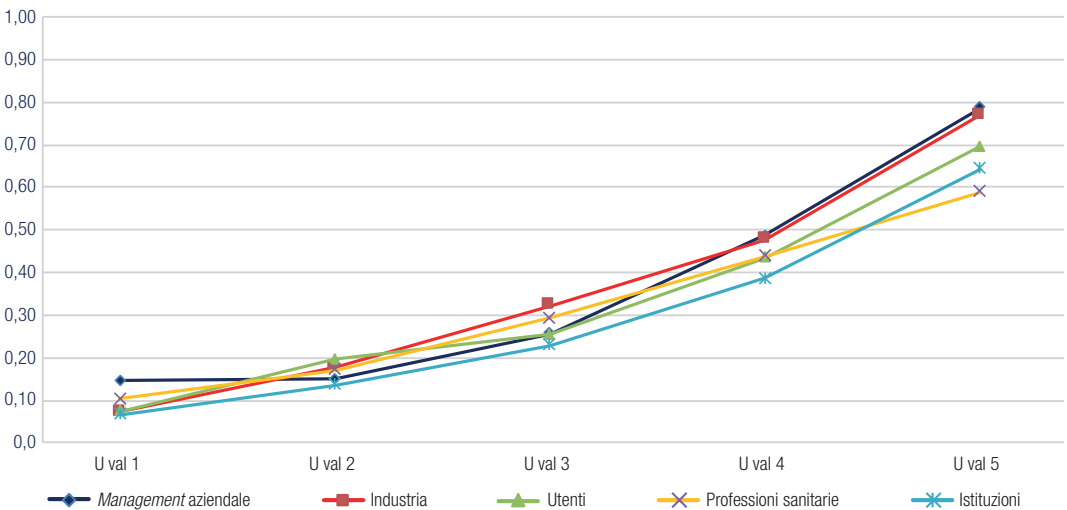
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Per l'indicatore "Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde" (Figura 18) la funzione di "valore" mostra un andamento che indica una tendenza a ritenere che l'utilità marginale sia crescente (il contributo cresce più che proporzionalmente al miglioramento dell'indicatore).

In corrispondenza dei valori peggiori registrati dall'indicatore, tutte le Categorie attribuiscono un contributo alla *Performance* relativamente contenuto, generalmente compreso tra il 7% e il 15% del massimo possibile, con un valore leggermente più elevato per il *Management* aziendale e per le Professioni sanitarie.

Ai valori migliore dell'indicatore è associato un contributo pari al 75–80% di quello massimo per *Management* Aziendale e Industria, del 70% circa per gli Utenti, mentre per le Istituzioni e le Professioni sanitarie ci si ferma al 60–65%: queste categorie ritengono evidentemente i livelli attuali dell'indicatore ancora lontani da quelli desiderabili.

**Figura 18**  
**Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde**  
**Funzione di "valore" per Categoria**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

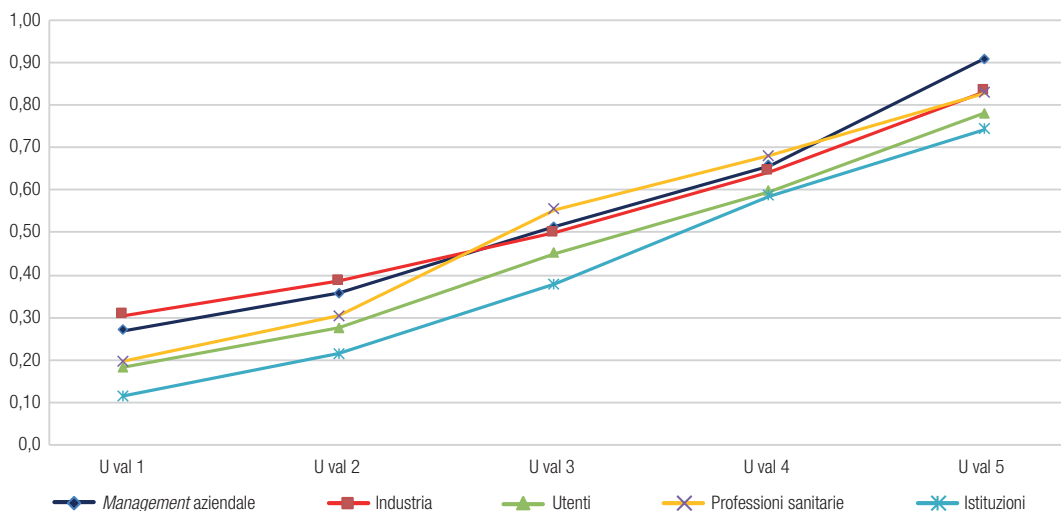
# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Per l'indicatore “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano, e *screening*)” (Figura 19) la funzione di “valore” evidenzia un andamento sostanzialmente lineare per tutte le categorie di *stakeholder*, con la categoria delle Professioni Sanitarie che ritiene che in corrispondenza delle determinazioni centrali i miglioramenti contribuiscono alla *Performance* meno che proporzionalmente.

In corrispondenza dei livelli più bassi di adesione, il contributo alla *Performance* viene considerato limitato, con valori compresi tra il 10% e il 30% del massimo possibile: l'Industria e il *Management* aziendale attribuiscono livelli di contributo relativamente più elevati rispetto alle altre categorie, mentre le Istituzioni nettamente meno elevati.

I valori migliori registrati dall'indicatore sono associati ad un contributo compreso tra il 75% e il 90% del massimo: per il *Management* aziendale si registra il livello più alto, seguito da Industria e Professioni sanitarie, mentre Utenti e Istituzioni si attestano su valori inferiori.

**Figura 19**  
**Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano, e *screening*)**  
**Funzione di “valore” per Categoria**



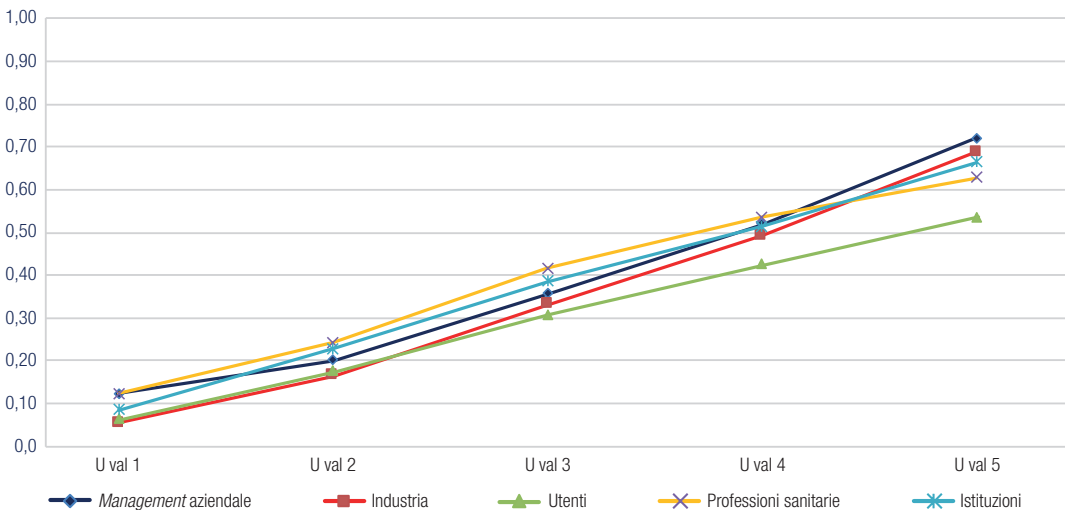
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

La funzione di “valore” dell’indicatore “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata” (Figura 20) assume un andamento lineare.

In corrispondenza del valore peggiore registrato dall’indicatore si assume un contributo generalmente compreso tra il 5% e il 12% del massimo possibile, con valori leggermente più elevati per le Professioni sanitarie e, in misura minore, per il *Management* aziendale.

In corrispondenza del valore migliore dell’indicatore, si nota come gli Utenti valutino meno delle altre categorie il contributo, che si ferma fra il 50–55%, ad indicare che le *Performance* attuali dell’indicatore sono considerate lontane dall’ottimale.

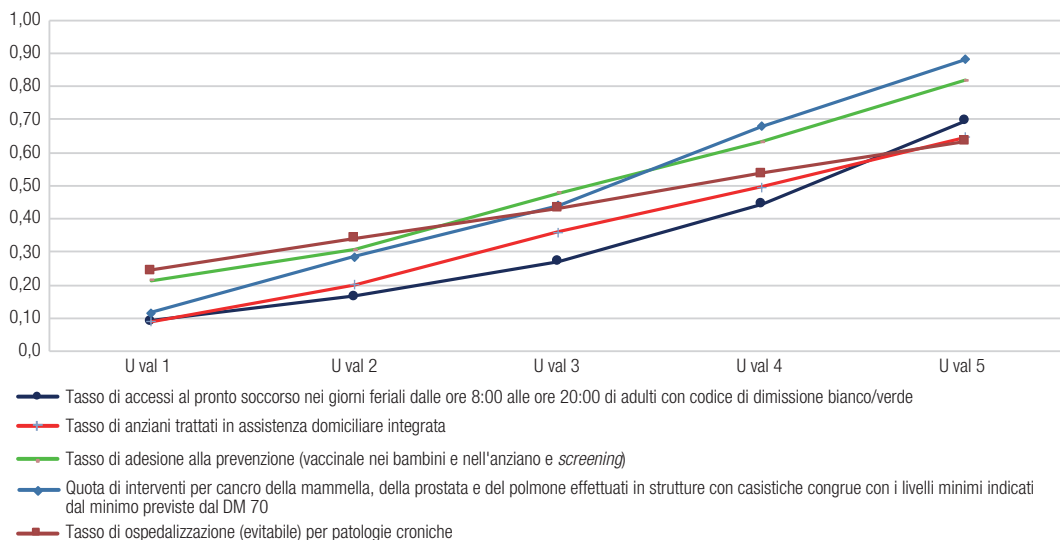
**Figura 20**  
**Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata**  
**Funzione di “valore” per Categoria**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

In definitiva, le funzioni di “valore” degli indicatori della Dimensione Appropriatelyzza (Figura 21) assumono un andamento sostanzialmente lineare, con alcuni indicatori che sono valutati ancora lontani dall’ottimale.

**Figura 21**  
**Dimensione Appropriatelyzza**  
**Funzione di “valore” per Categoria**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall' *Expert Panel*

## Dimensione Economico-Finanziaria

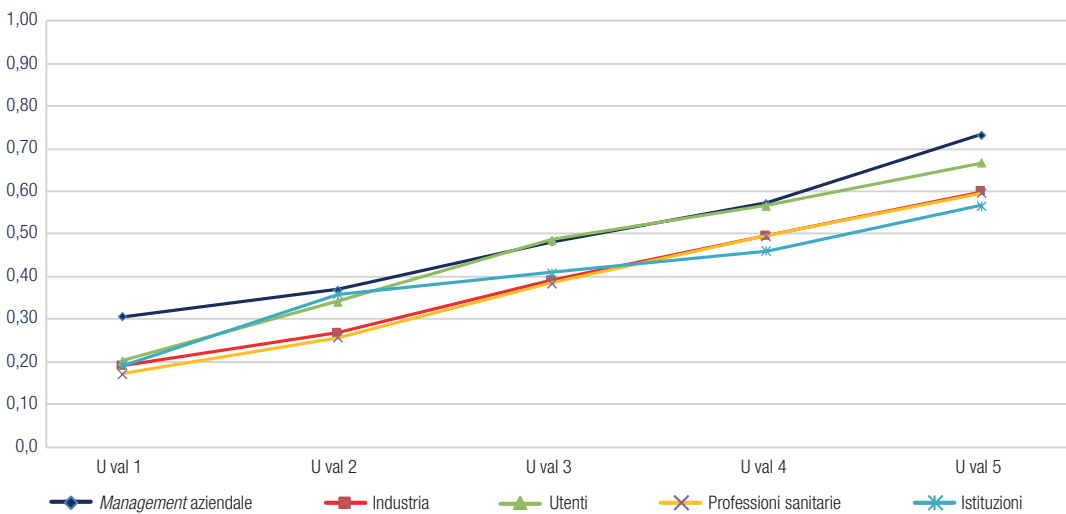
Nella Dimensione Economico-Finanziaria, l'indicatore "Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali", presenta un andamento lineare, ad eccezione delle Istituzioni per le quali si osserva un andamento sigmoideale, con una "utilità marginale" associata ai miglioramenti dei valori peggiori (Figura 22).

In corrispondenza dei valori peggiori dell'indicatore, ovvero dei più alti livelli di spesa, il contributo è considerato basso (17-30% del massimo possibile).

In corrispondenza dei valori migliore, il *Management* aziendale associa il valore più alto (oltre il 70%), seguito dagli Utenti (circa 65-67%). Industria e Professioni sanitarie si attestano intorno al 60%, mentre le Istituzioni si fermano fra il 55-57%.

Nel complesso, le istituzioni sembrano avere l'aspettativa di livelli minori dell'onere per i bilanci familiari, mentre il *Management* aziendale sembra attribuirgli meno "problematicità".

**Figura 22**  
**Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali**  
**Funzione di "valore" per Categoria**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

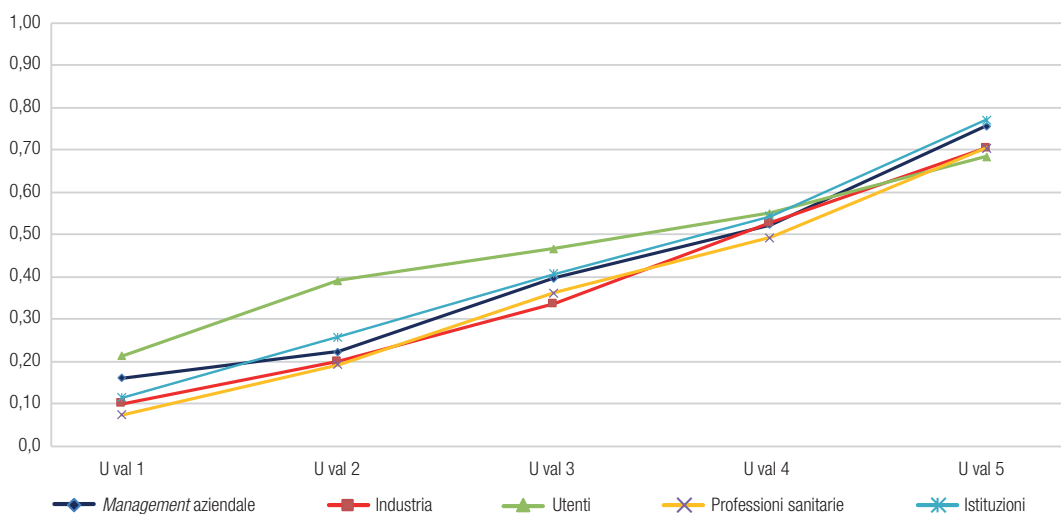
L'indicatore “Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* EU vs ITA” assume un andamento della funzione di “valore” (Figura 23) lineare, tranne per gli Utenti, per i quali si evidenzia l'assunzione di una utilità marginale decrescente, almeno nella prima metà della distribuzione.

In corrispondenza dei valori peggiori (forte *gap* di spesa pubblica rispetto agli altri Paesi), tutte le categorie attribuiscono un contributo basso, tra il 7% e il 20% del massimo possibile. Solo gli Utenti si attestano a circa il 30%.

In corrispondenza dei valori migliori il contributo è stimato fra il 70 e il 77%.

Nel complesso, il *gap* di spesa pubblica sembra essere considerato un problema, ma con un impatto sulla *Performance* non dissimile da quello di altri indicatori (e inferiore a quelli ritenuti maggiormente critici).

**Figura 23**  
**Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* EU vs ITA**  
**Funzione di “valore” per Categoria**



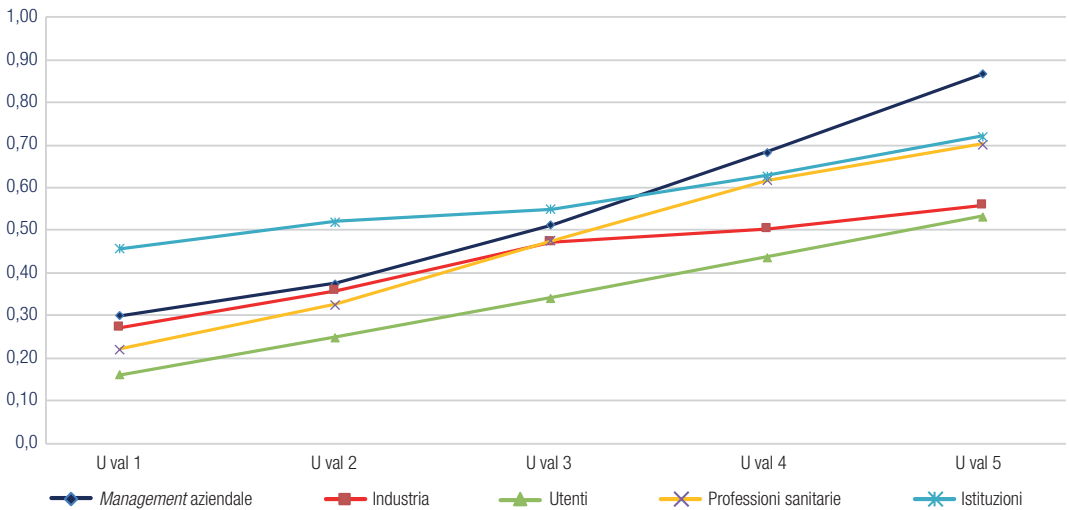
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

L'indicatore "Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata" (Figura 24) è associato ad un andamento della funzione "valore" piuttosto variabile a seconda della categoria di *stakeholder* considerata.

In corrispondenza dei livelli più alti di spesa (valori peggiori) le Istituzioni registrano un contributo alla *Performance* rilevante (circa il 45%), le altre categorie rimangono fra il 15% e il 30% del massimo possibile.

Al migliorare del valore dell'indicatore, ovvero al ridursi della spesa tutte le Categorie registrano un ulteriore incremento della *Performance* con un contributo che si attesta fra il 68 e l'87% in corrispondenza del valore migliore a livello nazionale; il *Management* aziendale è quello che attribuisce un maggiore "valore" alla riduzione della spesa, Utenti e Industria quello minore.

**Figura 24**  
**Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata**  
**Funzione di "valore" per Categoria**

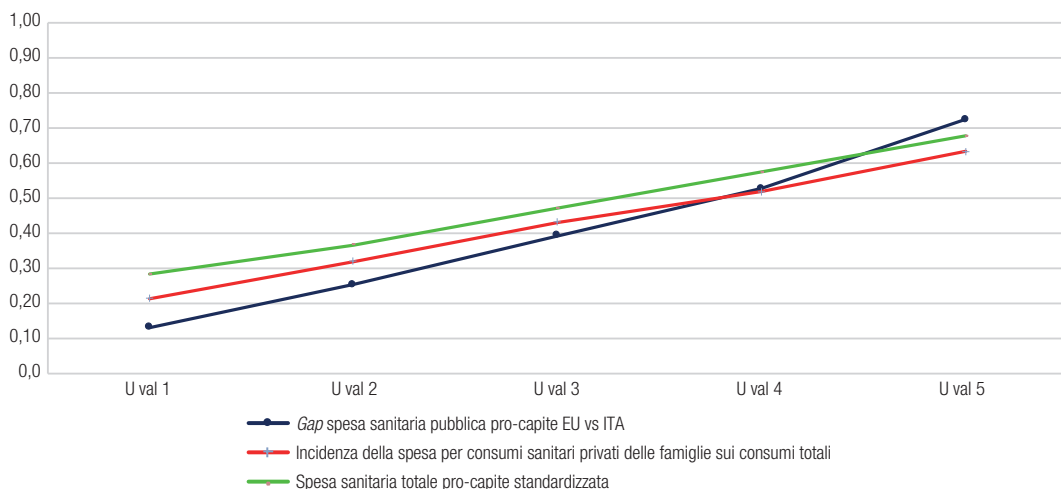


Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Complessivamente le funzioni di “valore” degli indicatori della Dimensione Economico-Finanziaria (Figura 25) risultano sostanzialmente lineari; l'indicatore sull'incidenza della spesa privata sembra quello più lontano dall'ottimale; i *gap* di spesa pubblica non sembrano particolarmente oggetto di preoccupazione, mentre il giudizio sul contributo dato dalle politiche di riduzione della spesa totale risulta relativamente difforme.

**Figura 25**  
**Dimensione Economico-Finanziaria**  
**Funzione di “valore” per Categoria**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'*Expert Panel*

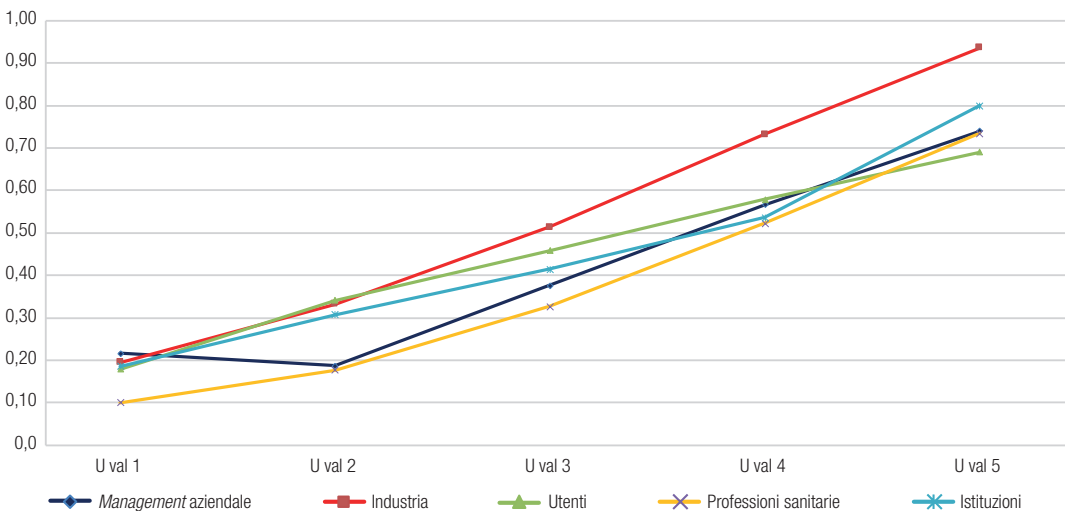
## Dimensione Equità

La funzione di “valore” dell’indicatore “Tasso mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità” (Figura 26) ha un andamento suggestivo di una utilità marginale crescente.

Fondamentalmente miglioramenti relativi a situazioni associate a valori prossimi a quelli peggiori dell’indicatore sono considerati insufficienti, in quanto si rimane su valori considerati sostanzialmente “inaccettabili”.

I valori migliori registrati dall’indicatore rimangono ancora lontano dall’ottimalità: gli viene associato un contributo alla *Performance* intorno al 70% di quello massimo possibile, tranne l’Industria per cui si arriva al 90%.

**Figura 26**  
**Tasso di mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità**  
**Funzione di “valore” per Categoria**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

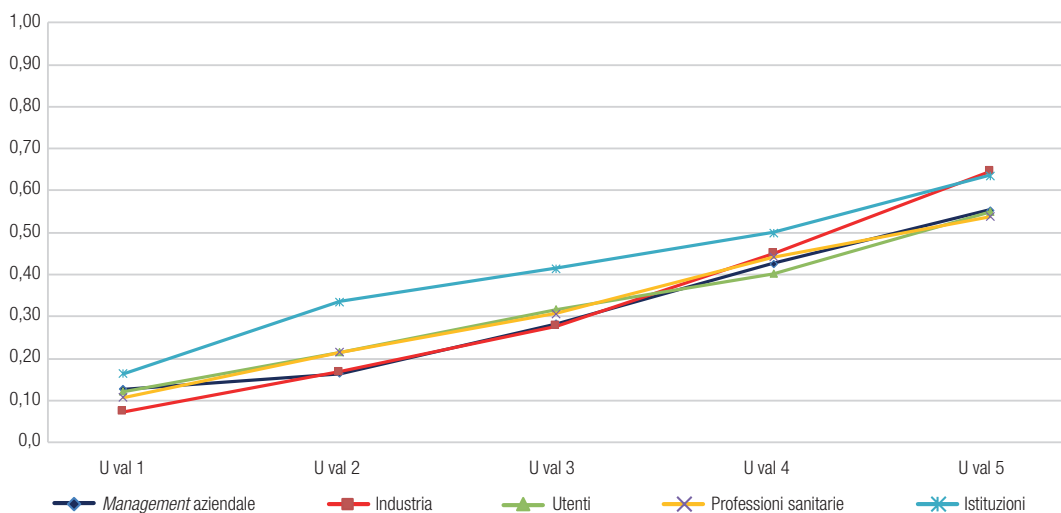
# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

L'indicatore “Quota di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie - per motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi” (Figura 27) è associato da una funzione di “valore” sostanzialmente lineare per tutte le categorie considerate, ad eccezione delle Istituzioni che attribuiscono alla funzione una utilità marginale decrescente nel primo terzo della distribuzione.

In corrispondenza dei livelli peggiori il contributo alla *Performance* risulta molto basso (7-17% del massimo possibile).

Anche in corrispondenza dei livelli di rinuncia più bassi (valori migliori dell'indicatore) solo per Industria e le Istituzioni si arriva ad una “sufficienza” (63–65% del massimo): per le altre categorie si supera di poco il 50% a dimostrazione che si tratta di un fenomeno sentito come fortemente negativo e quindi da contrastare.

**Figura 27**  
**Quota di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie**  
**(per motivi economici, di distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)**  
**Funzione di “valore” per Categoria**

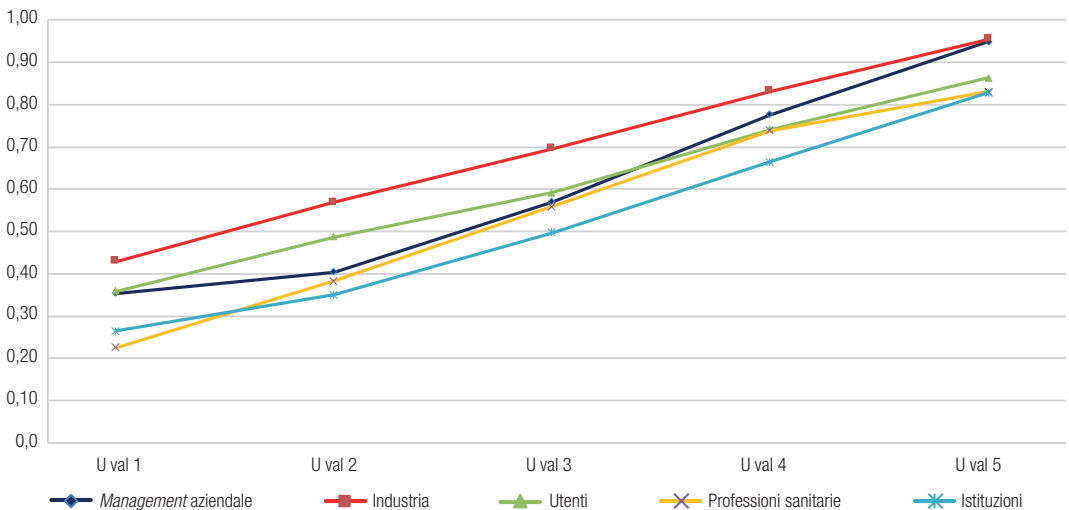


Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

L'indicatore "Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti" (Figura 28), è associato a funzioni di "valore lineari", tranne per il *Management* aziendale e in misura minore le Istituzioni, per le quali la prima parte della distribuzione presenta una utilità marginale crescente.

Il livello di contributo associati con i valori peggiori dell'indicatore sono molto variabili (22-42%), ma si avvicinano all'ottimale (82-85%) del massimo possibile in corrispondenza dei valori migliori.

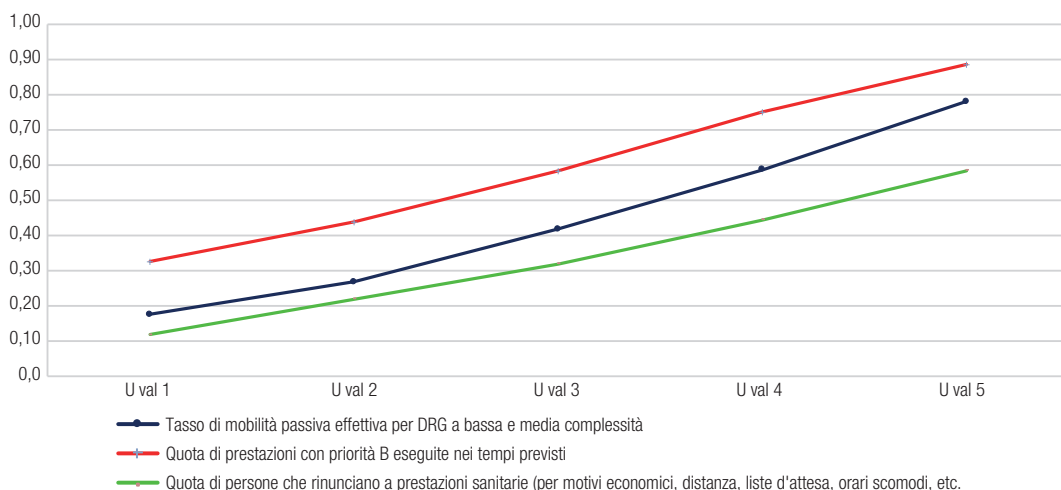
**Figura 28**  
**Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti**  
**Funzione di "valore" per Categoria**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Complessivamente, per la Dimensione Equità (Figura 29) si registrano funzioni di valore che tendono a descrivere un atteggiamento di “stigma” per i risultati peggiori, ovvero verso le situazioni di maggiore iniquità: in particolare nel caso delle rinunce alle cure; ma anche una soddisfazione limitata per i valori migliori che si registrano attualmente a livello nazionale (nuovamente, ciò è vero in particolare nel caso delle rinunce), ad eccezione dell'indicatore sull'accesso, nei tempi previsti, alle prestazioni con priorità (entro 10 giorni).

**Figura 29**  
**Dimensione Equità**  
**Funzione di “valore” per Categoria**



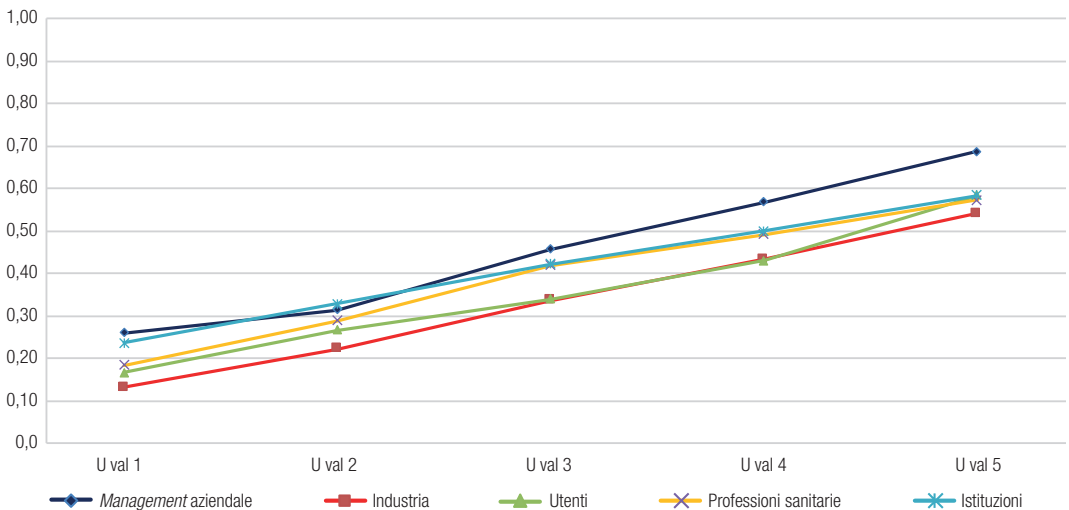
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall' *Expert Panel*

## Dimensione Esiti

L'andamento della funzione di valore dell'indicatore "Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti" (Figura 30) presenta un andamento lineare per tutte le categorie.

Si evidenzia la percezione che l'indicatore sia "critico", con valori del contributo che rimane sotto il 30% per i valori peggiori dell'indicatore, ma anche sotto il 60% per quelli migliori (con la parziale eccezione del *Management* aziendale per cui si arriva al 70%).

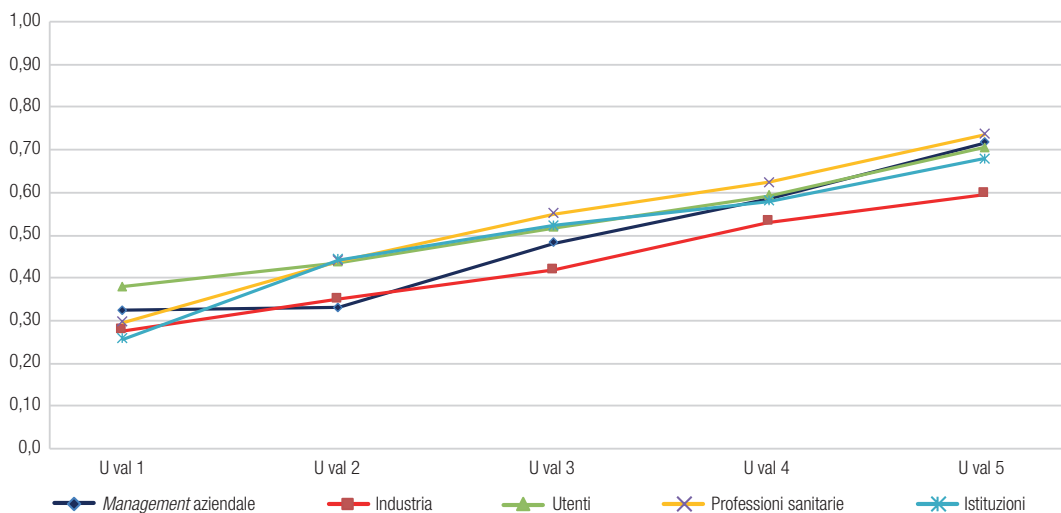
**Figura 30**  
**Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti**  
**Funzione di "valore" per Categoria**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Analogamente la funzione di valore dell'indicatore “Indice di salute mentale” (Figura 31) è associato a contributi sotto il 40% per i valori peggiori e per molte categorie sotto il 70% anche per quelli migliori; il *Management* attribuisce a miglioramenti nella parte inferiore della distribuzione un'utilità marginale crescente, al contrario decrescente per Istituzioni e Industria.

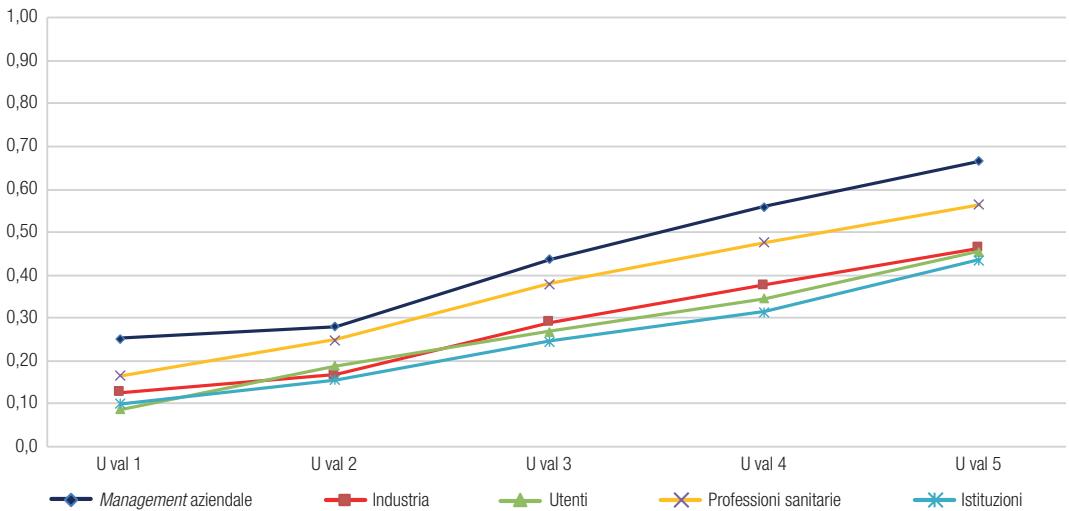
**Figura 31**  
**Indice di salute mentale**  
**Funzione di “valore” per Categoria**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'*Expert Panel*

Come per gli altri indicatori di esito l'andamento della funzione di "valore" dell'indicatore "Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite" (Figura 32) rimane sostanzialmente lineare (per il *Management Aziendale* in corrispondenza dei valori peggiori dell'indicatore si registra una costanza): i valori peggiori dell'indicatore sono associati a contributi modesti (11-19% del massimo possibile) ed a quelli migliori fra il 45% e il 70%.

**Figura 32**  
**Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite**  
**Funzione di "valore" per Categoria**

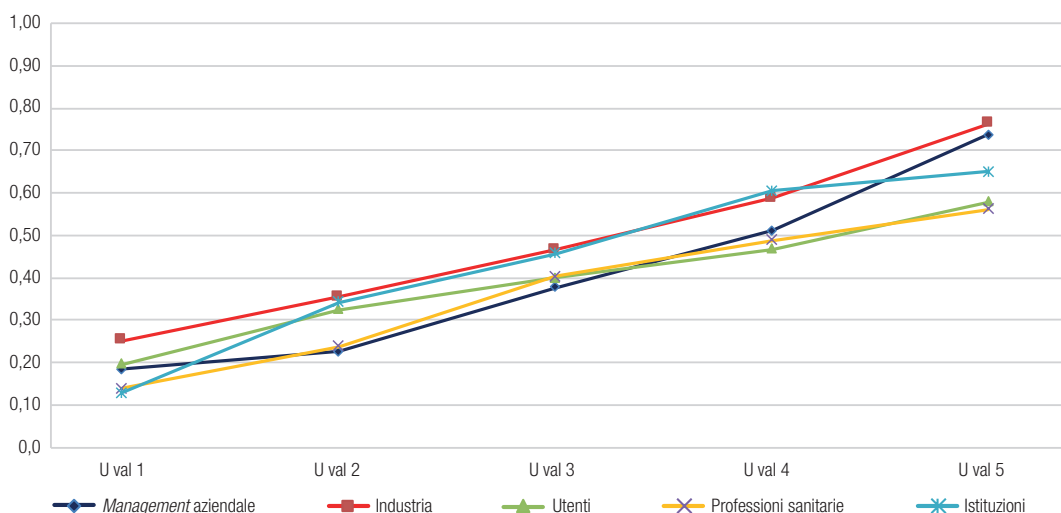


Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

L'andamento della funzione di valore dell'indicatore “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)” presenta un andamento sostanzialmente lineare per *Industria* e *Management aziendale*; si conferma che i valori peggiori dell'indicatore sono associati a contributi modesti (12-26% del massimo possibile) ed a quelli migliori contributi fra il 55 e il 78% (Figura 33).

**Figura 33**  
**Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)**  
**Funzione di “valore” per Categoria**

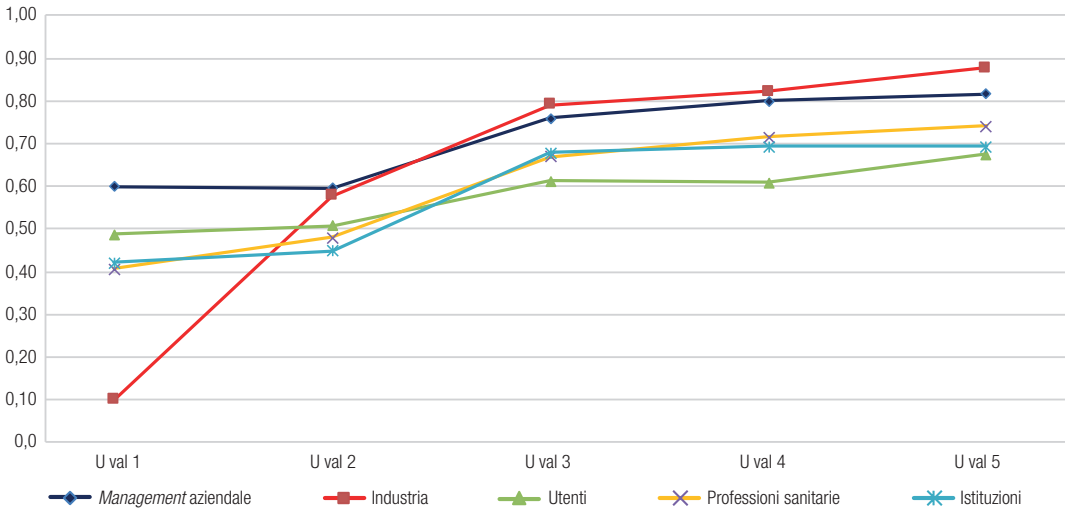


Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'*Expert Panel*

L'andamento della funzione di "valore" dell'indicatore "Qualità di vita percepita in termini di salute" (Figura 34) presenta una utilità marginale crescente all'inizio, che raggiunge un *plateau* nella seconda metà, tranne per l'industria che associa una utilità marginale decrescente.

Da notare però che l'Industria attribuisce un contributo quasi nullo ai valori dell'indicatore peggiori, mentre è nel *range* 42-61% per le altre categorie e raggiunge valori fra i 70 e il 90% per le determinazioni migliori registrate.

**Figura 34**  
**Qualità di vita percepita in termini di salute**  
**Funzione di "valore" per Categoria**

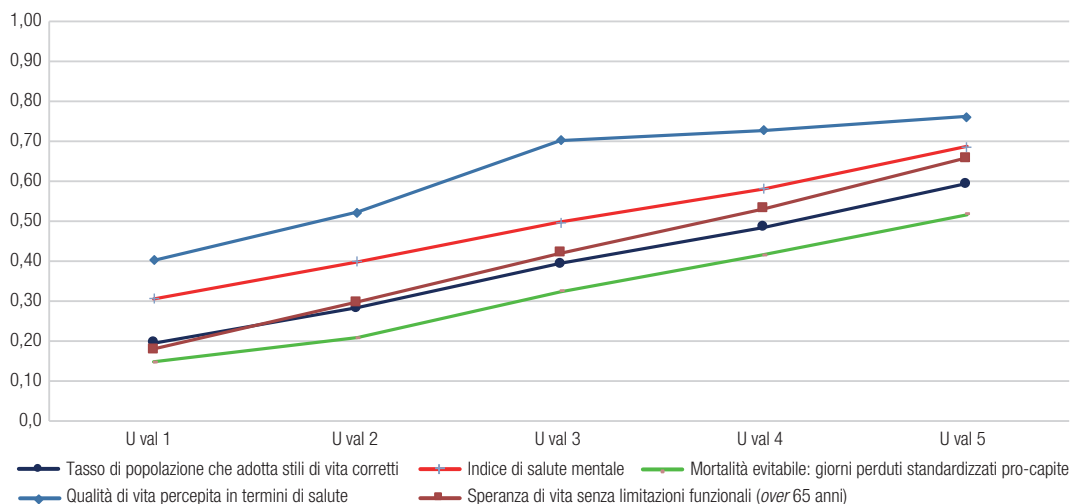


Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

In sintesi, agli indicatori della Dimensione Esiti (Figura 35) è associato un contributo alla *Performance* generalmente proporzionale al miglioramento delle determinazioni degli indicatori. I valori dei contributi associati ai vari indicatori dimostrano un forte “stigma” verso le situazioni associate alle determinazioni peggiori e una residua insoddisfazione anche verso quelle migliori.

**Figura 35**  
**Dimensione Esiti**  
**Funzione di “valore” per Categoria**



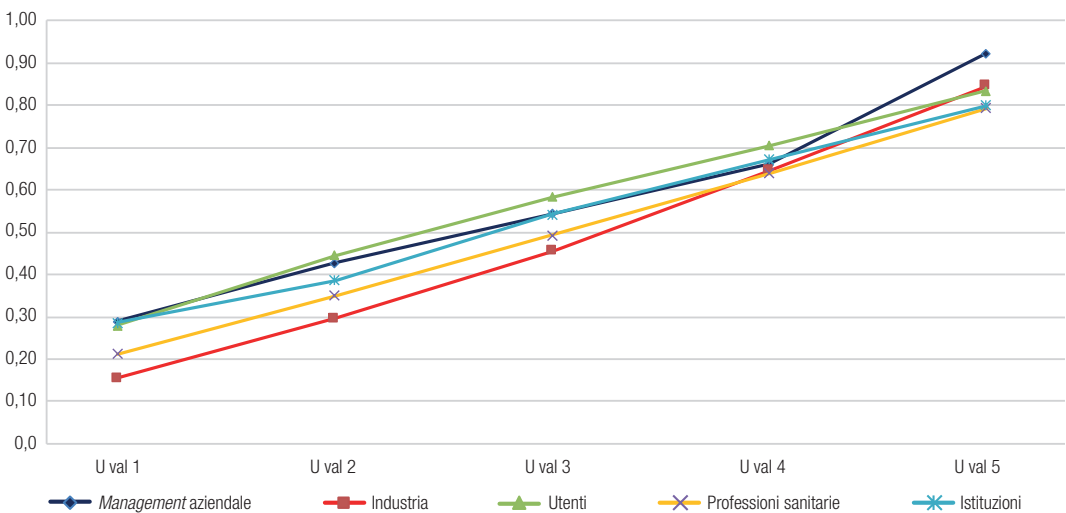
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'*Expert Panel*

## Dimensione Innovazione

L'indicatore "Quota di interventi eseguiti con tecniche mininvasive" (Figura 36) è associato ad una funzione di "valore" lineare, con contributi alla *Performance* modesti in corrispondenza dei valori peggiori registrati a livello nazionale; in particolare, per le Professioni sanitarie e l'Industria il contributo raggiunge appena il 20%.

Tutte le Categorie registrano una sostanziale "soddisfazione" per i valori dell'indicatore prossimi ai massimi livelli registrati a livello nazionale, associandovi un livello di contributo nel *range* 80%-85% di quello massimo ottenibile (per il *Management aziendale* supera il 90%).

**Figura 36**  
**Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive**  
**Funzione di "valore" per Categoria**



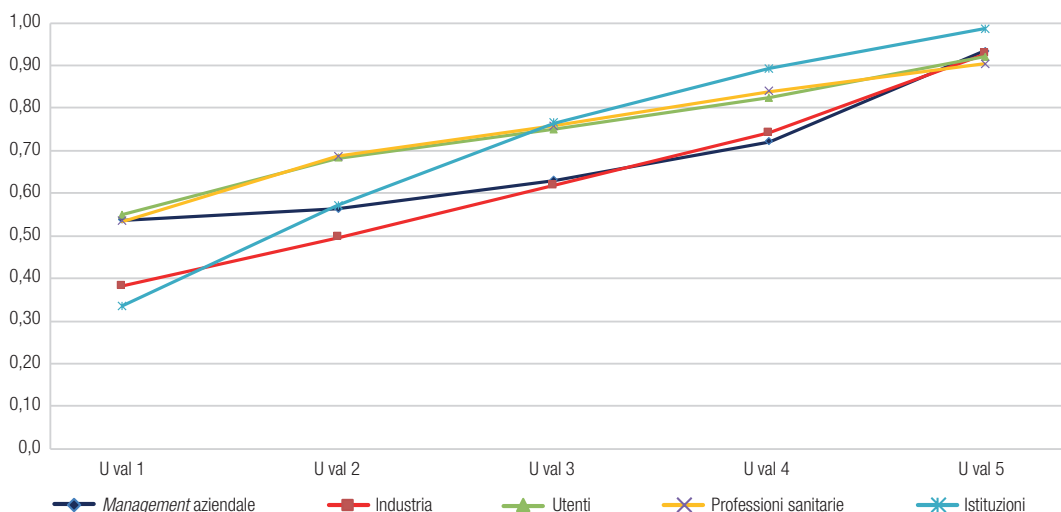
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

All'indicatore “Tasso di utilizzo del FSE” (Figura 37), è associata una funzione di “valore” che assume un andamento lineare per Industria, Professioni sanitarie e Utenti, ma una utilità marginale tendenzialmente decrescente per le Istituzioni e una crescente per il *Management* aziendale.

Per tutte le categorie si registrano contributi ritenuto “accettabili” anche in corrispondenza dei valori peggiori registrati a livello nazionale dall'indicatore, che si avvicinano al massimo possibile per quelli migliori.

**Figura 37**  
**Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico**  
**Funzione di “valore” per Categoria**

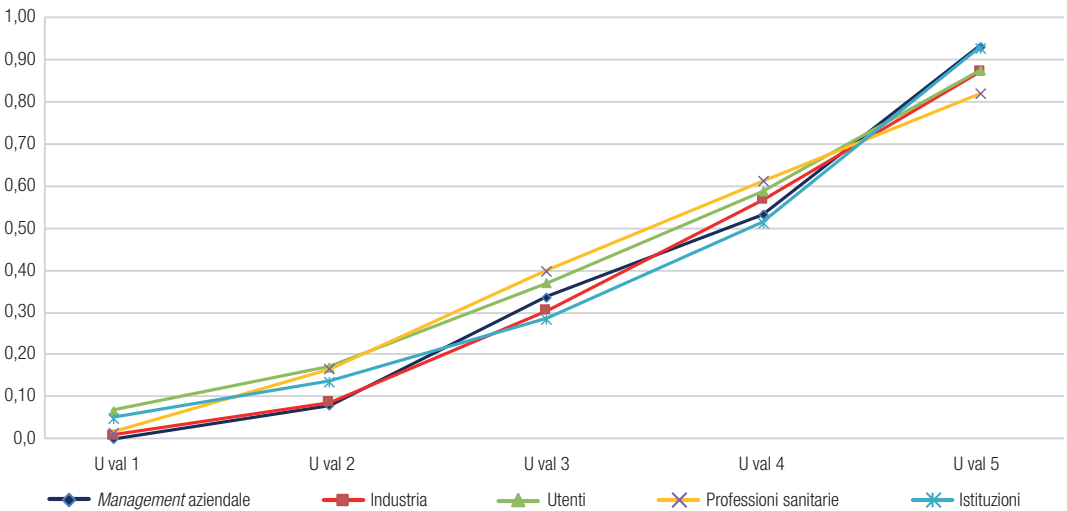


Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'*Expert Panel*

All'indicatore "Quota Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio attivato" (Figura 38) è associata una funzione di "valore" con una utilità marginale crescente per tutte le categorie, sebbene con "intensità" diverse.

I valori peggiori registrati a livello nazionale sono associati a contributi quasi nulli; mentre in corrispondenza del migliore valore nazionale dell'indicatore è stato assegnato un contributo alla *Performance* nel range 80-95% di quello massimo possibile.

**Figura 38**  
**Quota Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio attivato**  
**Funzione di "valore" per Categoria**

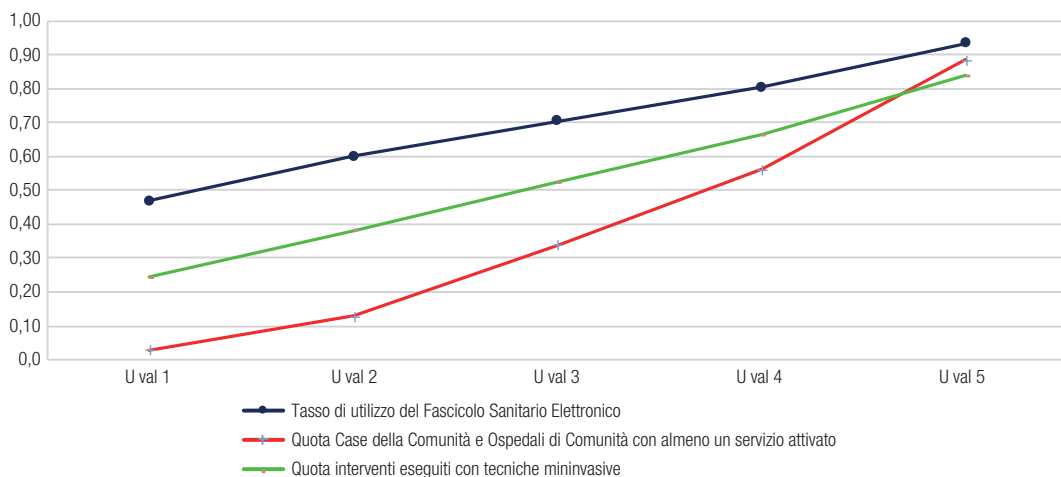


Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Complessivamente, agli indicatori della Dimensione Innovazione (Figura 39) vengono associate funzioni di “valore” sostanzialmente lineari, tranne per quello relativo all'implementazione del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), per il quale si osserva un contributo alla *Performance* praticamente nullo in corrispondenza delle determinazioni peggiori sinora registrate.

**Figura 39**  
**Dimensione Innovazione**  
**Funzione di “valore” per Categoria**



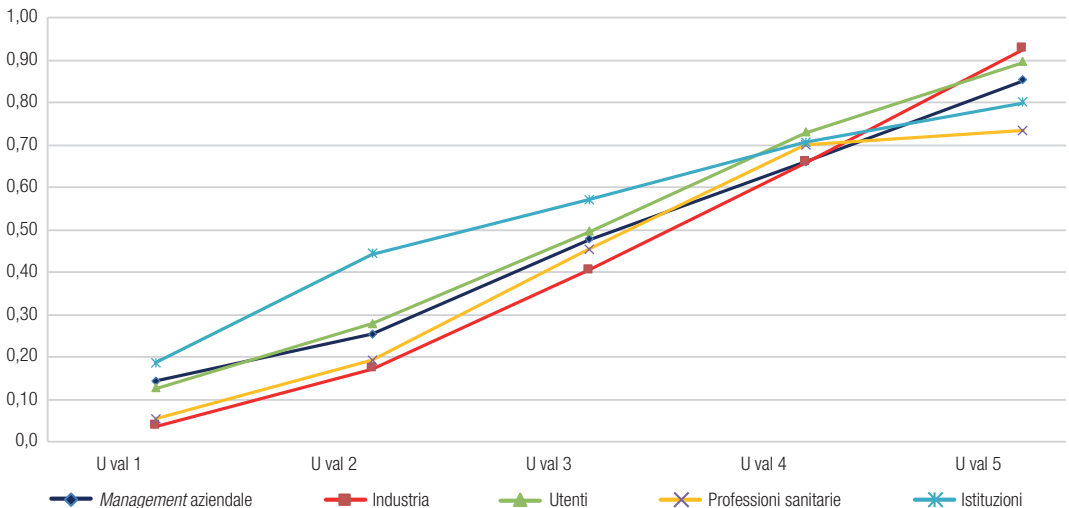
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'*Expert Panel*

## Dimensione Sociale

La funzione di “valore” dell’indicatore “Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale” (Figura 40) assume un andamento quasi lineare, tranne per le Istituzioni per le quali assume un andamento a utilità marginale decrescente.

Il livello di contributo alla *Performance* è ritenuto sostanzialmente nullo per valori prossimi alle peggior determinazioni nazionali, mentre è quasi “pieno” in corrispondenza dei valori migliori.

**Figura 40**  
**Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale**  
**Funzione di “valore” per Categoria**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

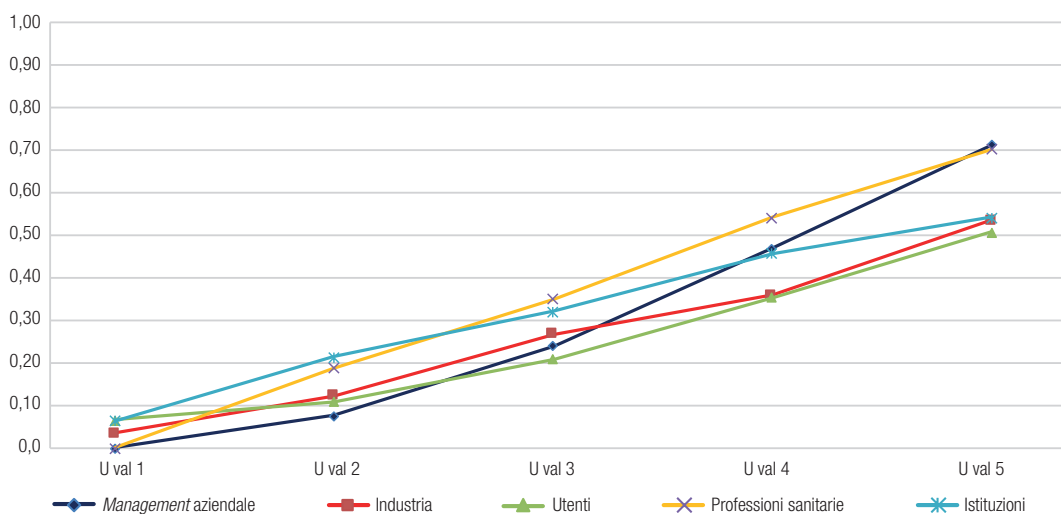
# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Analoghe osservazioni si possono fare per la funzione di “valore” associata all’indicatore “Quota di persone, disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare” (Figura 41).

Anche in questo caso la funzione di valore risulta sostanzialmente lineare, anche se per le Istituzioni si assume una utilità marginale decrescente mentre per gli Utenti e il *Management* aziendale risulta crescente.

Anche in questo caso i valori peggiori dell’indicatore sono associati a contributi quasi nulli, ed anche quelli migliori si associano a contributi insufficienti (intorno al 50%), tranne che per Professioni sanitarie ed il *Management* aziendale per i quali si raggiunge il 70% del massimo possibile.

**Figura 41**  
**Quota di persone disabili e/o anziani**  
**che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari**  
**Funzione di “valore” per Categoria**

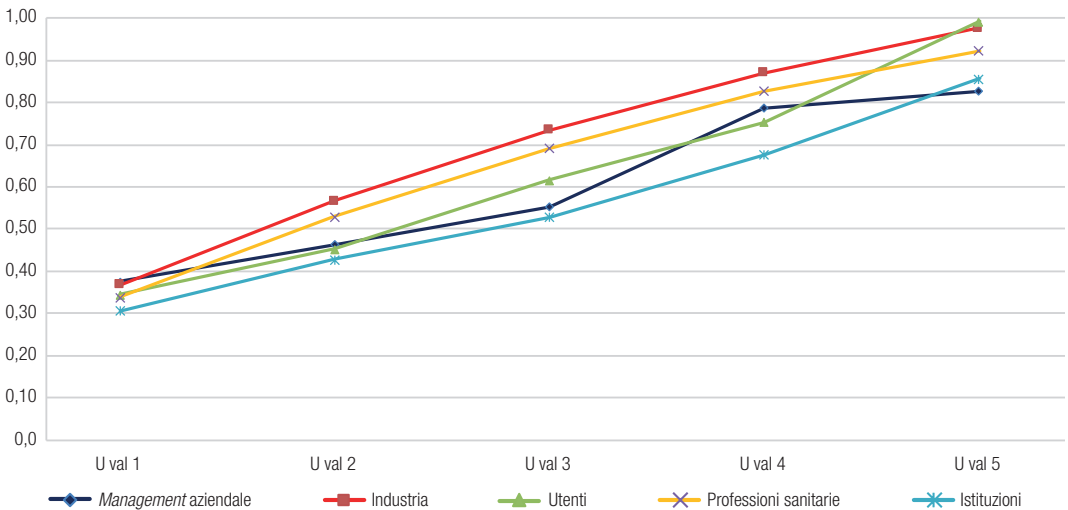


Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

La funzione di “valore” dell’indicatore “Quota di distretti con integrazione socio-sanitaria” (Figura 42), assume un andamento con utilità marginale decrescente per Industria e Professioni Sanitarie, lineare per le Istituzioni e sigmoidale per Utenti e *Management Aziendale*.

Il contributo è significativo anche in presenza dei valori peggiori dell’indicatore, e sono nel range 82-92% per quelli migliori.

**Figura 42**  
**Quota di distretti con integrazione socio-sanitaria**  
**Funzione di “valore” per Categoria**

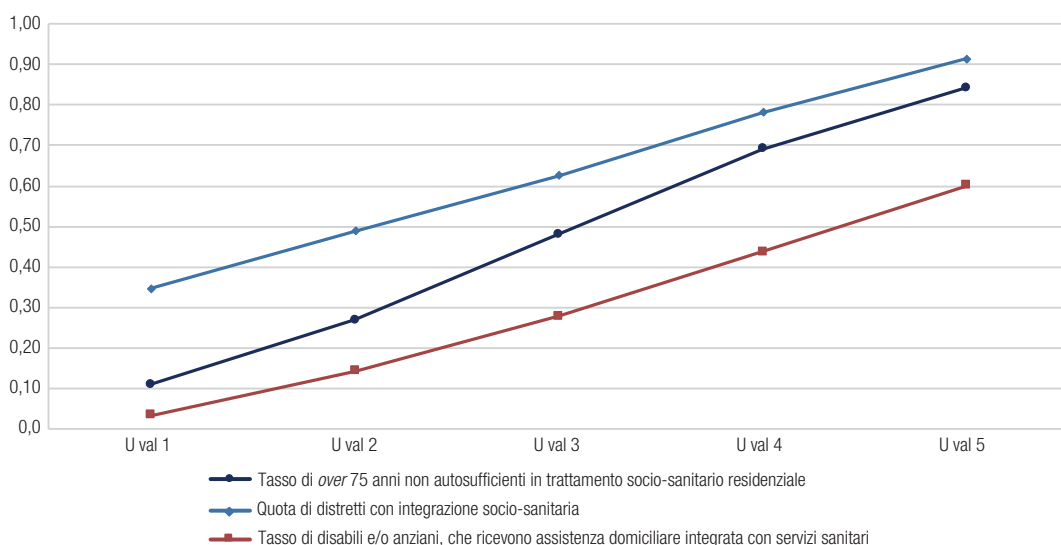


Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

Per la Dimensione Sociale (Figura 43), in media si registrano funzioni di “valore” sostanzialmente lineari, con un livello di contributo alla *Performance* raggiungibile in corrispondenza dei valori migliori nazionali, intorno all'85-95% di quella massima possibile per i ricoveri degli anziani nelle residenze e l'integrazione socio-sanitaria; il valore non raggiunge invece la sufficienza (50% del valore massimo) per l'indicatore sull'assistenza domiciliare ed il ricovero nelle residenze. Per questi indicatori i valori peggiori degli indicatori viene attribuita una *Performance* quasi nulla.

**Figura 43**  
**Dimensione Sociale**  
**Funzione di “valore” per Categoria**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'*Expert Panel*

## Riflessioni finali sulle “funzioni valore” degli indicatori

L'esercizio condotto dall'*Expert Panel*, finalizzato alla definizione delle funzioni di “valore”, ha evidenziato significative differenze a seconda delle Dimensioni considerate, e in alcuni casi anche a seconda della prospettiva adottata.

Per gli indicatori della Dimensione Appropriatezza, in larga misura relativi alla presa in carico extra-ospedaliera, di cronici ed anziani, ed all'attività di prevenzione rivolta a bambini, adulti e anziani, le funzioni di “valore” associate risultano quasi lineari, con qualche eccezione in cui l'andamento (in particolare, quello degli indicatori sull'accesso “improprio” al pronto soccorso e sull'assistenza domiciliare) assumono invece una utilità marginale crescente.

Per la Dimensione Economico-Finanziaria, non si registrano differenze significative nelle valutazioni degli *stakeholder*: le funzioni di “valore” assumono andamenti sostanzialmente lineari; il *gap* di spesa con gli altri Paesi non sembra una priorità, mentre l'incidenza della spesa privata, in analogia a quanto riscontrato anche nelle precedenti edizioni, continua ad essere ritenuta un problema importante, in particolar modo da parte delle Istituzioni.

Prendendo in analisi la Dimensione Equità, i membri del *Panel* continuano ad assumere un atteggiamento di stigma in corrispondenza dei valori peggiori degli indicatori; in corrispondenza di quello sulla mobilità per casistica a media e bassa complessità, viene attribuito un livello di contributo alla *Performance* molto limitato, e in corrispondenza del valore migliore solo gli Utenti risultano sufficientemente soddisfatti; 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. Per l'indicatore relativo all'esecuzione delle prestazioni urgenti nei tempi previsti si riscontra invece un andamento lineare con una buona accettazione dei valori migliori dell'indicatore: solo le Professioni sanitarie e le Istituzioni ritengono che anche in corrispondenza di tali valori ci siano ulteriori margini di miglioramento.

Il fenomeno delle rinunce alle cure è ritenuto inaccettabile da parte di tutti gli *stakeholder*: anche raggiungendo i valori più elevati sinora registrati, il contributo alla *Performance* rimane appena sufficiente.

Nella Dimensione Esiti, il *Panel* ha associato a quasi tutti gli indicatori funzioni di “valore” lineari, caratterizzate da contributi alla *Performance* quasi nulli in corrispondenza dei valori peggiori (tranne che per qualità della vita percepita) e, in generale, vicini al 70% in corrispondenza di quelli migliori. Per la mortalità evitabile non viene raggiunto un livello di *Performance* sufficiente nemmeno in corrispondenza dei valori migliori dell'indicatore.

Per quanto concerne la Dimensione Innovazione, le funzioni di “valore” appaiono lineari: per la digitalizzazione (FSE) e la quota di strutture extra-ospedaliere previste dal PNRR che sono state attivate, il contributo alla *Performance* viene considerato pari a circa il 90% solo in corrispondenza dei valori dell'indicatore migliori osservati a livello nazionale

# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

ed è sostanzialmente più contenuto per quelli peggiori (30-55%); per la quota di strutture extra-ospedaliere previste dal PNRR che sono state attivate, si registra un contributo nullo in termini di *Performance* nei casi di bassa attivazione.

Per la Dimensione Sociale, si osserva un andamento di sostanziale linearità delle funzioni “valore”, con una forte penalizzazione in corrispondenza dei valori peggiori degli indicatori sul ricorso alle residenze per gli *over 75* e per l'assistenza domiciliare erogata dai comuni integrata col sanitario; per quest'ultima i più soddisfatti sono i rappresentanti delle Professioni sanitarie e del *Management Aziendale*.

Considerando la tipologia di *stakeholder*, emergono differenze sistematiche: il *Management* aziendale e l'Industria tendono ad attribuire livelli di contributo alla *Performance* più elevati e a esprimere una maggiore soddisfazione complessiva, per le determinazioni degli indicatori; questo in particolar per le Dimensioni dell'Innovazione e ove gli indicatori si correlano alla gestione delle risorse; le Professioni sanitarie si collocano in posizione intermedia, con valutazioni attente alla qualità e agli esiti; gli Utenti e le Istituzioni, invece, assumono un atteggiamento più prudente e critico, esprimendo livelli di soddisfazione inferiori e una maggiore sensibilità alle criticità legate a equità, accesso e servizi territoriali.

Nel loro insieme, i risultati delineano un quadro in cui i miglioramenti degli indicatori si traducono in un aumento della *Performance*, ma raramente i livelli attuali sono considerati vicino ad una *Performance* ottimale, evidenziando un diffuso orientamento verso la necessità di ulteriori progressi qualitativi del sistema di tutela della salute.

## 3.3. La composizione degli indicatori

La successiva fase dell'esercizio di elicitazione condotto con i componenti del *Panel* è quella relativa alla determinazione dei “pesi” relativi attribuiti dagli *stakeholder* ai diversi indicatori e, indirettamente, alle Dimensioni.

A tal fine, sono stati stimati i tassi marginali di sostituzione tra gli indicatori, sottoponendo al *Panel* 21 coppie di indicatori, di seguito elencate, e chiedendo loro di individuare combinazioni alternative (ossia differenti livelli degli indicatori) in grado di garantire un analogo contributo complessivo alla *Performance*.

Le coppie individuate, sufficienti a consentire la stima, tramite il *software Logical Decisions*<sup>®</sup> (ver. 8.0), dei tassi di sostituzione tra tutte le possibili combinazioni di indicatori, sono le seguenti:

- “Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale” vs “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65* anni)”
- “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65* anni)” vs “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche”
- “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche” vs “Tasso di mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità e rischio di inappropriatelyzza”
- “Tasso di mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità e rischio di inappropriatelyzza” vs “Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico”

- “Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico” vs “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata”
- “Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata” vs “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari”
- “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” vs “Indice di salute mentale”
- “Indice di salute mentale” vs “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell’anziano e *screening*)”
- “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell’anziano e *screening*)” vs “Quota di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie (per motivi economici, distanza, liste d’attesa, orari scomodi, etc.)”
- “Quota di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie (per motivi economici, distanza, liste d’attesa, orari scomodi, etc.)” vs “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive”
- “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive” vs “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali”
- “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali” vs “Quota di distretti con integrazione socio-sanitaria”
- “Quota di distretti con integrazione socio-sanitaria” vs “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti”
- “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti” vs “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata”
- “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata” vs “Quota di prestazioni con priorità B eseguite nei tempi previsti”
- “Quota di prestazioni con priorità B eseguite nei tempi previsti” vs “Quota case di comunità con almeno un servizio attivo”
- “Quota case di comunità con almeno un servizio attivo” vs “Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* rispetto alla media EU”.
- “Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* rispetto alla media EU” vs “Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite”.
- “Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite” vs “Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde”
- “Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde” vs “Qualità di vita percepita in termini di salute”.
- “Quota di interventi per cancro della mammella, della prostata e del polmone effettuati in strutture con casistiche congrue con i livelli minimi indicati dal D.M. 70/2015” vs “Qualità di vita percepita in termini di salute”.

Si riportano a seguire, per singola Categoria di *stakeholder*, e anche per tutto il *Panel*, i risultati ottenuti.

## 3.4. Il contributo delle Dimensioni e degli indicatori alla *Performance*

Aggregando per Dimensione i risultati ottenuti con gli esercizi di elicitazione delle preferenze dei membri del *Panel* si osserva come le dimensioni Esiti ed Appropriatezza contribuiscano complessivamente per quasi il 60% alla *Performance*: rispettivamente per il 31,2% e il 27,5%; a seguire la Dimensione Economico-Finanziaria arriva al 12,7%, e quella Sociale all'11,8%.

Contributi più contenuti (sotto il 10%) sono associati alle dimensioni Equità e Innovazione, che incidono rispettivamente per il 9,9% e il 6,9%.

Rispetto alla ultima edizione, si registra una riduzione del “peso” associato alle Dimensioni Equità ed Innovazione, di -5,3 punti percentuali (p.p.) per entrambi e, in misura minore di quella Sociale (-1,0 p.p.); aumenta invece il contributo degli Esiti (+6,9 p.p.) e, sebbene in maniera più contenuta, anche quello di Appropriatezza ed Economico-finanziaria (+3,2 e +1,6 p.p. rispettivamente).

La dinamica dei contributi alla *Performance* sembra indicare un ritorno di attenzione ai “fondamentali clinici”, ovvero Esiti e Appropriatezza: una tendenza che potrebbe indicare che dopo vari anni in cui questi non si consideravano in “discussione” le difficoltà del SSN portano a temerne una involuzione.

Difficoltà certamente dovuta anche agli aspetti economici che sono anch'essi in crescita.

Non stupisce che l'integrazione con il Sociale e l'Innovazione siano quindi per ora accantonate; mentre è di più difficile spiegazione l'arretramento sul versante dell'Equità.

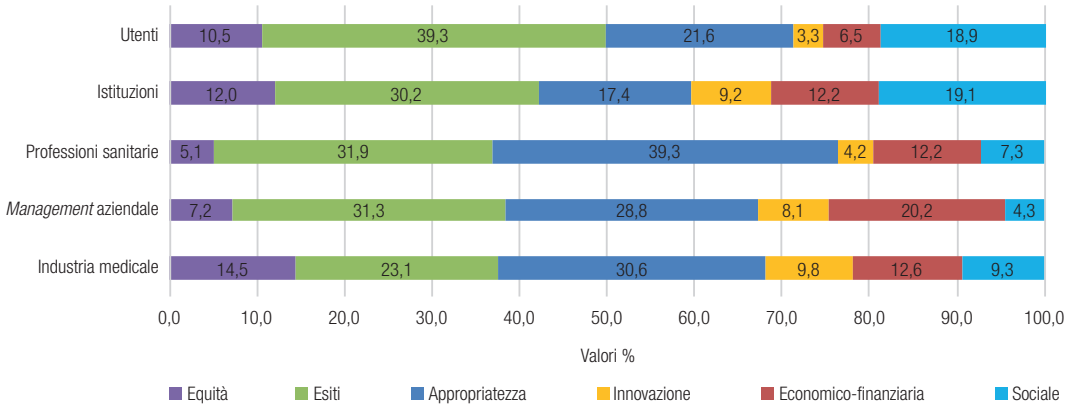
Analizzando i risultati per categoria di *stakeholder* (Figura 44), per gli Utenti, le Dimensioni Esiti, Appropriatezza e Sociale, contribuiscono per quasi l'80% alla misura della *Performance* (39,3%, 21,6% e 18,9% rispettivamente), ed hanno aumentato il loro contributo rispetto alla precedente annualità; seguono, Equità (10,5%), Economico-finanziaria (6,5%) ed Innovazione (3,3%).

Anche per i rappresentanti delle Istituzioni sono Esiti, Sociale ed Appropriatezza le Dimensioni “prioritarie”, e contribuiscono per quasi il 70% alla *Performance* (30,2%, 19,1%, 17,4% rispettivamente); segue la dimensione Economico-finanziaria con il 12,2%, l'Equità con il 12,0% e l'Innovazione con il 9,2%.

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie, rimangono in testa le Dimensioni Appropriatezza ed Esiti, ma quella Economico-finanziaria sostituisce il Sociale (evidentemente percepito come esterno al loro perimetro di competenza); le prime tre Dimensioni contribuiscono per oltre l'80% alla *Performance* (39,3%, 31,9% e 12,2% rispettivamente), seguite da Sociale, Equità e Innovazione rispettivamente con il 7,3%, il 5,1% ed il 4,2%.

Stesse priorità per il *Management Aziendale*, con Esiti, Appropriatezza e Economico-finanziaria che contribuiscono per l'80,3% alla *Performance* (31,3%, 28,8% e 20,2% rispettivamente); seguono Innovazione con l'8,1%, l'Equità con il 7,2% ed il Sociale con il 4,3%.

**Figura 44**  
**Contributo delle Dimensioni alla Performance**  
**Per categoria di stakeholder**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Infine, per i rappresentanti dell'Industria delle *Life Sciences*, sono le Dimensioni dell'Appropriatelyzza, degli Esiti e dell'Equità quelle che contribuiscono maggiormente alla Performance (30,6%, 23,1% e 14,5% rispettivamente); seguono l'Economico-finanziaria (12,6%), l'Innovazione (9,8%) e la Dimensione Sociale (9,3%).

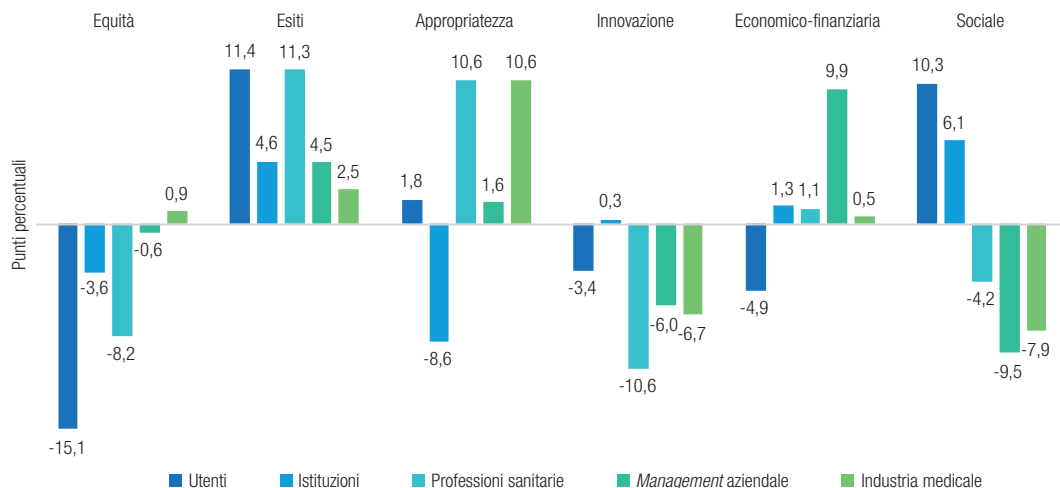
Analizzando la dinamica del contributo alla Performance per categoria (Figura 45), è possibile osservare come per gli Utenti sia diminuito il "peso" dell'Equità, dell'Economico-finanziaria e dell'Innovazione (-15,1, -4,9 e -3,4 p.p. rispettivamente) ed aumentato quello di Esiti (+11,4 p.p.), Sociale (+10,3 p.p.) ed Appropriatelyzza (+1,8 p.p.). Quindi si conferma che per gli Utenti, oltre la qualità clinica dell'Assistenza, l'integrazione con il Sociale è diventato un elemento cruciale, tanto forse da avere scalzato le preoccupazioni equitative, che pure leggendo gli indicatori rimangono rilevanti.

Per i rappresentanti delle Professioni Sanitarie è diminuito il contributo riconosciuto alle Dimensioni Innovazione, Equità e Sociale (-10,6, -8,2 e -4,2 p.p. rispettivamente), aumentando notevolmente il peso di Esiti (+11,3 p.p.), Appropriatelyzza (+10,6 p.p.) ed in misura più contenuta dell'Economico-finanziaria (+1,1 p.p.).

Per il Management Aziendale si è ridotto il contributo delle Dimensioni Sociale (-9,5 p.p.), della Dimensione Innovazione (-6,0 p.p.) e dell'Equità (-0,6 p.p.), aumentando il contributo dell'Economico-finanziaria (+9,9 p.p.), Esiti (+4,5 p.p.) ed Appropriatelyzza (+1,6 p.p.).

Per i professionisti del SSN (Clinici e Management) il Sociale non sembra, quindi, una priorità, forse avvalorata dall'assenza nel PNRR di un disegno di reale integrazione, e dalla consapevolezza che le risorse disponibili sono insufficienti per sostenere un "ampliamento" del Servizio verso l'assistenza sociale.

**Figura 45**  
**Variazioni del contributo delle Dimensioni alla *Performance***  
**XIV vs XIII edizione**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dall'Expert Panel

Per i rappresentanti delle Istituzioni è aumentato il “peso” attribuito a Sociale, Esiti, Economico-finanziaria ed Innovazione (+6,1, +4,6, +1,3 e +0,3 p.p. rispettivamente), ed è diminuito quello delle Dimensioni Appropriatezza ed Equità (-8,6 e -3,6 p.p. rispettivamente).

Infine, per l'Industria si è ridotto il contributo riconosciuto alla Dimensione Sociale (-7,9 p.p.) e Innovazione (-6,7 p.p.); ed è aumentato quello dell'Appropriatezza (+10,6 p.p.) e, in misura minore, quello di Esiti (+2,5 p.p.), Equità (+0,9 p.p.) ed Economico-finanziaria (+0,5 p.p.).

Spostando l'attenzione sul contributo degli indicatori, si osserva che, per gli Utenti, il 70% della *Performance* è spiegata sei indicatori: “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (over 65 anni)” (27,5%), “Tasso di over 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale” (13,4%), “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche” (11,7%), “Quota di interventi per cancro della mammella, della prostata e del polmone effettuati in strutture con casistiche congrue con i livelli minimi indicati dal D.M. 70/2015” (6,5%), “Quota mobilità passiva effettiva per DRG a bassa o media complessità” (5,1%) e “Indice di salute mentale” (4,5%).

Per i rappresentanti delle Istituzioni il 70% della *Performance* è spiegata da otto indicatori: “Indice di salute mentale” (18,9%), “Tasso di over 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale” (10,3%), “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e *screening*)” (8,2%), “Spesa sanitaria totale pro-capite

standardizzata” (7,0%), “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” (7,0%), “Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over 65 anni*)” (6,1%), “Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche” (6,1%) e “Quota di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie (per motivi economici, distanza, liste d’attesa, orari scomodi, etc.)” (6,1%).

Per i rappresentanti delle Professioni sanitarie, quasi il 70% della *Performance* è associata a sei indicatori: “Quota di interventi per cancro della mammella, della prostata e del polmone effettuati in strutture con casistiche congrue con i livelli minimi indicati dal D.M. 70/2015” (21,6%), “Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite” (15,8%), “Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* rispetto alla media EU” (8,7%), “Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata” (7,3%), “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti” (7,3%) e “Tasso di accessi al pronto soccorso (PS) nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde” (6,5%).

Per i rappresentanti del *Management* aziendale i primi cinque indicatori rappresentano quasi il 70% della *Performance*: “Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* rispetto alla media EU” (17,5%), “Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite” (17,5%), “Quota di interventi per cancro della mammella, della prostata e del polmone effettuati in strutture con casistiche congrue con i livelli minimi indicati dal D.M. 70/2015” (14,6%), “Qualità di vita percepita in termini di salute” (7,6%) e “Tasso di accessi al pronto soccorso (PS) nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde” (7,6%).

Infine, per i rappresentanti dell’*Industria Life Sciences*, quasi il 70% della *Performance* è attribuibile a undici indicatori: “Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell’anziano e *screening*)” (10,7%), “Quota di interventi per cancro della mammella, della prostata e del polmone effettuati in strutture con casistiche congrue con i livelli minimi indicati dal D.M. 70/2015” (8,8%), “Indice di salute mentale” (7,0%), “Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali” (6,1%), “Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive” (6,1%), “Quota di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie (per motivi economici, distanza, liste d’attesa, orari scomodi, etc.)” (6,1%), “Tasso di accessi al pronto soccorso (PS) nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde” (5,3%), “Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite” (5,3%), “Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari” (5,0%), “Quota mobilità passiva effettiva per DRG a bassa o media complessità” (4,8%) e “Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti” (4,6%).

In sintesi, l’appropriatezza in termini di adeguatezza della casistica trattata è una priorità per Utenti, Professioni sanitarie, *Management* Aziendale, *Industria Life Sciences*.

La mortalità evitabile, gli accessi “impropri” al Pronto Soccorso rappresentano una priorità per Professioni sanitarie, *Management* e *Industria* la Salute mentale per gli Utenti, i rappresentanti delle Istituzioni e dell’*Industria*.

## “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

La speranza di vita senza limitazioni funzionali e presa in carico degli *over 75* nelle residenze rappresentano una priorità comune per Utenti e Istituzioni; la prevenzione per Istituzioni e Industria.

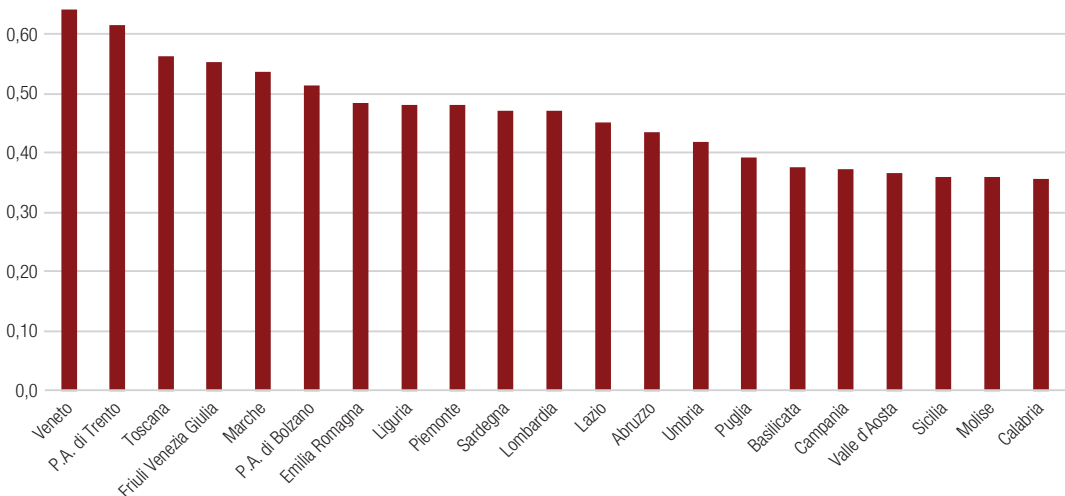
L'assenza di un nucleo di indicatori comune a tutte le categorie conferma che la *Performance* è percepita in modo differenziato a seconda della prospettiva di cui sono portatori i differenti *stakeholder*.

A riprova di ciò, ogni categoria presenta diverse priorità: per gli Utenti gli esiti e le condizioni di vita; per i rappresentanti delle Istituzioni la garanzia di un equilibrio tra equità, prevenzione e sostenibilità; per i Professionisti sanitari la qualità clinica e gli esiti; per il *Management* l'efficienza e gli esiti; per i rappresentanti dell'Industria *Life Sciences* innovazione, accesso ed esiti.

## 4. La Performance socio-sanitaria

Sulla base degli indicatori votati e dell'elicitazione delle preferenze dei diversi *stakeholder* finalizzata a individuarne il loro contributo alla *Performance*, è stato elaborato l'indice complessivo (sintetico) di *Performance*: in questa XIV edizione (2026) dello studio, la *Performance* massima oscilla da un massimo del 64% (fatto 100% il risultato massimo teorico raggiungibile) del Veneto ad un minimo del 36% della Regione Calabria (Figura 46).

**Figura 46**  
**Indice di Performance regionale**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

Si conferma, al netto delle differenze fra Regioni, la distanza delle *Performance* da quella potenzialmente ottimale, fenomeno già emerso nelle precedenti edizioni dello studio e spiegata dalle aspettative del *Panel* relative alla possibilità di migliorare su vari fronti il sistema di tutela. Rispetto alle precedenti edizioni, si evidenzia comunque un generale miglioramento dei livelli di *Performance*.

In termini relativi, permane comunque un divario rilevante tra le Regioni che si posizionano agli estremi della distribuzione: mentre le prime raggiungono livelli prossimi ai due terzi del massimo conseguibile (64% per il Veneto e 62% per la P.A. di Trento), le ultime restano ferme su valori intorno al 36-39%, confermando la persistenza di una forte gradiente territoriale: circa un terzo delle Regioni continua a non superare il 40% del valore massimo ottenibile.

# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

Dal punto di vista qualitativo, si conferma l'esistenza di tre (o quattro) gruppi di Regioni: Veneto, P.A. di Trento, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Marche, P.A. di Bolzano che superano la soglia del 50%, con le prime due sopra il 60% che possiamo considerare un “gruppo” a sé stante.

Il terzo gruppo include Emilia Romagna, Liguria, Piemonte, Sardegna, Lombardia, Lazio, Abruzzo e Umbria, con valori intermedi compresi tra il 49% e il 42%.

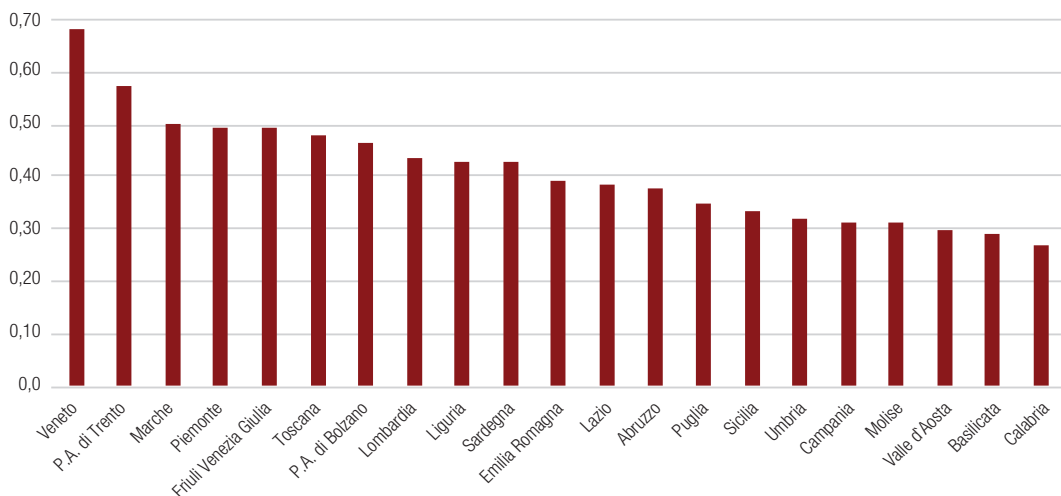
Infine, nel quarto gruppo si collocano sette Regioni, Puglia, Basilicata, Campania, Valle d'Aosta, Sicilia, Molise e Calabria, che presentano livelli di *Performance* inferiori al 40%, con valori che si attestano tra il 39% e il 36%.

## Dimensione Utenti

Considerando la Categoria Utenti (Figura 47), il Veneto, con il 69%, risulta in prima posizione, confermando la posizione registrata nel *ranking* “generale”.

Seguono la P.A. di Trento (57%) e le Marche (51%), quest'ultima recupera due posizioni rispetto al *ranking* generale; Valle d'Aosta, Basilicata e Calabria, occupano le ultime tre posizioni con un indice di *Performance* pari rispettivamente al 30%, 29% e 27% di quella massima.

**Figura 47**  
**Indice di *Performance***  
**Categoria Utenti**

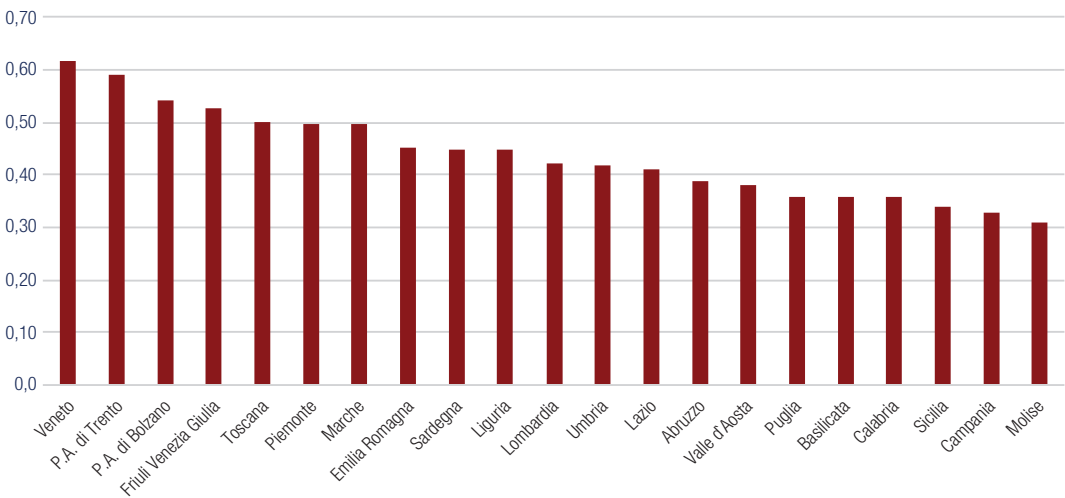


Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

## Categoria Istituzioni

Per i rappresentanti delle Istituzioni (Figura 48), la misura di *Performance* varia dal 62% del Veneto al 31% del Molise: aumenta quindi il *gap* fra gli estremi; si confermano le prime due posizioni rispetto al *ranking* generale, presidiate rispettivamente da Veneto e P.A. di Trento, con livelli di *Performance* pressoché simili (62% e 59%); la P.A. di Bolzano guadagna tre posizioni, passando dalla sesta alla terza posizione, a scapito dell'Emilia Romagna, che perde cinque posizioni (undicesima). Nelle ultime posizioni sei Regioni si attestano su livelli di *Performance* compresi tra 36% ed il 31%: nello specifico Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Campania e Molise.

**Figura 48**  
**Indice di Performance**  
**Categoria Istituzioni**

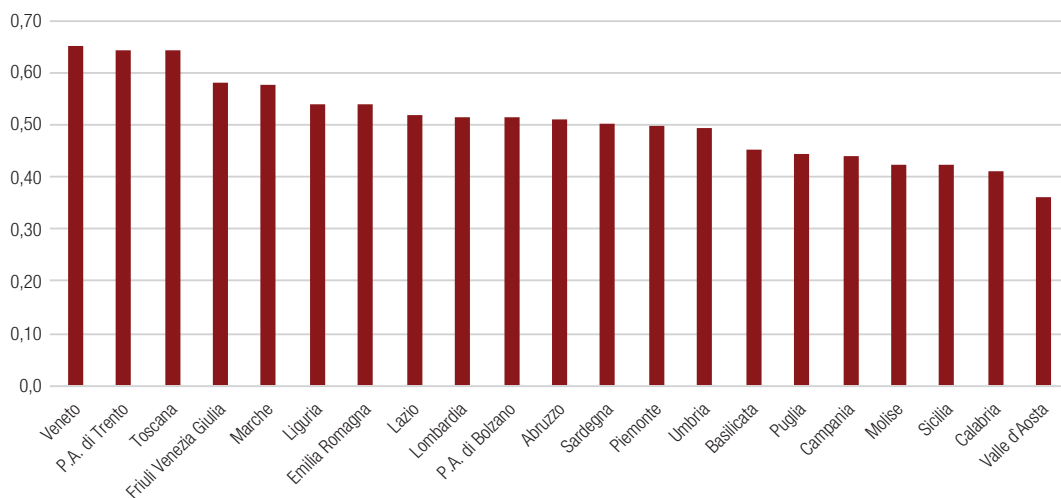


Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

## Categoria Professioni Sanitarie

Per le Professioni Sanitarie (Figura 49) si passa dal 65% del Veneto al 36% della Valle d'Aosta; Veneto, P.A. di Trento, Toscana, Friuli Venezia Giulia e Marche, con un livello di *Performance* compreso tra il 65% e il 58%, occupano le prime cinque posizioni. La Valle d'Aosta perde tre posizioni e occupa l'ultima posizione, con un indice di *Performance* inferiore al 40%.

**Figura 49**  
**Indice di *Performance***  
**Categoria Professioni Sanitarie**

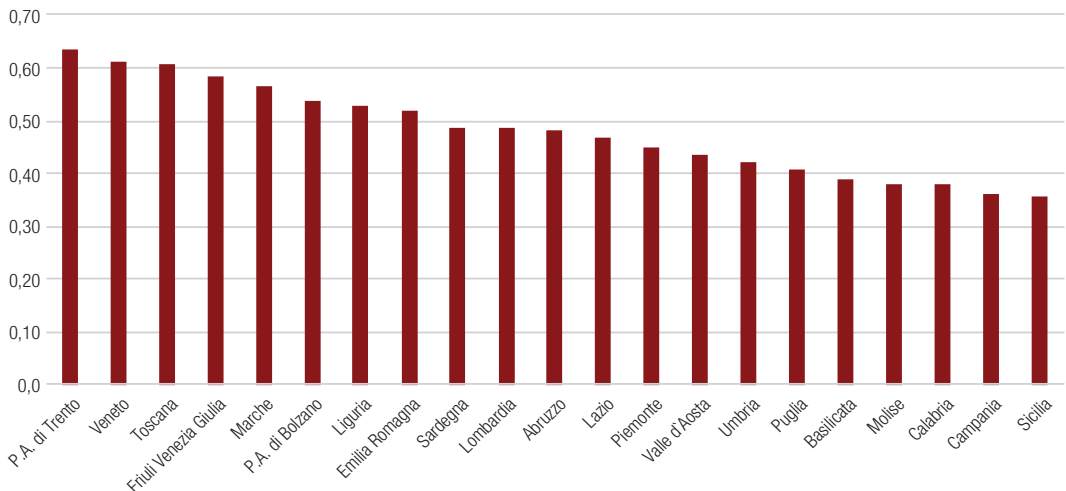


Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

## Categoria *Management* aziendale

Per la Categoria *Management* Aziendale (Figura 50) la forbice tra la Regione più performante e quella meno è uguale rispetto a quella del *ranking* "generale": si passa da un valore massimo del 64% del Veneto ad uno minimo del 36% della Sicilia. La P.A. di Trento occupa la prima posizione superando il Veneto, segue la Toscana, con un indice di *Performance* pari al 61%. All'estremo opposto troviamo Basilicata, Molise, Calabria, Campania e Sicilia (che perde due posizioni, finendo ultima) che occupano le ultime cinque posizioni con un valore dell'indice di *Performance* inferiore al 40%.

**Figura 50**  
**Indice di *Performance***  
**Categoria *Management* aziendale**

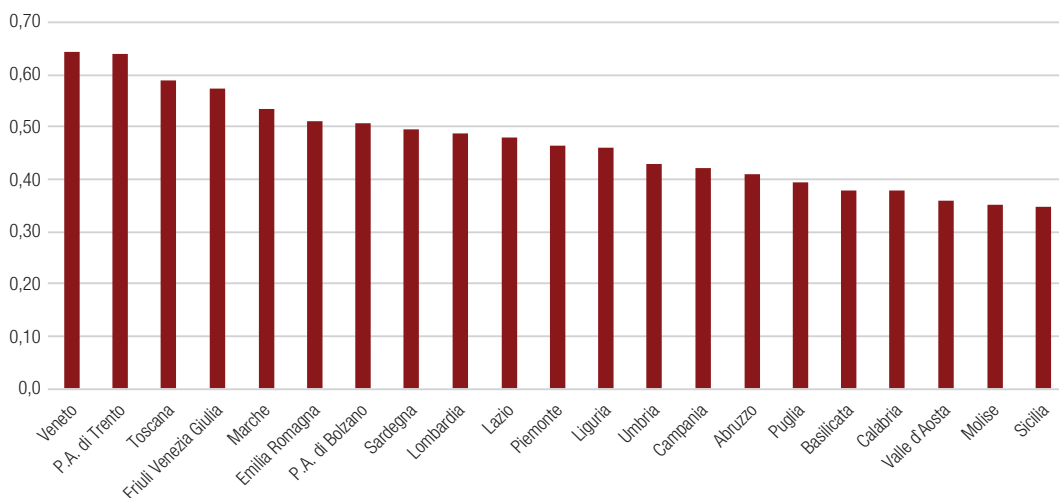


Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

## Categoria Industria *Life Sciences*

Per i rappresentanti dell'Industria *Life Sciences* (Figura 51) la forbice del *ranking* tra la prima e l'ultima posizione si amplia, passando dal 64% del Veneto al 35% della Sicilia. Veneto e P.A. di Trento si confermano nelle prime due posizioni, con un livello di *Performance* pari al 64%; seguono Toscana, Friuli Venezia Giulia, Marche, Emilia Romagna e P.A. di Bolzano, con un livello di *Performance* compreso tra il 59% e il 51%. Nelle ultime posizioni troviamo Basilicata, Calabria, Valle d'Aosta, Molise e Sicilia, che presentano un livello di *Performance* inferiore al 40%.

**Figura 51**  
**Indice di *Performance***  
**Categoria Industria *Life Sciences***



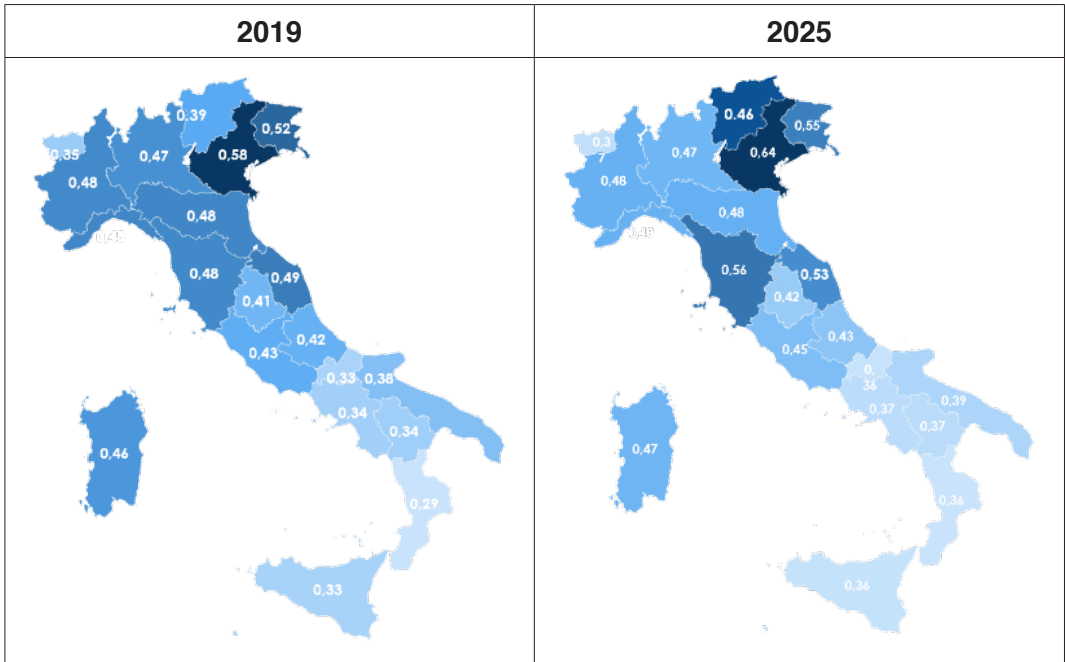
Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

## La dinamica della *Performance*

Al fine di effettuare analisi sulla dinamica della *Performance*, prendendo in considerazione gli indicatori selezionati in questa edizione dello studio ed il “peso” loro attribuito, si è provveduto a ricalcolare le *Performance* che con questo set “di preferenze” si sarebbe determinato negli anni scorsi.

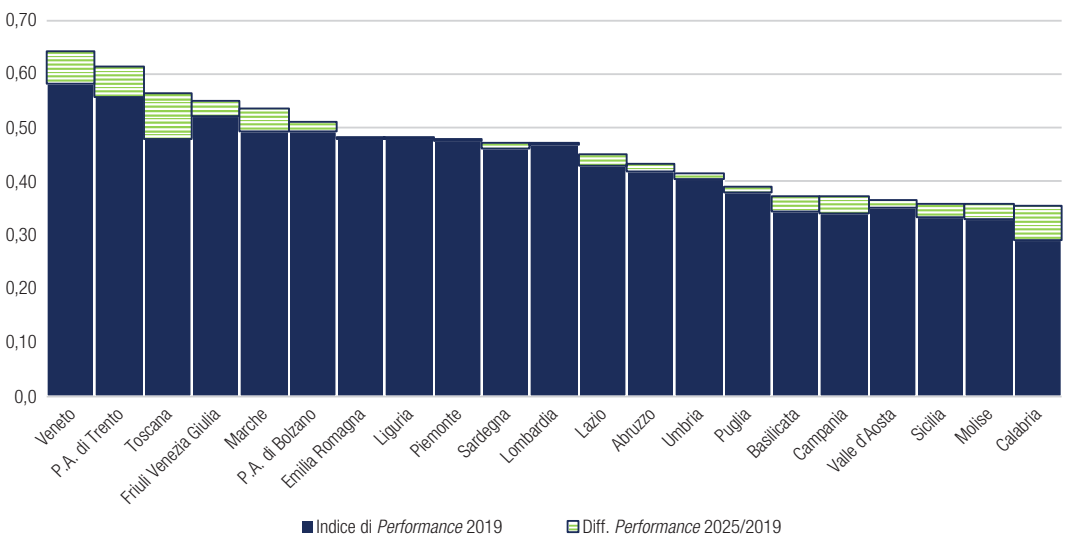
A seguito di tale elaborazione, si può apprezzare come, per il 2025, il livello medio nazionale della *Performance*, ottenuto mediando le *Performance* delle diverse Regioni, è risultato pari al 46,1% del valore teorico ottimale, mentre nel 2019 sarebbe stato del 43,4%: si conferma quindi un *trend* di miglioramento della *Performance*, sebbene il valore medio rimanga molto lontano dai valori ottimali (Figura 52, 53).

**Figura 52**  
**Indici di Performance regionali 2019 e 2025**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

**Figura 53**  
**Indice di Performance 2019 e 2025**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

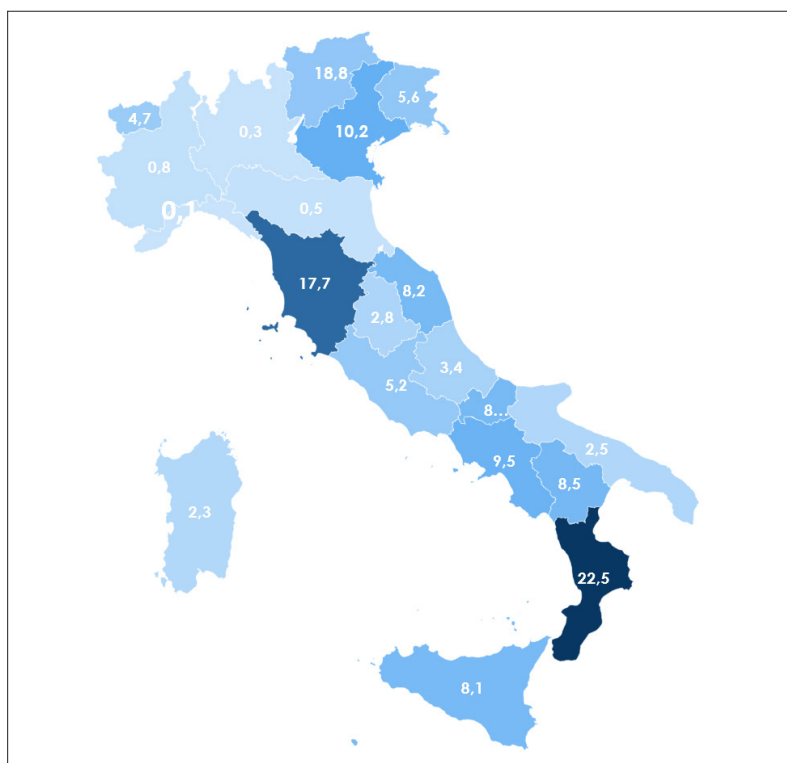
## “Livelli di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

Il miglioramento dell'indice di *Performance* ha interessato tutte le ripartizioni geografiche, ma in particolare le realtà del Centro (+0,04 p.p.) e del Mezzogiorno (+0,03 p.p. in media), a seguire quelle del Nord (+0,02 p.p.).

A livello regionale, in tutte si è registrato un miglioramento della *Performance* nel periodo considerato: quello maggiore si è registrato in Toscana (+0,08 p.p.), seguita da Calabria (+0,065 p.p.), Veneto (+0,059) e P.A. di Trento (+0,057); quello più basso in Lombardia, Liguria, Emilia Romagna e Piemonte con +0,01 p.p. rispettivamente (Figura 54)

Per il dettaglio sulla dinamica regionale dei singoli indicatori si rimanda alle schede regionali in appendice.

**Figura 54**  
**Indice di *Performance*: tasso% di variazione 2025/2019**



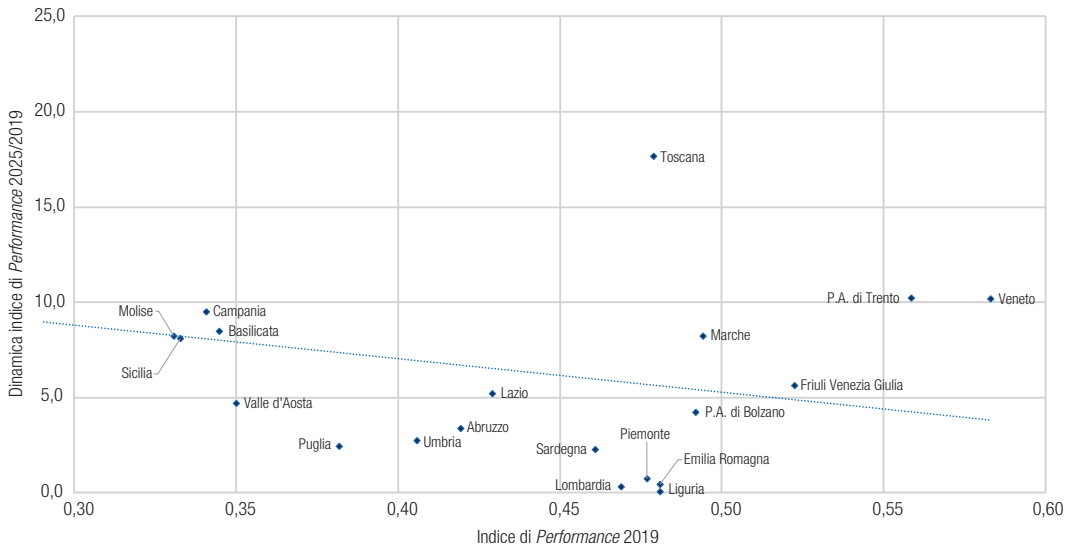
Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Complessivamente si osserva una seppur modesta correlazione negativa (-0,45), escludendo il valore anomalo della Toscana, fra entità del miglioramento e livello di partenza della *Performance*: in altri termini si confermerebbe come i miglioramenti siano stati maggiori nelle Regioni con il più basso indice di *Performance* iniziale (Figura 55). Questo

andamento implica una riduzione delle distanze in termini di opportunità di tutela della salute fra le Regioni agli estremi della distribuzione.

Dall'osservazione della Figura 55 si evince, peraltro, oltre il valore statisticamente anomalo del miglioramento della Toscana, come i miglioramenti più marcati si siano registrati nelle Regioni che partivano più indietro e in quelle a Statuto Speciale, che confidano su risorse proprie

**Figura 55**  
**Indice di Performance 2019 vs variazione 2025/2019**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

## 5. *Performance e Patient Reported Experience: livelli ed evoluzione*

L'esperienza del paziente con i servizi sta ricevendo una crescente attenzione a livello internazionale e nazionale, come indicatore della qualità dei servizi sanitari. L'approccio, cosiddetto *patient-centeredness*, pone il paziente al centro del sistema sanitario, valorizzando le sue percezioni e preferenze come elementi chiave per migliorare l'assistenza e gli esiti clinici.

Strumenti come i PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*) vengono, quindi, sempre più utilizzati per raccogliere informazioni sulla percezione dei pazienti riguardo al loro percorso di cura, da cui elaborare indicazioni sulla qualità dell'assistenza.

In continuità con quanto avviato nella precedente annualità dello studio, è stata effettuata una nuova *survey*, deputata alla misurazione della dinamica della soddisfazione dei cittadini nei confronti dei servizi sanitari.

Le aree di servizio indagate sono state:

- l'assistenza ospedaliera non programmata (pronto soccorso, 118, etc.)
- il ricovero ospedaliero programmato
- le prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione
- le prestazioni ambulatoriali
- l'assistenza dei Medici di Medicina Generale (MMG) e guardia medica
- i ricoveri in residenze sanitarie
- l'assistenza al domicilio
- l'assistenza alle persone non autosufficienti
- la facilità nell'accesso ai farmaci.

Nello specifico è stato somministrato, ad un campione rappresentativo della popolazione italiana, un questionario in modalità mista, combinando interviste telefoniche assistite da computer (CATI - *Computer-Assisted Telephone Interviewing*) e interviste autocompilate via web (CAWI - *Computer-Assisted Web Interviewing*).

Il campione è stato stratificato per Regione, età e genere, al fine di garantire una rappresentazione fedele della distribuzione demografica nazionale. Al fine di garantire la significatività statistica del dato raccolto, le Regioni piccole sono state accorpate a quelle confinanti: nello specifico la Basilicata alla Puglia, il Molise all'Abruzzo, la Valle d'Aosta al Piemonte, la P.A. di Trento alla P.A. di Bolzano.

In particolare, è stato chiesto se avessero riscontrato un miglioramento o un peggioramento della qualità dei servizi nel medio periodo (molto migliorata, migliorata, invariata, peggiorata e molto peggiorata), distintamente per le nove aree precedentemente elencate.

L'evoluzione dell'esperienza dei pazienti con i servizi del SSN è stata sintetizzata mediante la media della quota dei cittadini/pazienti che hanno indicato una percezione di miglioramento nel medio periodo dei servizi pubblici (SSN).



## “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Friuli Venezia Giulia (16,8%), Toscana (17,0%) e Marche (17,0%). In questi contesti meno di un cittadino su sei percepisce un miglioramento, suggerendo una minore evidenza o percezione dei miglioramenti dei livelli di tutela della salute.

Un elemento rilevante è l'assenza di un chiaro gradiente geografico Nord-Sud: accanto a Regioni del Nord con una rilevante quota di popolazione che ha percepito un miglioramento (Lombardia e Veneto), si osservano Regioni del Mezzogiorno con livelli ugualmente alti (Abruzzo e Molise); simmetricamente, aree del Centro e del Nord presentano valori bassi di utenti che percepiscono miglioramenti (ad esempio in Trentino Alto Adige e Toscana).

Considerando le singole aree, la quota di popolazione che ha percepito un miglioramento risulta pari al 18,6% per l'assistenza ospedaliera non programmata, al 17,4% per i ricoveri programmati e al 18,4% per le prestazioni ambulatoriali. Quote superiori si osservano per l'accesso ai farmaci, per il quale si raggiunge il 30,0% a livello nazionale, nettamente al di sopra degli altri indicatori; seguono la prevenzione (23,5%) il rapporto con MMG e continuità assistenziale (20,1%).

Di contro, risultano minore la quota di chi ha percepito miglioramenti dei servizi legati all'assistenza territoriale, con il 14,6% per l'assistenza domiciliare e 16,8% per quella ai non autosufficienti.

Dal punto di vista territoriale emerge una forte eterogeneità; alcune Regioni mostrano livelli significativamente più elevati della media nazionale in diversi ambiti.

In Lombardia, ad esempio, il 30,2% di cittadini hanno percepito miglioramenti nella prevenzione, il 22,5% nelle prestazioni ambulatoriali ed il 33,1% nella facilità di accesso ai farmaci. Il Veneto presenta il valore più elevato nella prevenzione (36,4%) e quote rilevanti di cittadini che hanno percepito miglioramenti nell'assistenza ai non autosufficienti (22,0%). Anche il Lazio evidenzia livelli alti di percezione dei miglioramenti nella prevenzione (32,6%) e nelle prestazioni ambulatoriali (21,6%).

Al contrario, in Trentino Alto Adige si registra una bassa percentuale di popolazione che ha percepito un miglioramento nelle prestazioni ambulatoriali (4,8%) e nell'assistenza domiciliare e residenziale (5,9%). Anche la Sardegna evidenzia livelli bassi di miglioramento percepito in diversi ambiti: ad esempio 8,3% nei ricoveri programmati e 11,9% nell'area della medicina generale.

In altre Regioni si osservano percezioni molto diverse a seconda delle aree: nelle Marche, ad esempio, nei ricoveri programmati il miglioramento è percepito da una quota bassa dei cittadini (6,3%), mentre raggiunge il 40,5% per la facilità di accesso ai farmaci.

La variabilità territoriale è particolarmente evidente in alcuni ambiti specifici: nelle prestazioni di prevenzione si passa da un minimo del 7,3% (Trentino Alto Adige) a un massimo del 36,4% (Veneto); nei ricoveri programmati da 6,3% (Marche) a 35,0% (Umbria), e nell'accesso ai farmaci da circa 16,7% (Trentino Alto Adige) a oltre 40,0% (Marche), anche l'assistenza ai non autosufficienti mostra un'ampia dispersione, con valori che oscillano da meno del 5,9% (Umbria) fino a oltre il 23% (Abruzzo e Molise).



# “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

**Tabella 1**

**Aree prioritarie di intervento per migliorare percezione da parte del cittadino**

| <b>Regione</b>                  | <b>Aree</b>  |
|---------------------------------|--|
| <b>Piemonte e Valle d'Aosta</b> | Ricoveri programmati; assistenza domiciliare; prevenzione              |
| <b>Lombardia</b>                | Assistenza in residenze; assistenza domiciliare                        |
| <b>Trentino Alto Adige</b>      | Prestazioni ambulatoriali; assistenza domiciliare; non autosufficienza |
| <b>Veneto</b>                   | MMG/guardia medica; ricoveri in residenze                              |
| <b>Friuli Venezia Giulia</b>    | Assistenza domiciliare; ricoveri in residenze; non autosufficienza     |
| <b>Liguria</b>                  | Ricoveri in residenze; prestazioni ambulatoriali                       |
| <b>Emilia Romagna</b>           | Ricoveri in residenze; assistenza domiciliare                          |
| <b>Toscana</b>                  | Ricoveri in residenze; assistenza domiciliare; non autosufficienza     |
| <b>Umbria</b>                   | Assistenza ai non autosufficienti; assistenza domiciliare              |
| <b>Marche</b>                   | Ricoveri programmati; non autosufficienza                              |
| <b>Lazio</b>                    | Assistenza domiciliare; non autosufficienza                            |
| <b>Abruzzo e Molise</b>         | Assistenza domiciliare   |
| <b>Campania</b>                 | Ricoveri in residenze; assistenza domiciliare                          |
| <b>Puglia e Basilicata</b>      | Ricoveri programmati; assistenza in residenze                          |
| <b>Calabria</b>                 | Assistenza domiciliare; prestazioni ambulatoriali                      |
| <b>Sicilia</b>                  | Assistenza domiciliare; non autosufficienza                            |
| <b>Sardegna</b>                 | Ricoveri programmati; MMG/guardia medica; assistenza domiciliare       |

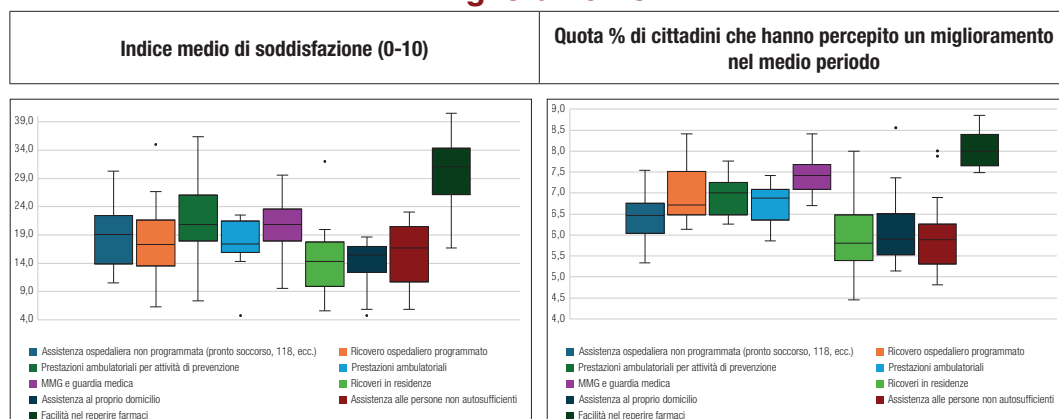
Dal confronto tra l'indice medio di soddisfazione dei cittadini per i servizi del SSN, risultante dall'indagine effettuata nella precedente annualità, e la quota di popolazione che dichiara di avere percepito un miglioramento dei servizi del SSN, emerge un parallelismo: livelli più alti di soddisfazione si accompagnano ad una quota maggiore di cittadini che percepiscono un miglioramento, ancorché la variabilità nel secondo caso è maggiore. Questo parallelismo può implicare che il *gap* tra le aree con migliore e peggiore soddisfazione continua ad allargarsi; oppure può essere indicativo di una difficoltà a far percepire miglioramenti in alcune aree ed in particolare in quelle del territorio (residenze, domiciliare, LTC).

Il confronto territoriale rafforza ulteriormente questa interpretazione: Regioni come Lombardia, Veneto e Lazio, che presentano quote elevate di popolazione che percepisce miglioramenti (ad esempio oltre il 30% nella prevenzione e oltre il 20% in più ambiti), mostrano in generale anche un maggiore livello di soddisfazione, suggerendo una migliore capacità di tradurre i progressi organizzativi in risultati percepiti.

Nel complesso, il confronto tra le due dimensioni, livello di soddisfazione e percezione del miglioramento nel medio periodo, evidenzia che:

- le aree con maggiore criticità strutturale (territorio e *Long Term Care*) risultano sia meno soddisfacenti sia meno capaci di generare percezioni di miglioramento
- le aree più consolidate (farmaci, emergenza, in parte prevenzione) presentano maggiore uniformità e anche migliori *Performance* in sia nel livello di soddisfazione sia nei miglioramenti percepiti.

**Figura 58**  
**Variabilità interregionale soddisfazione e percezione del miglioramento**



Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

## “Livelli di tutela della Salute: le *Performance Regionali*”

Ne deriva l'immagine di un sistema in cui i progressi risultano più evidenti e riconosciuti nei servizi più strutturati, mentre permangono criticità e disuguaglianze nei servizi territoriali e nella gestione della non autosufficienza, dove gli eventuali miglioramenti faticano a tradursi in benefici percepiti in modo diffuso dalla popolazione.

Nella precedente edizione era stata evidenziata una correlazione positiva (0,73) tra l'indice di *Performance* ed il livello di soddisfazione dei cittadini/pazienti, a dimostrazione che la migliore *Performance* “produce” *customer satisfaction*.

Mettendo in relazione l'indice medio di soddisfazione dei cittadini e la quota di quelli che hanno percepito un miglioramento nei servizi del SSN nel medio periodo, si osserva una correlazione negativa (-0,63).

In particolare, analizzando la relazione per singola area si osserva come la correlazione maggiore (negativa) sia per MMG e guardia medica (-0,52), seguita da quella per le prestazioni ambulatoriali per attività di prevenzione (-0,48), e da quella per l'assistenza alle persone non autosufficienti (-0,45).

Mettendo in relazione la quota di cittadini che hanno percepito un miglioramento sia con l'indice di *Performance* regionale, che con la sua dinamica nel periodo 2019-2025, si rileva invece una bassa correlazione: negativa, nel primo caso (-0,40) e praticamente nulla nel secondo (-0,09).

Pur in presenza di miglioramenti dei livelli di tutela della salute a livello regionale, questi probabilmente non risultano adeguatamente percepiti dall'utenza.

## 6. Riflessioni conclusive

La XIV edizione dello studio sulle *Performance* Regionali condotto dal C.R.E.A. Sanità, in collaborazione con un *Panel* composto da 114 *stakeholder* del SSN afferenti a diverse aree di interesse (Istituzioni, Utenti/Cittadini, *Management* aziendale, Professioni Sanitarie, *Industria Life Sciences*), confermando il focus sulla valutazione delle opportunità di tutela della Salute offerte nelle Regioni italiane, si è concentrata sulle valutazioni della dinamica della *Performance* e della soddisfazione dei cittadini per i servizi del SSN.

L'indice complessivo di *Performance* determinato oscilla da un massimo del 64% (fatto 100% il risultato massimo teorico raggiungibile) del Veneto ad un minimo del 36% della Regione Calabria.

Si conferma, al netto delle differenze fra Regioni, la distanza delle *Performance* da quelle potenzialmente ottimali, fenomeno già emerso nelle precedenti edizioni dello studio e derivante dalle aspettative di miglioramento del Sistema espresse dal *Panel* che ritiene persistano margini rilevanti di miglioramento in tema di tutela della Salute; tuttavia, rispetto al passato si osserva un miglioramento dei livelli complessivi della *Performance*, con diverse Regioni che avvicinano al livello del 60% del valore massimo teorico.

In termini relativi, il divario tra le Regioni che si posizionano agli estremi del *range* rimane significativo: mentre le prime raggiungono livelli prossimi ai due terzi del massimo conseguibile, le ultime si collocano su valori inferiori al 40%, con circa un terzo delle Regioni che non supera tale soglia.

Qualitativamente, nel *ranking* si identificano quattro gruppi di Regioni: due realtà (Veneto e P.A. di Trento) si confermano al vertice con livelli di tutela significativamente migliori, e superiori al 60%; nel secondo gruppo si collocano Toscana, Friuli Venezia Giulia, Marche, P.A. di Bolzano, con livelli compresi tra il 56% e il 50%.

Un terzo gruppo include Emilia Romagna, Liguria e Piemonte, Sardegna, Lombardia, Lazio, Abruzzo e Umbria, con valori tra il 48% e il 42%.

Infine, diverse Regioni, tra cui Puglia, Basilicata, Campania, Valle d'Aosta, Sicilia, Molise e Calabria, si collocano su livelli inferiori al 40% della *Performance* massima.

Concentrando l'attenzione sulle valutazioni per categoria di *stakeholder*, emerge una sostanziale convergenza sulle Regioni più performanti, con Veneto e P.A. di Trento stabilmente ai vertici, pur con alcune differenziazioni nelle posizioni relative tra le categorie.

In termini di determinanti della *Performance*, si osserva come le Dimensioni Esiti ed Appropriatezza contribuiscano complessivamente per oltre il 60% alla *Performance*, seguite dalla dimensione Economico-finanziaria e Sociale; Equità e Innovazione presentano un contributo più contenuto.

Rispetto alla precedente edizione, si evidenzia un aumento del contributo alla *Performance* degli Esiti.

Permane una maggiore soddisfazione da parte del *Management* aziendale e delle Professioni sanitarie per i livelli di risultato raggiunti nelle Regioni migliori, interpretabile come consapevolezza dei vincoli operativi e di risorse; gli Utenti continuano invece ad esprimere

## “Livelli di tutela della Salute: le *Performance* Regionali”

valutazioni più critiche, in particolare nelle realtà meno performanti.

Analizzando gli indicatori, si conferma come la presa in carico extra-ospedaliera dei cronici e la dimensione territoriale rappresentino ambiti ancora critici, nei quali non si raggiungono livelli di *Performance* pienamente soddisfacenti neppure nelle Regioni migliori.

Malgrado ciò, nel periodo 2019–2025 si registra un miglioramento dell'indice medio nazionale di *Performance*, che passa dal 43,4% al 46,1% del valore teorico massimo. Il miglioramento ha interessato tutte le macro-aree geografiche, risultando più marcato nelle Regioni con livelli iniziali più bassi.

In altri termini, il miglioramento è stato inversamente proporzionale ai livelli di partenza, contribuendo a una parziale riduzione delle disuguaglianze territoriali, pur in presenza di differenze ancora rilevanti.

Tuttavia, il fatto che le Regioni con i livelli più elevati migliorino in misura limitata suggerisce l'esistenza di vincoli strutturali, legati in particolare alla disponibilità di risorse e all'organizzazione del sistema sanitario.

In conclusione, si confermano livelli di *Performance* ancora distanti dai valori ottimali, seppur in miglioramento, e una persistente eterogeneità territoriale, solo parzialmente ridotta nel tempo. Le risorse continuano a rappresentare un vincolo rilevante, incidendo sulla capacità del sistema di migliorare ulteriormente.

In questa edizione è inoltre emerso che il miglioramento delle *Performance* non si traduce automaticamente in una diffusa percezione di miglioramento dei servizi da parte dei cittadini. La quota di popolazione che dichiara un miglioramento dei servizi del SSN risulta infatti contenuta, generalmente compresa tra il 17% e il 22%, con un intervallo che varia dall'8,6% al 25,9%, a indicare come il progresso del sistema sia solo parzialmente percepito.

L'integrazione con l'analisi della soddisfazione dei cittadini consente di rafforzare questa lettura. I livelli di soddisfazione risultano mediamente superiori alla sufficienza (mediana pari a 7,1), con una correlazione positiva con l'indice di *Performance*, a dimostrazione che migliori livelli di tutela tendono a tradursi in maggiore *Customer Satisfaction*. Tuttavia, tale relazione si attenua in alcuni ambiti, in particolare nei servizi territoriali e sociali, dove la *Performance* è generalmente bassa e relativamente uniforme tra le Regioni.

Nel contesto di misurazione dei livelli di tutela della salute emerge una forte coerenza tra le tre dimensioni analizzate, *Performance*, soddisfazione e miglioramento percepito, nell'individuare specifiche aree di criticità strutturale. In particolare, gli ambiti dell'assistenza territoriale e della presa in carico della non autosufficienza (assistenza domiciliare, ricoveri in residenze, assistenza ai non autosufficienti) si caratterizzano per:

- livelli di soddisfazione inferiori alla sufficienza,
- elevata variabilità infraregionale,
- basse quote di popolazione che percepiscono miglioramenti nei servizi SSN.

Tali evidenze confermano come queste aree rappresentino il principale punto di debolezza del sistema, coerentemente con quanto emerso anche nelle dimensioni Sociale e Appropriatazza, dove la presa in carico extra-ospedaliera continua a non raggiungere livelli

soddisfacenti neppure nelle Regioni più performanti.

Al contrario, i servizi più strutturati e standardizzati, quali l'accesso ai farmaci, l'assistenza ospedaliera non programmata e, in parte, la prevenzione, presentano livelli più elevati e uniformi sia di soddisfazione sia di miglioramento percepito (con valori che raggiungono il 30% a livello nazionale e superano il 40% in alcune realtà regionali). Ciò evidenzia una maggiore maturità organizzativa di tali ambiti e una maggiore capacità di rendere visibili ai cittadini i progressi realizzati.

Dal punto di vista territoriale si conferma una marcata eterogeneità regionale, che tuttavia non segue un gradiente Nord-Sud lineare. Accanto a Regioni con livelli elevati sia di *Performance* sia di miglioramento percepito (come Veneto e Lombardia), si osservano realtà nelle quali i miglioramenti vengono percepiti in misura limitata, anche in presenza di miglioramenti della *Performance*. Questo fenomeno è coerente con la debole correlazione osservata tra la dinamica della *Performance* e la quota di miglioramento percepito.

Un elemento particolarmente rilevante riguarda la relazione tra soddisfazione e percezione di miglioramento: pur risultando positivamente correlate, queste due dimensioni riflettono dinamiche solo in parte sovrapponibili. In alcune Regioni, infatti, si osservano livelli relativamente elevati di soddisfazione anche in presenza di *Performance* contenute, fenomeno attribuibile sia a una compensazione legata alla percezione degli esiti di salute, sia a differenti livelli di aspettativa dei cittadini rispetto ai servizi.

Nel complesso, i risultati evidenziano che:

- la *Performance* del sistema sanitario, pur in miglioramento, rimane distante dai livelli ottimali
- la soddisfazione dei cittadini è mediamente positiva, ma non sempre coerente con i livelli oggettivi di *Performance*
- la percezione di miglioramento risulta limitata e fortemente eterogenea nei diversi territori e ambiti di assistenza
- le principali criticità si concentrano nei servizi territoriali e di *Long Term Care*
- i servizi più consolidati risultano invece più uniformi, soddisfacenti e capaci di generare percezione di miglioramento.

Da una parte si osserva dunque una riduzione delle disuguaglianze territoriali in termini di *Performance*, dovuta principalmente ai maggiori miglioramenti registrati nelle Regioni con livelli iniziali più bassi; dall'altra, l'analisi congiunta suggerisce l'esistenza di limiti strutturali, legati in particolare alla disponibilità di risorse e all'organizzazione dei servizi territoriali, che condizionano la capacità del sistema di migliorare ulteriormente e di rendere tali miglioramenti percepibili dai cittadini.

In conclusione, i risultati dello studio confermano la complessità e multidimensionalità dei fenomeni che incidono sulla tutela della salute: la *Performance*, la soddisfazione e la percezione dei miglioramenti rappresentano dimensioni distinte ma interconnesse, la cui analisi integrata appare fondamentale per supportare efficacemente le politiche sanitarie e orientare le priorità di intervento, in particolare verso il rafforzamento dell'assistenza territoriale e dell'integrazione socio-sanitaria.



# SCHEDE REGIONI





## Guida alla lettura

Nelle pagine che seguono presentiamo delle schede regionali (una per Regione) contenenti l'indice di *Performance*, complessivo e per singola categoria di *stakeholder*, nonché una rappresentazione grafica sintetica dei "livelli" degli indicatori, standardizzata per il "peso" medio attribuito da tutti gli *stakeholder*.

Nello specifico, quest'ultima è costituita da sei barre, una per ognuna delle Dimensioni di valutazione della *Performance*: Appropriatezza, Equità, Sociale, Esiti, Economico-finanziario ed Innovazione; la lunghezza della barra fornisce una misura del contributo della Dimensione alla *Performance*.

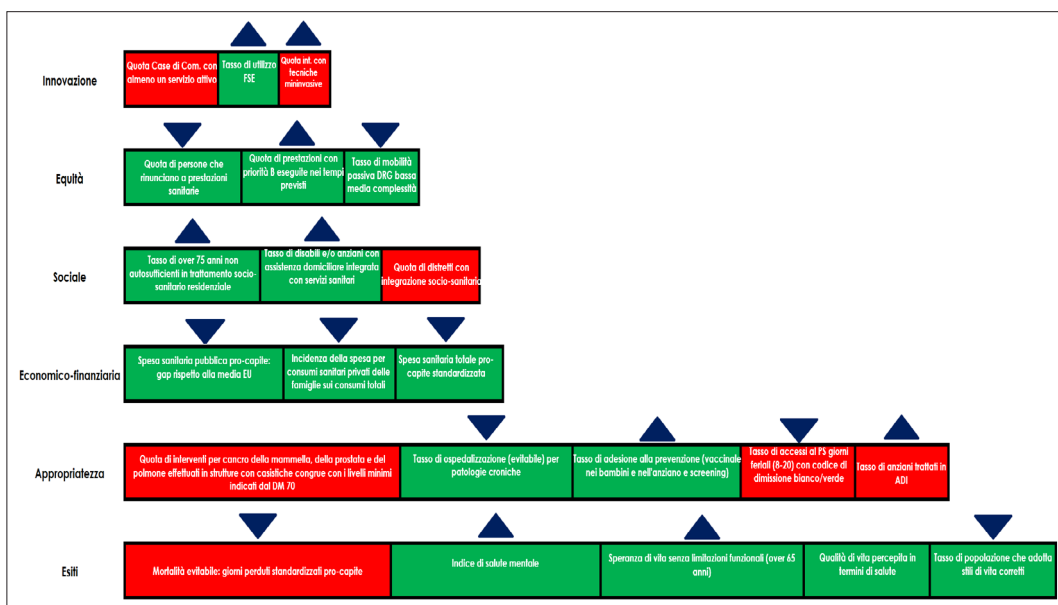
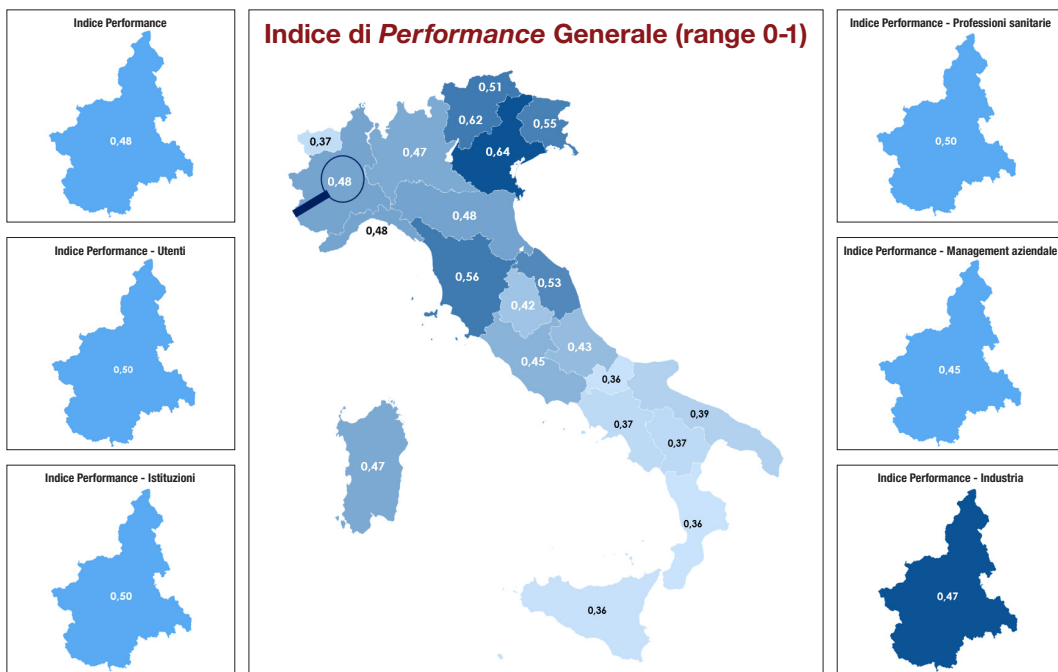
Ogni barra è suddivisa in tre, quattro o cinque parti, una per ogni indicatore rappresentativo della Dimensione, anch'esse di lunghezza proporzionale al peso dell'indicatore nella specifica Dimensione e quindi nella *Performance* complessiva.

I valori degli indicatori sono stati associati a due colori differenti: verde se il valore è migliore della media nazionale e rosso se è peggiore.

Per tutti gli indicatori è stata altresì indicata la dinamica; in particolare, il triangolo rivolto verso l'alto è indicativo di un miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno 2019, quello verso il basso di un peggioramento. L'assenza del triangolo è indicativa di una sostanziale invarianza (variazioni entro il 5%) del valore.

Per ogni Regione, è stato riportato il punteggio medio di soddisfazione dei cittadini, in un *range* 0 -10, e la quota percentuale di cittadini che hanno percepito un miglioramento dei servizi SSN anche distintamente per nove aree selezionate.

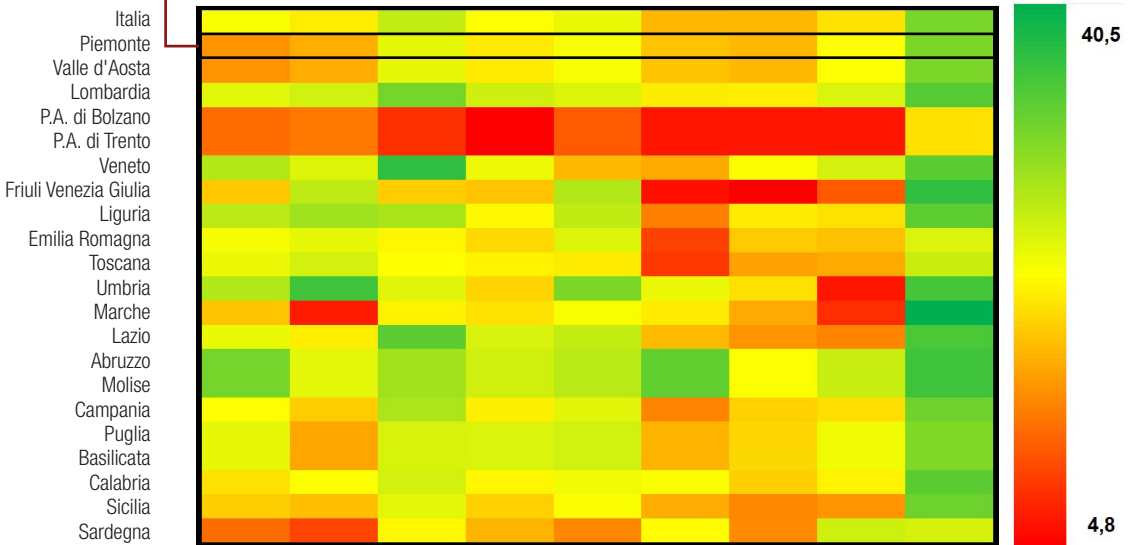
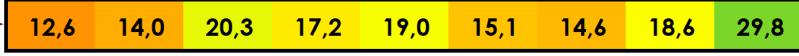
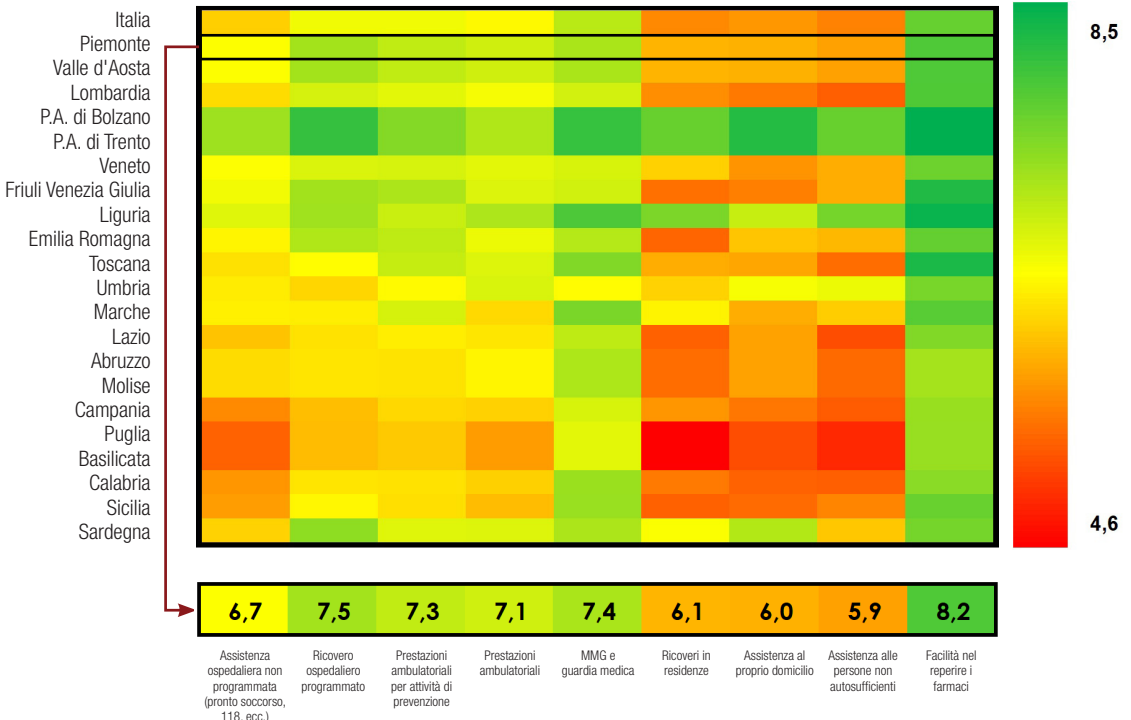
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

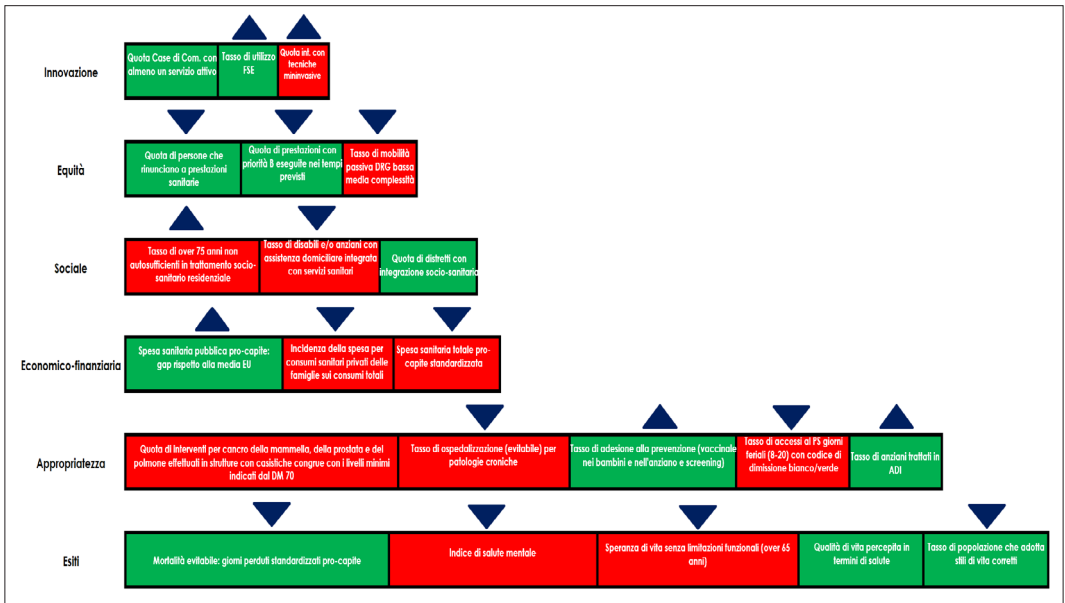
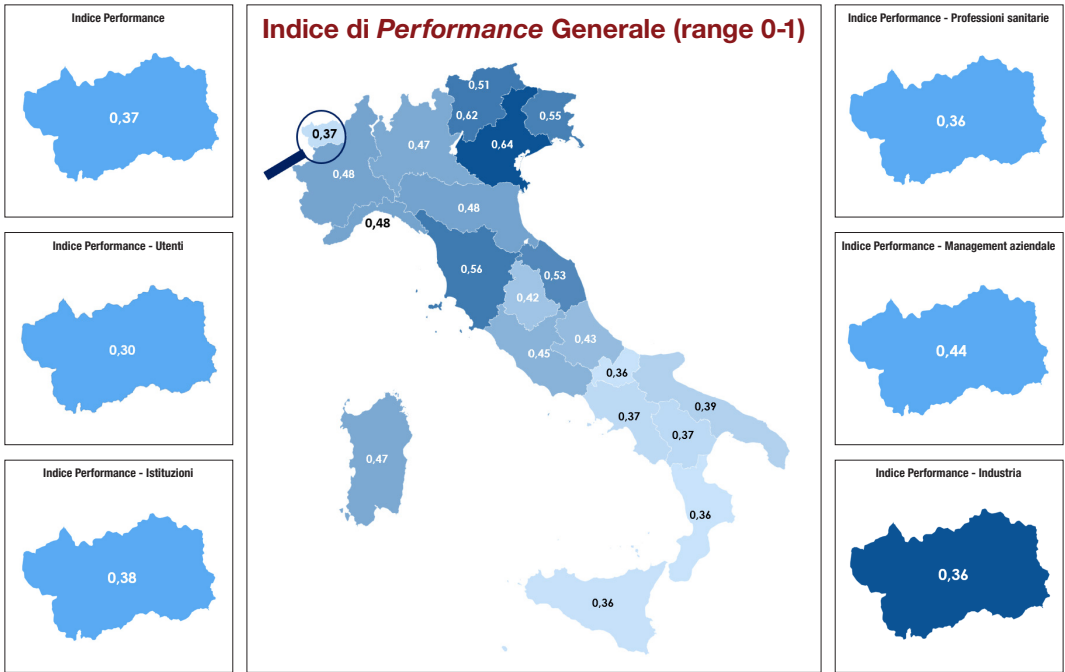
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

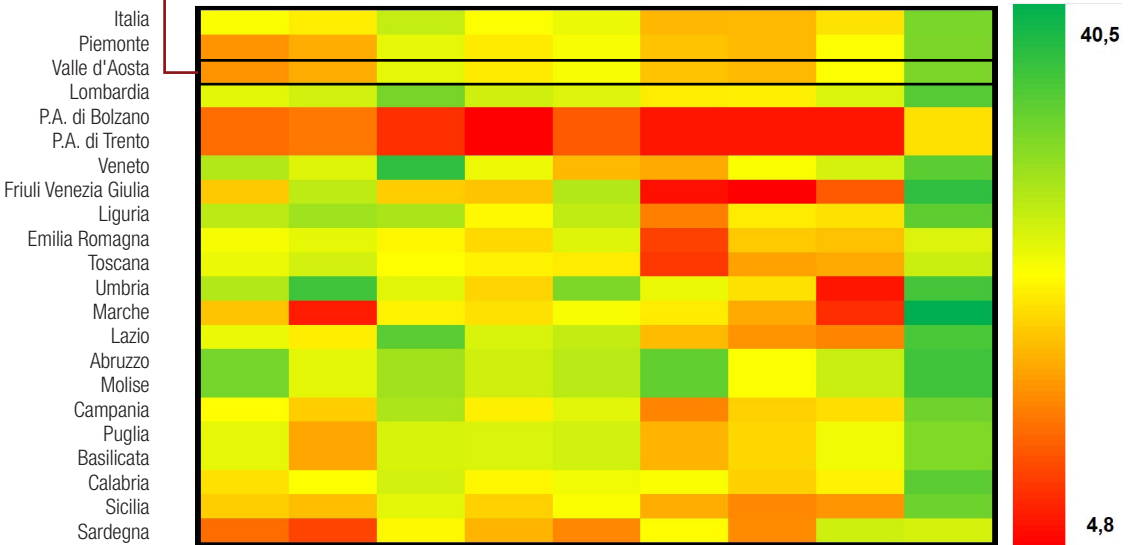
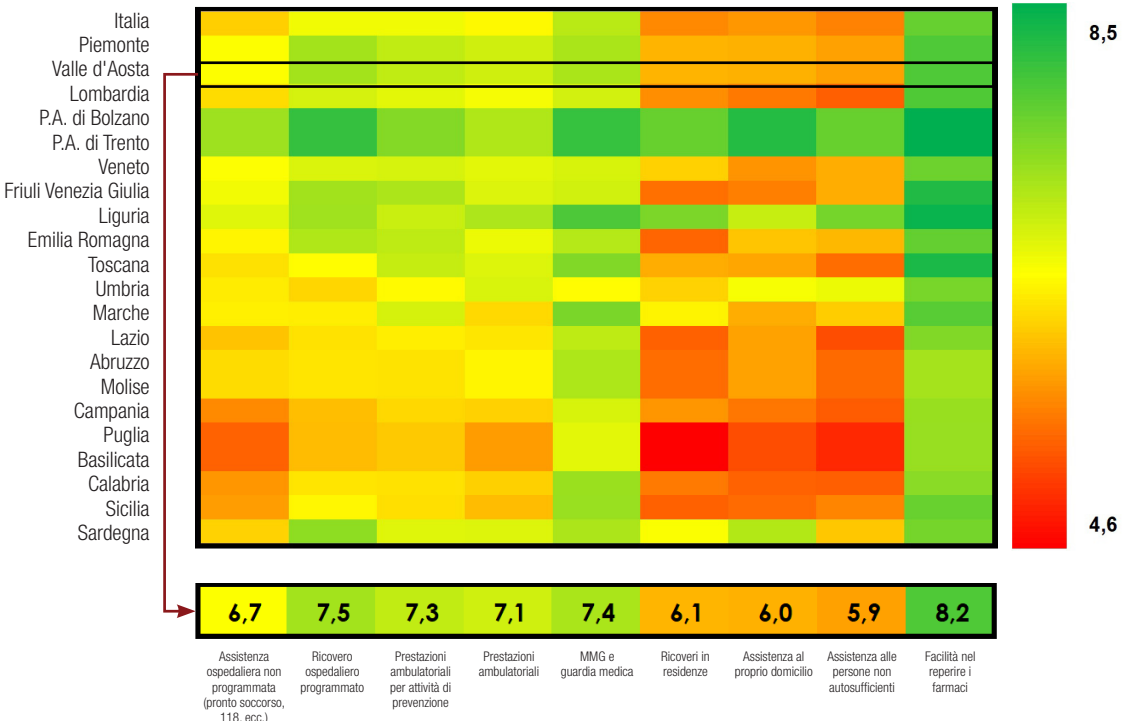
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

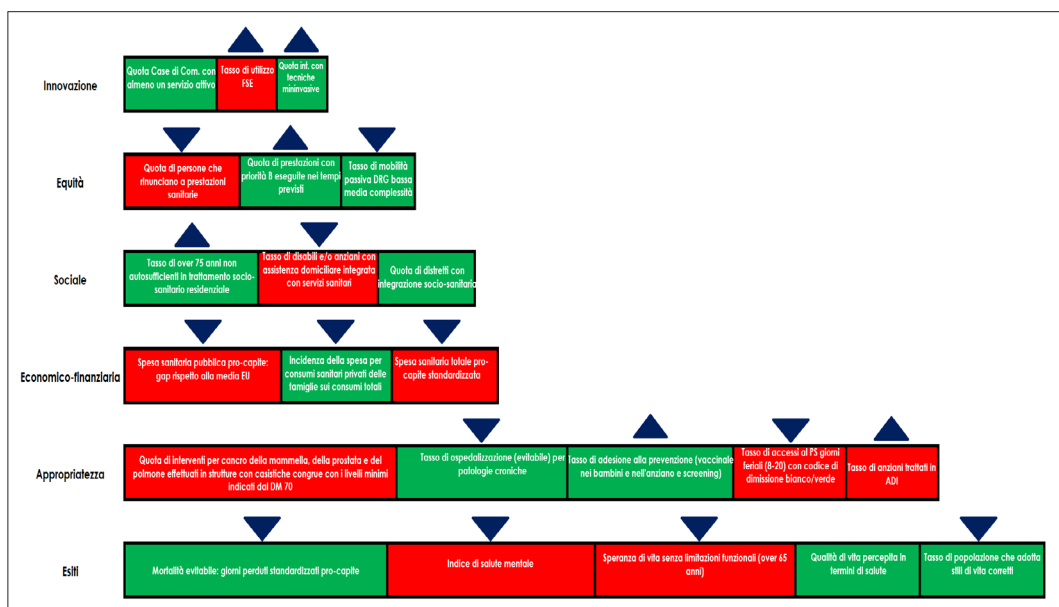
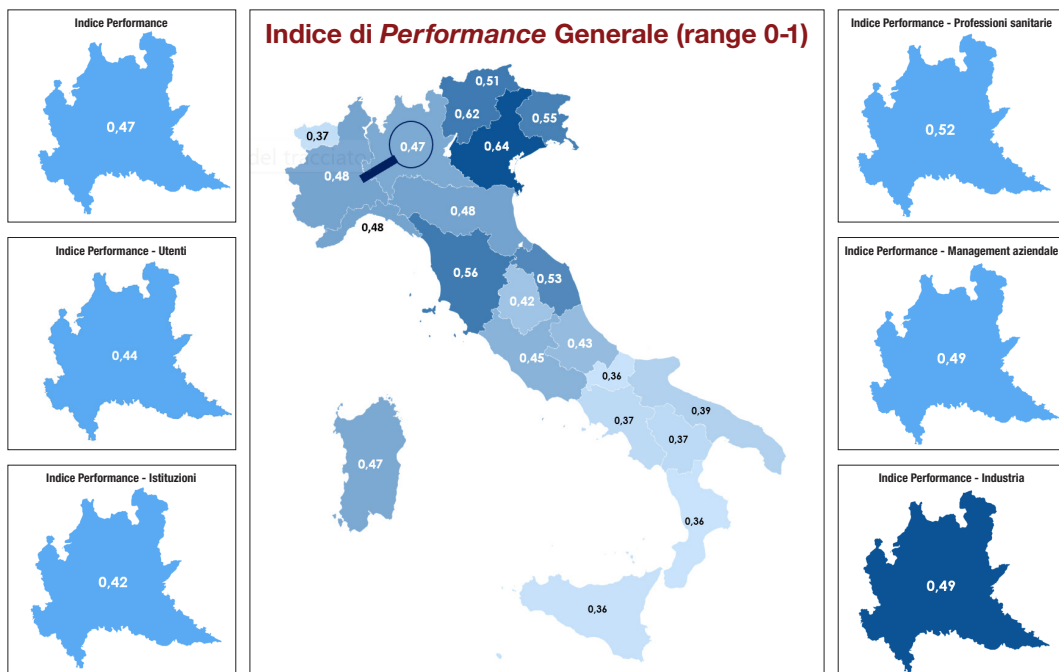
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

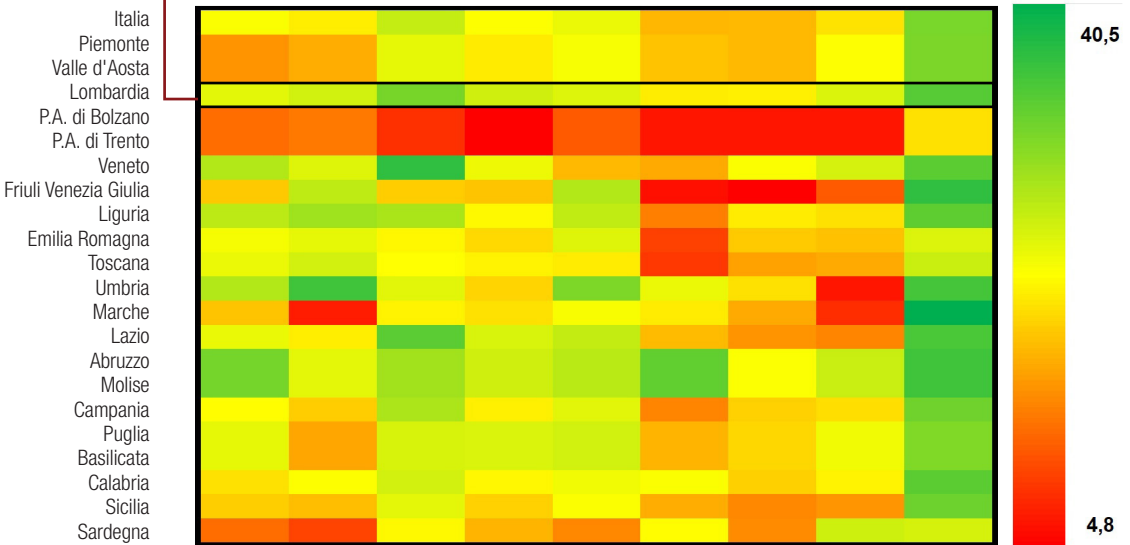
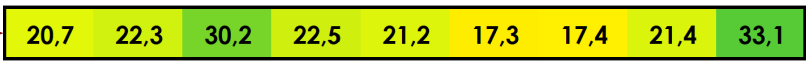
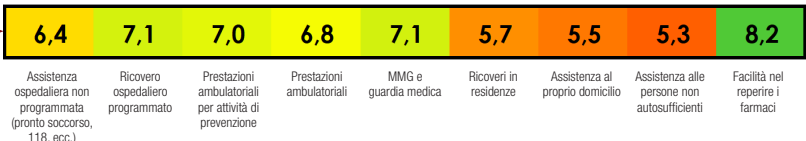
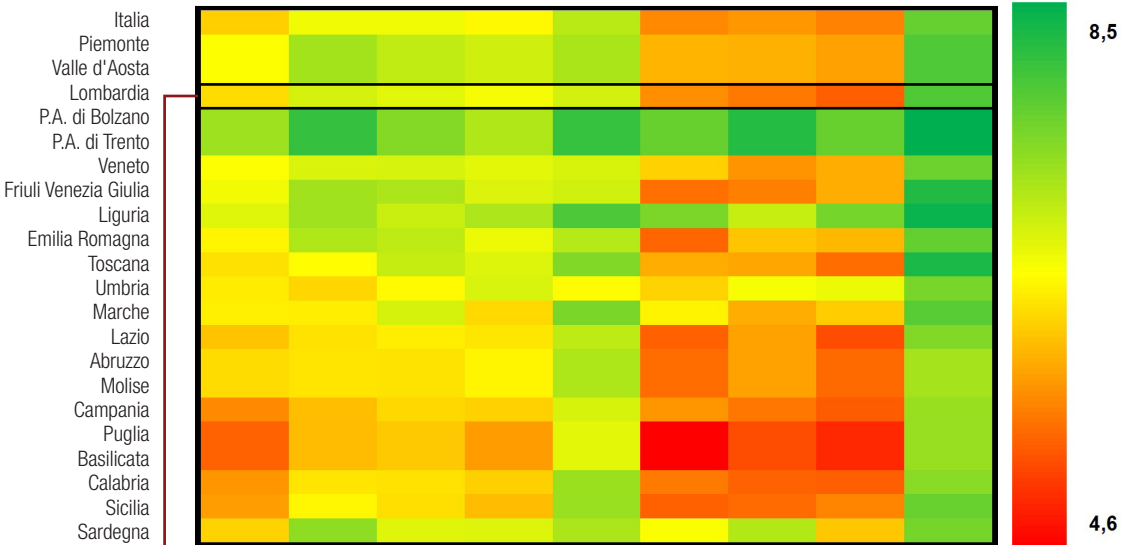
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)

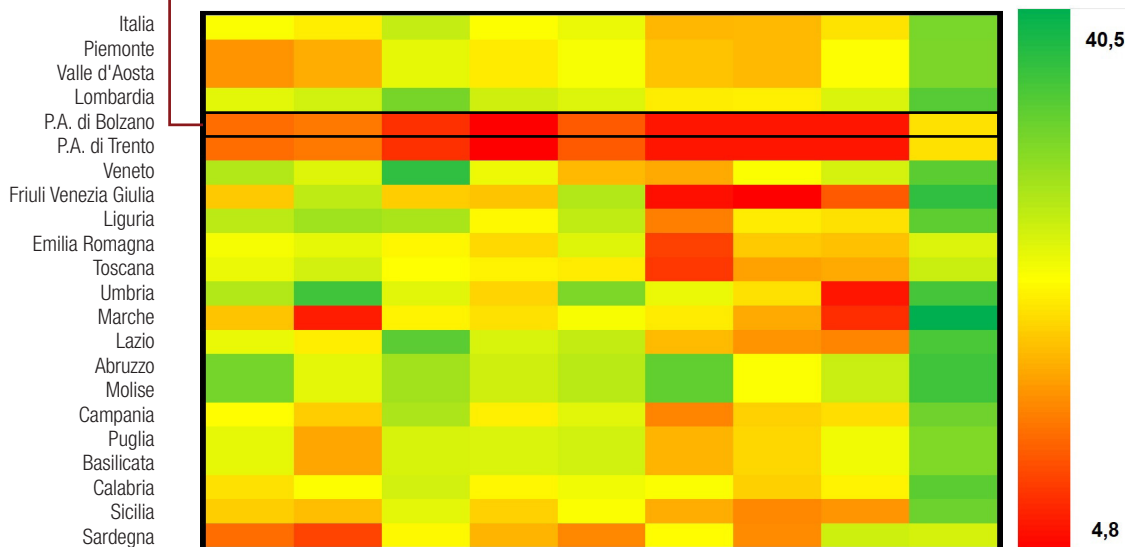
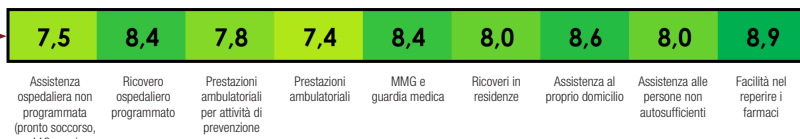
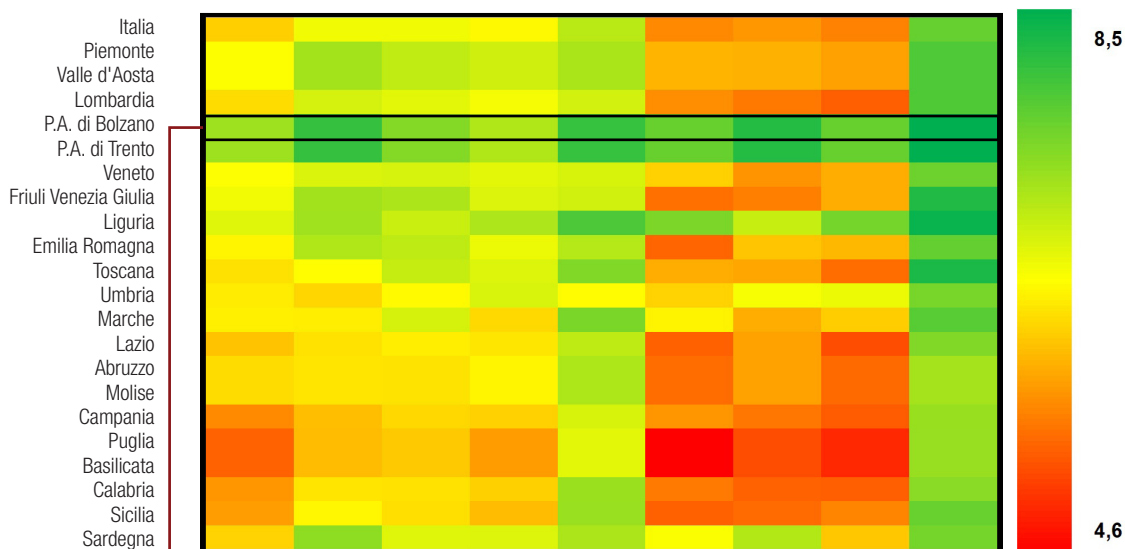


## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN



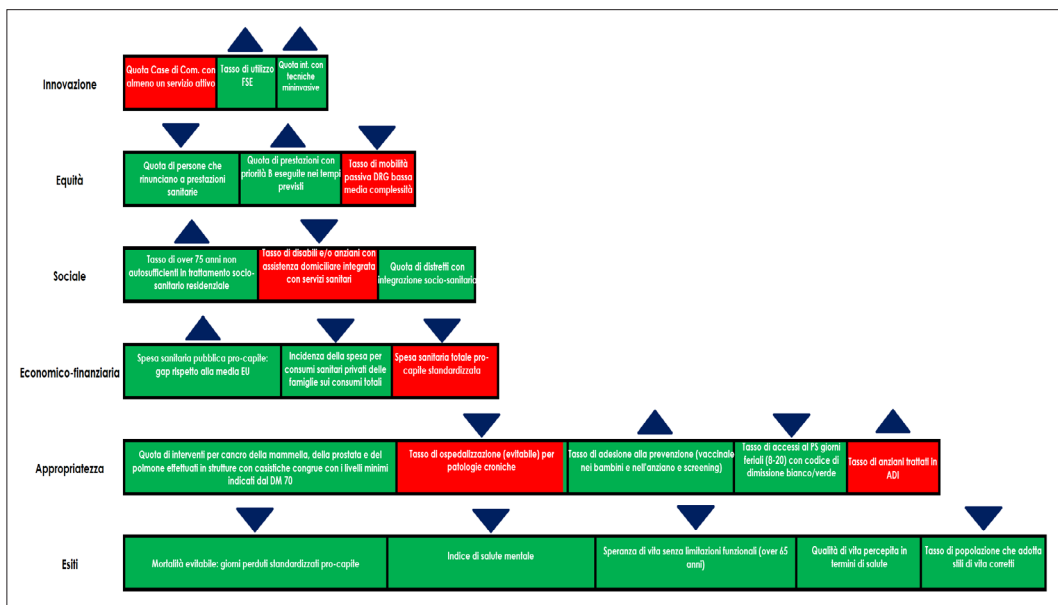
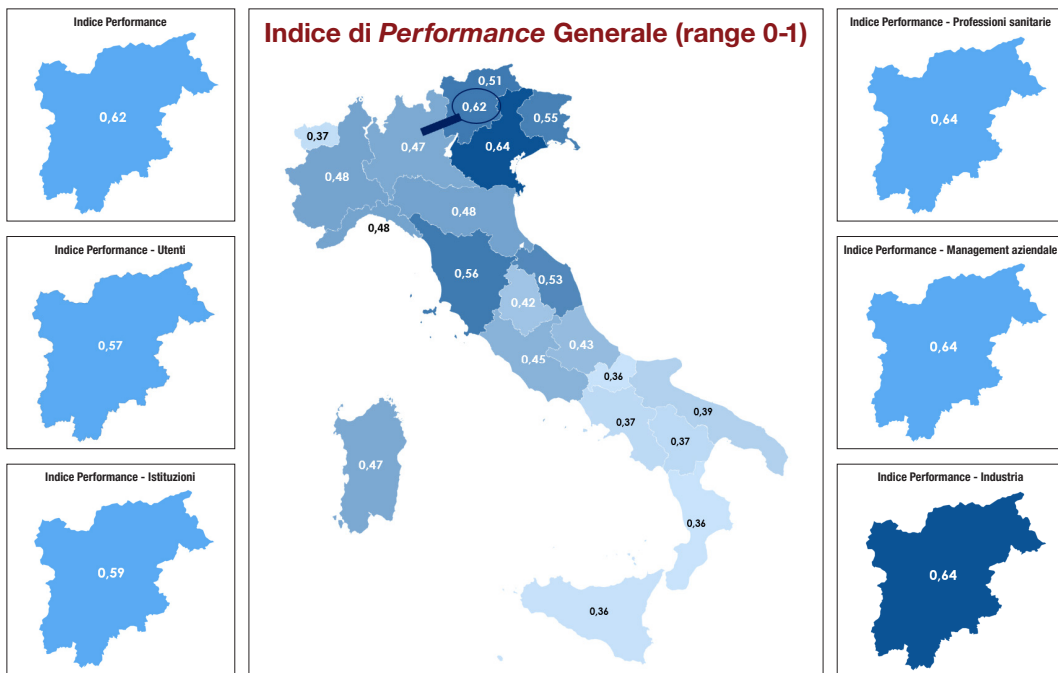
# Provincia Autonoma di Bolzano

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE

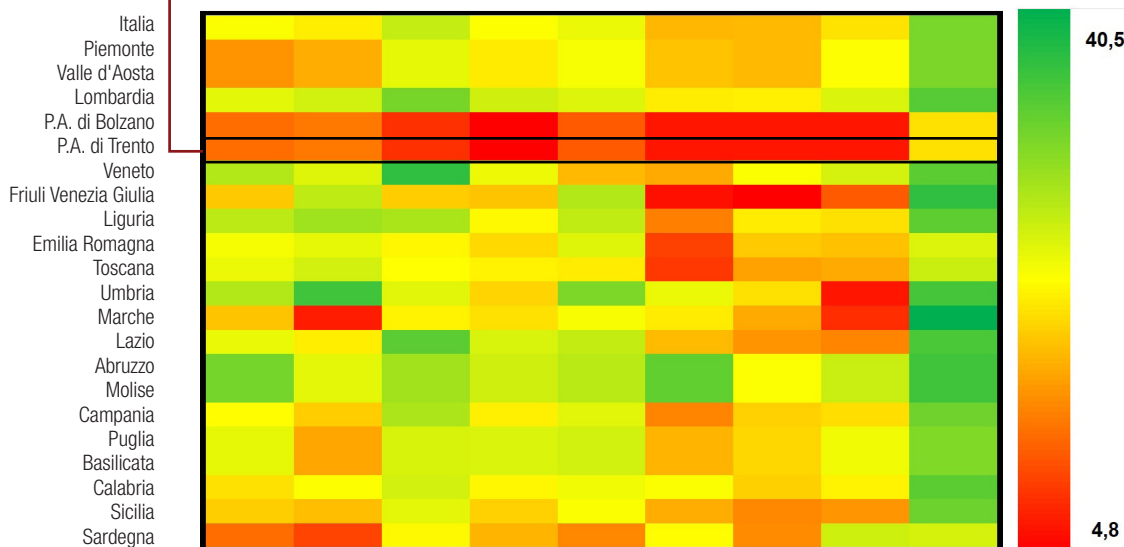
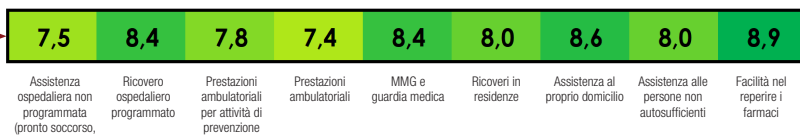
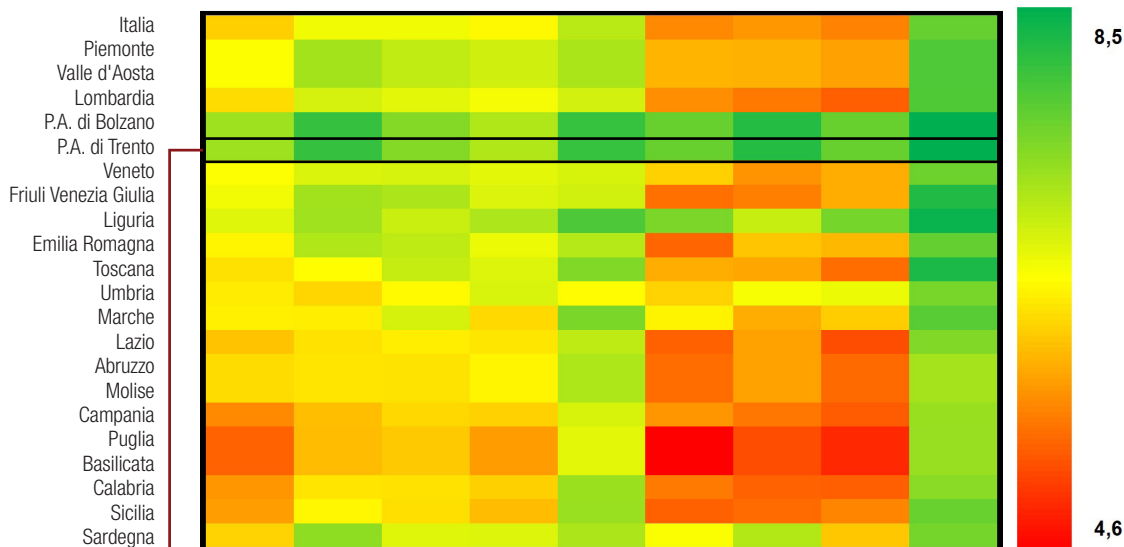


■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

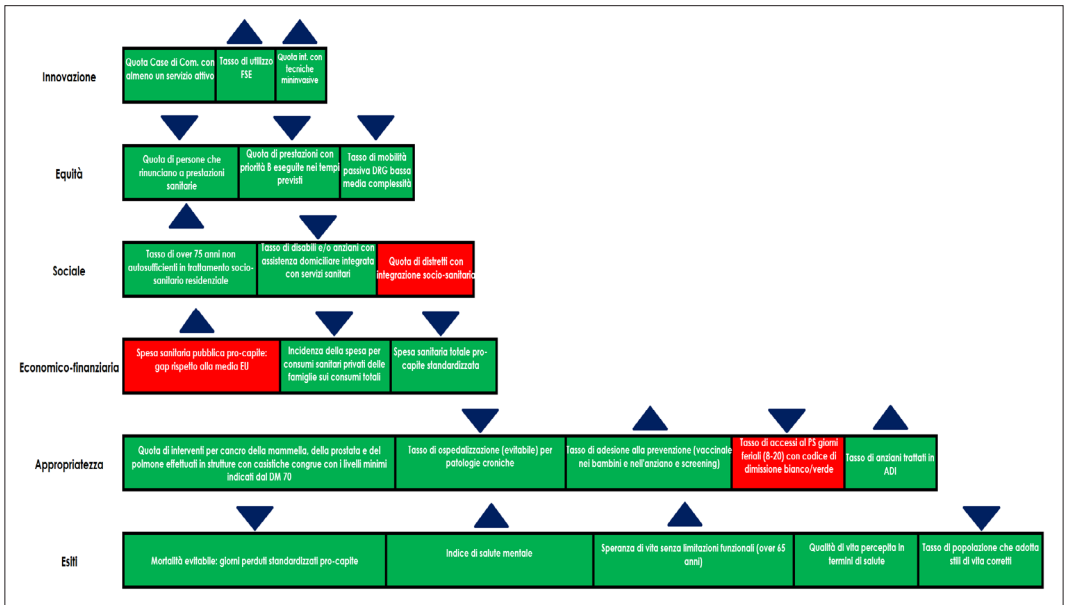
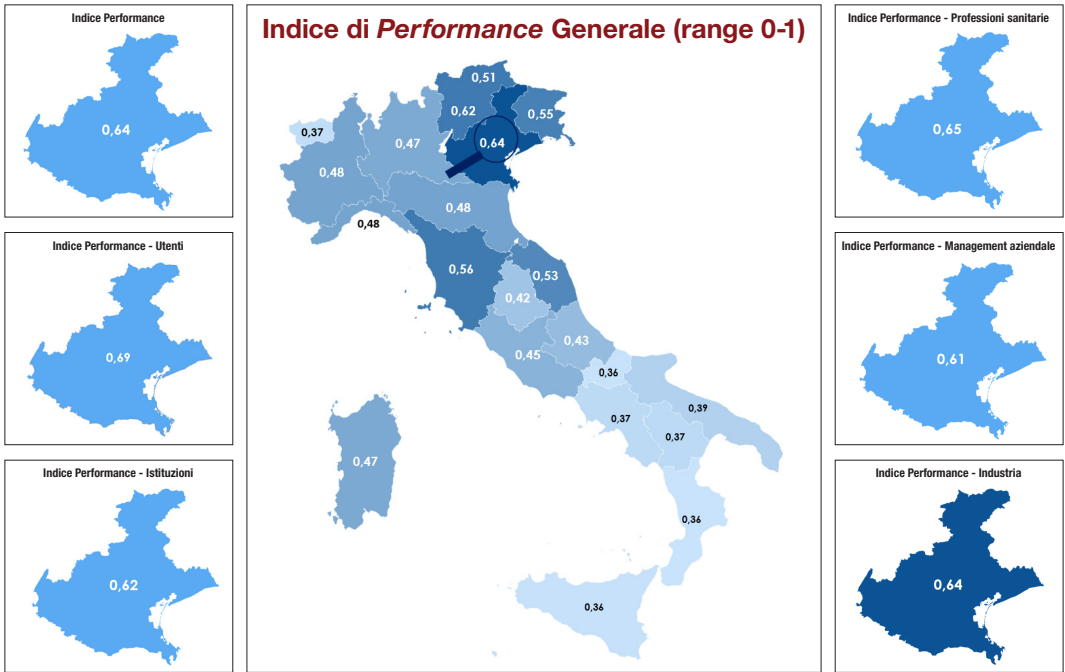
# Provincia Autonoma di Trento

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

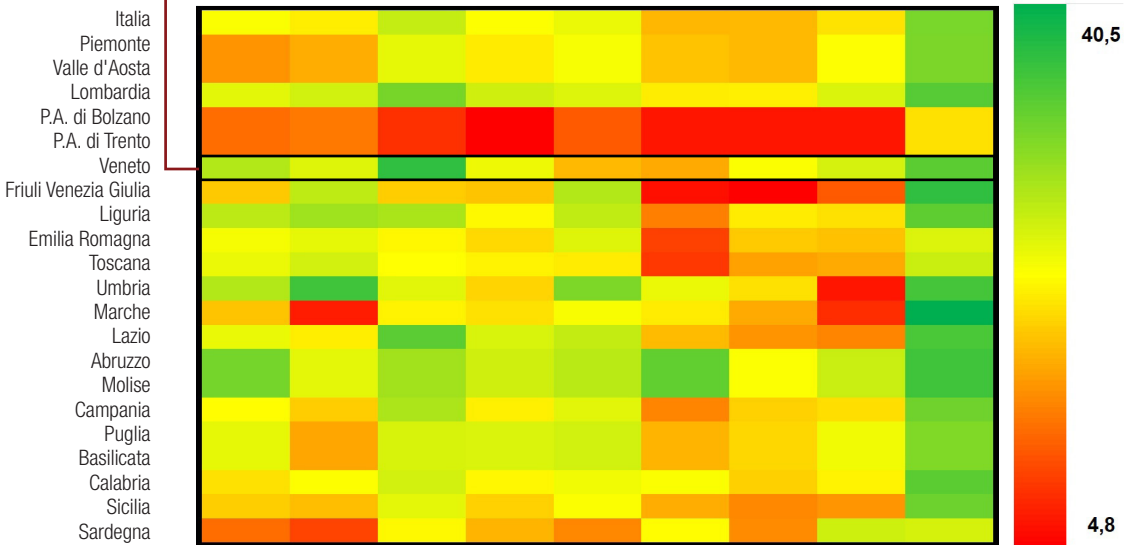
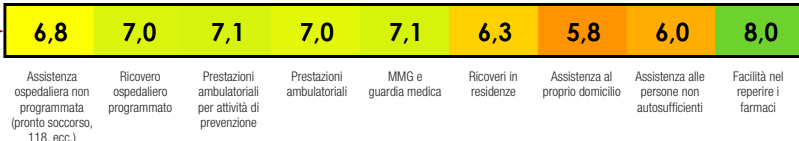
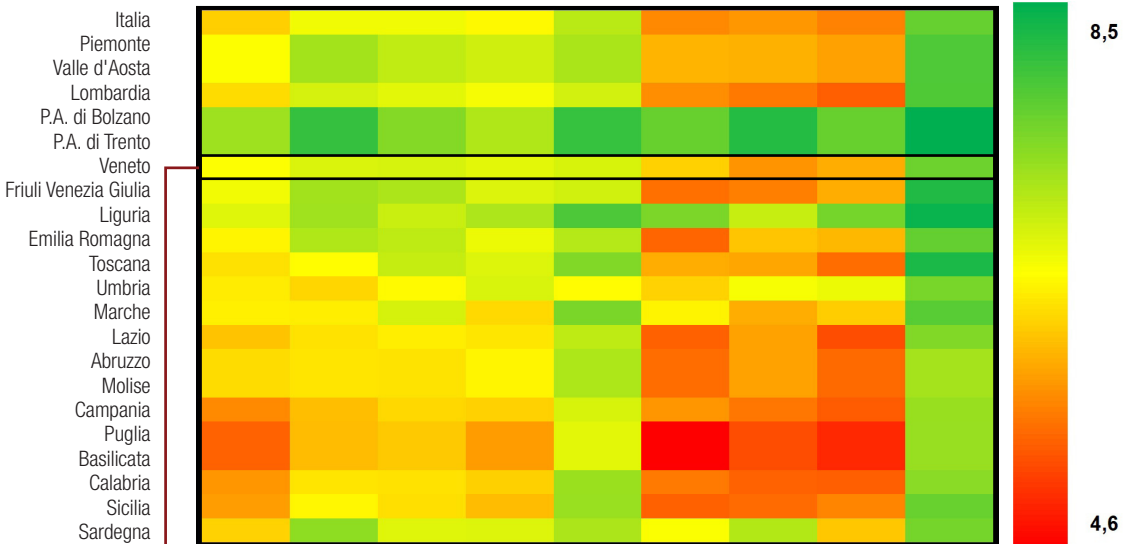
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

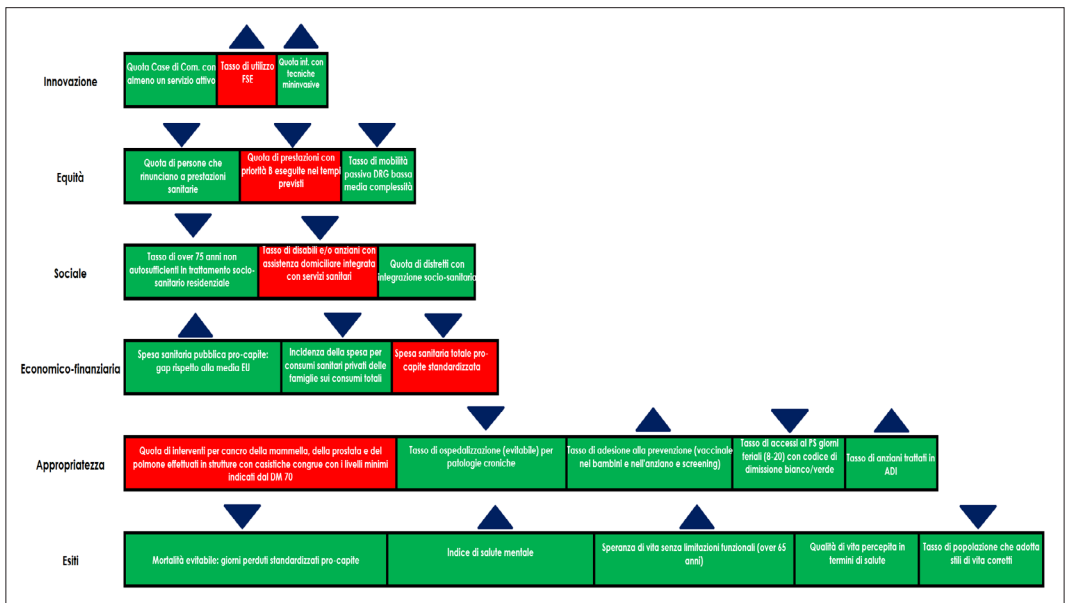
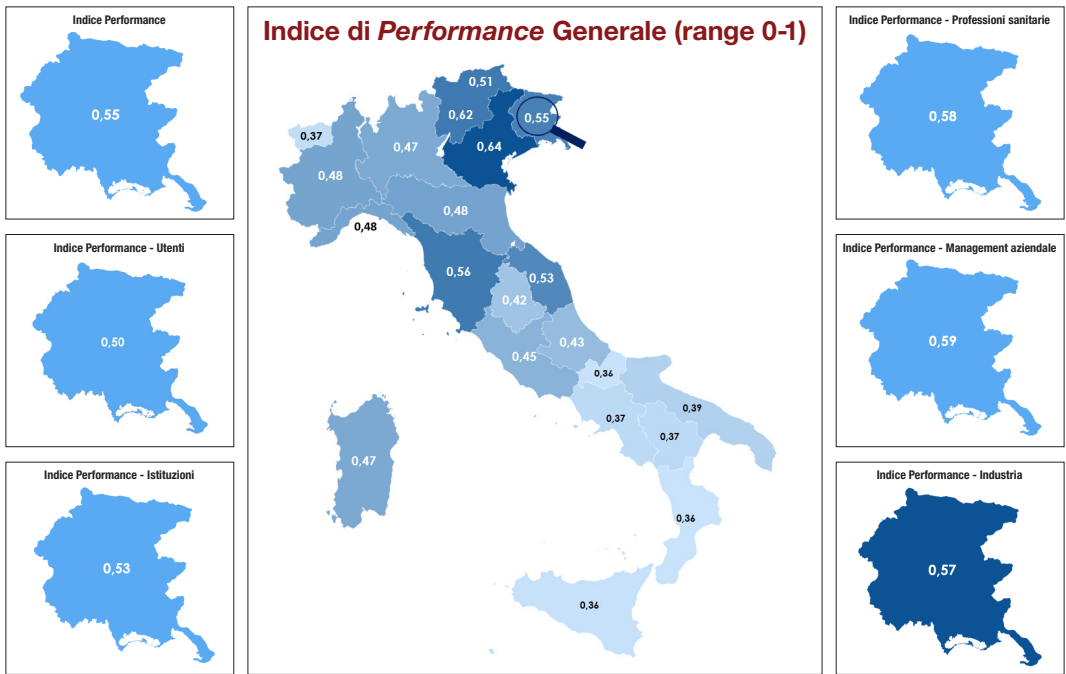
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

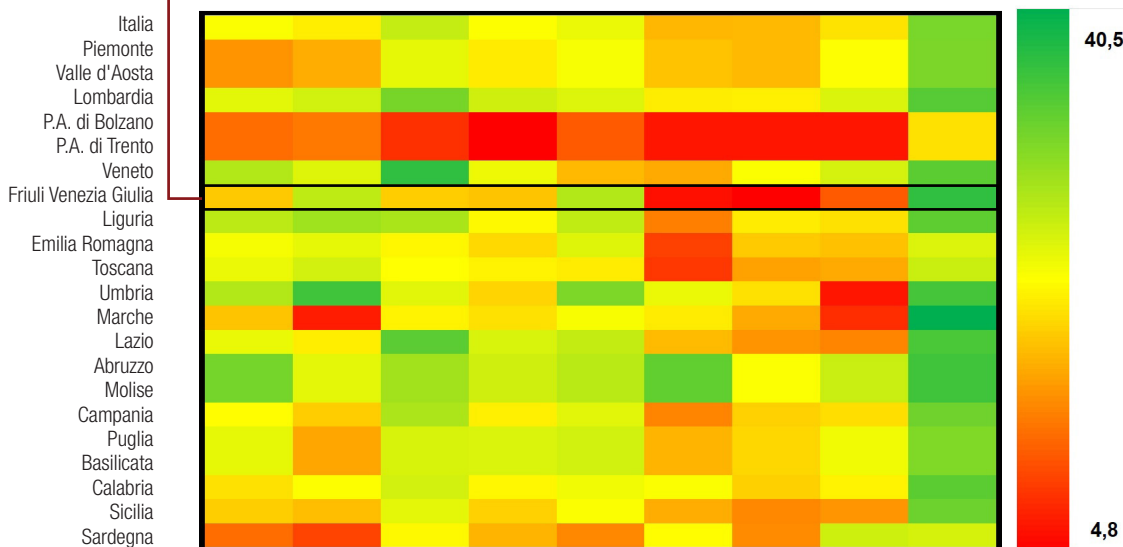
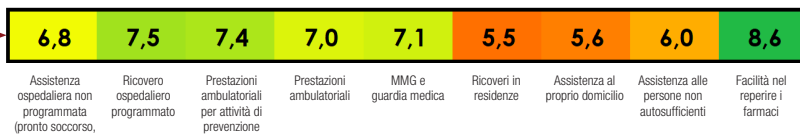
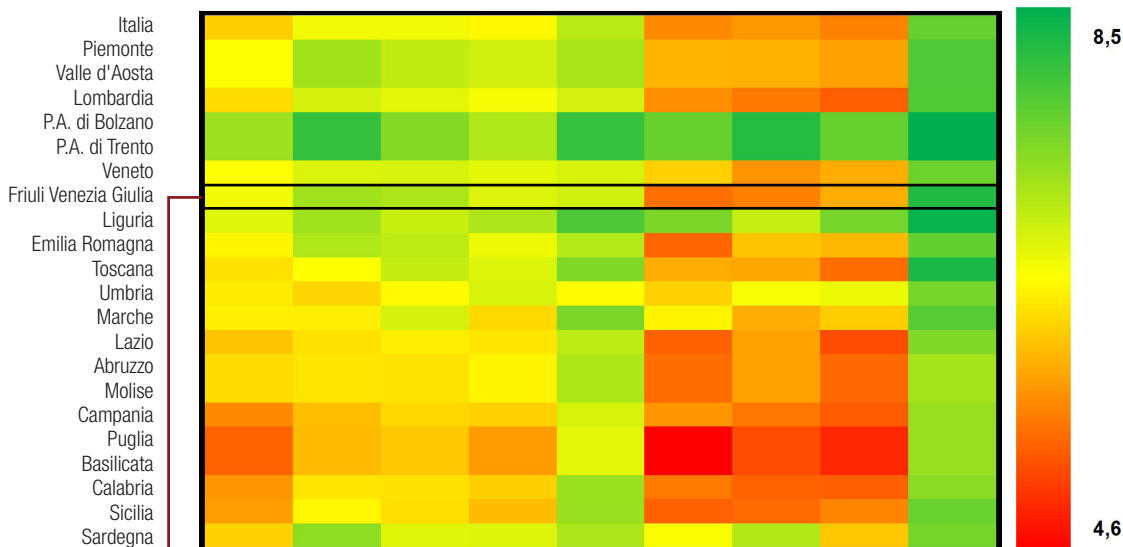
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

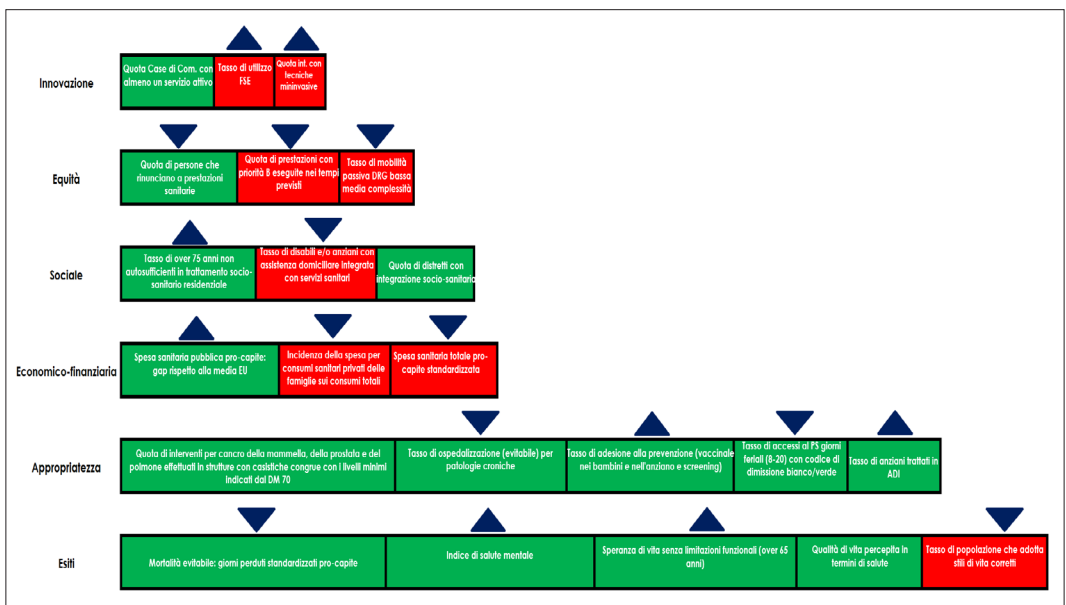
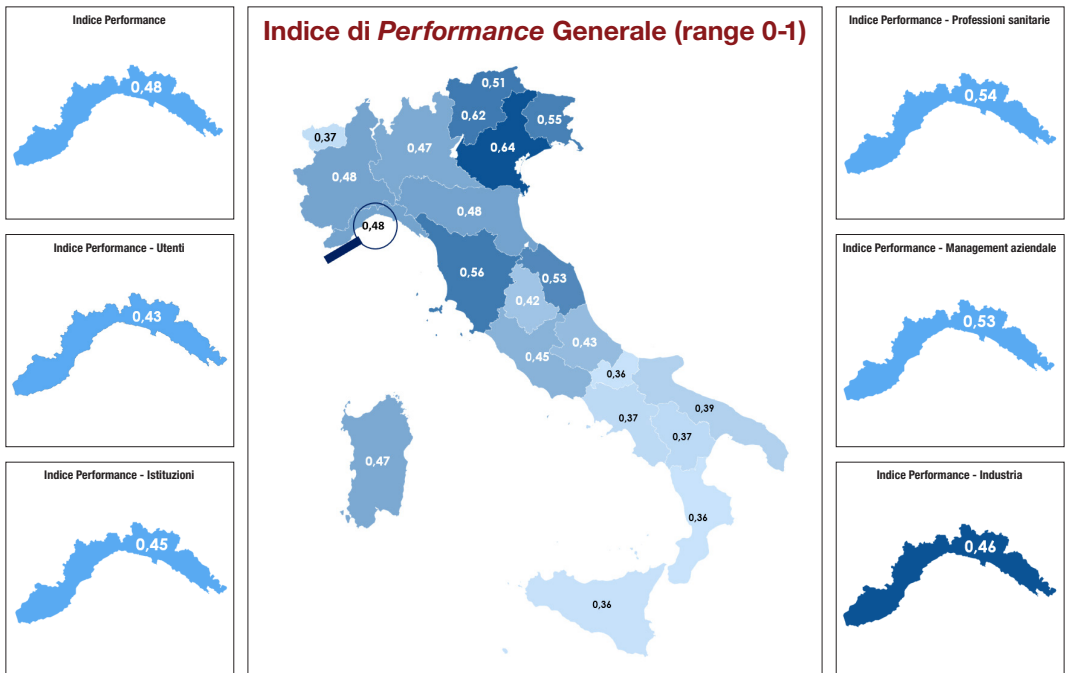
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

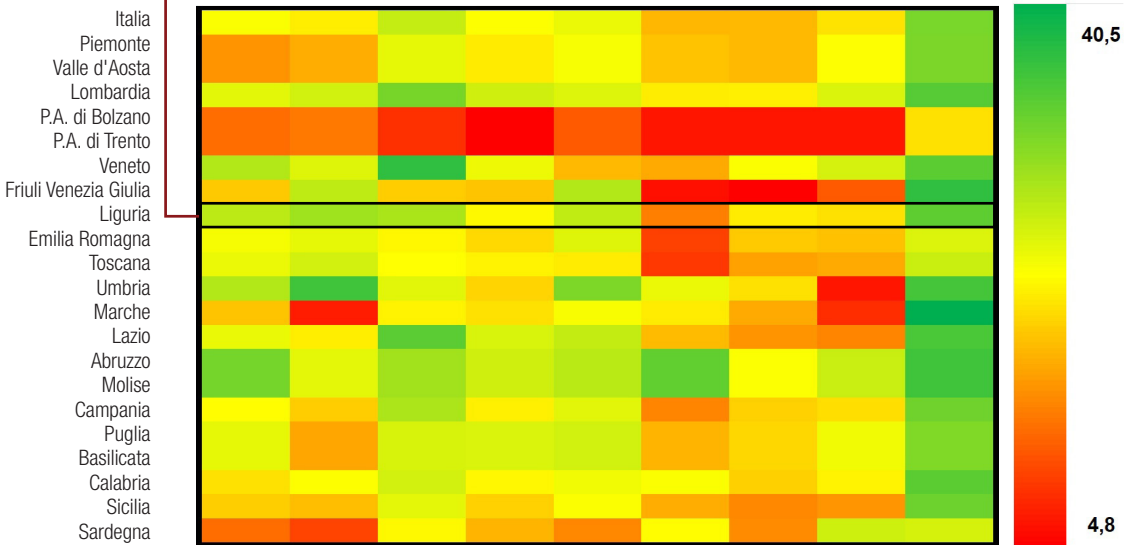
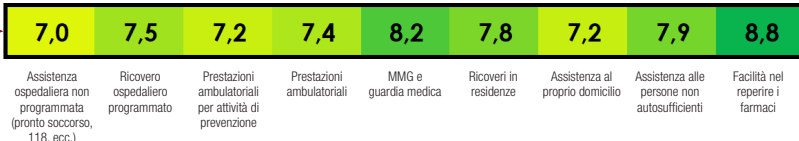
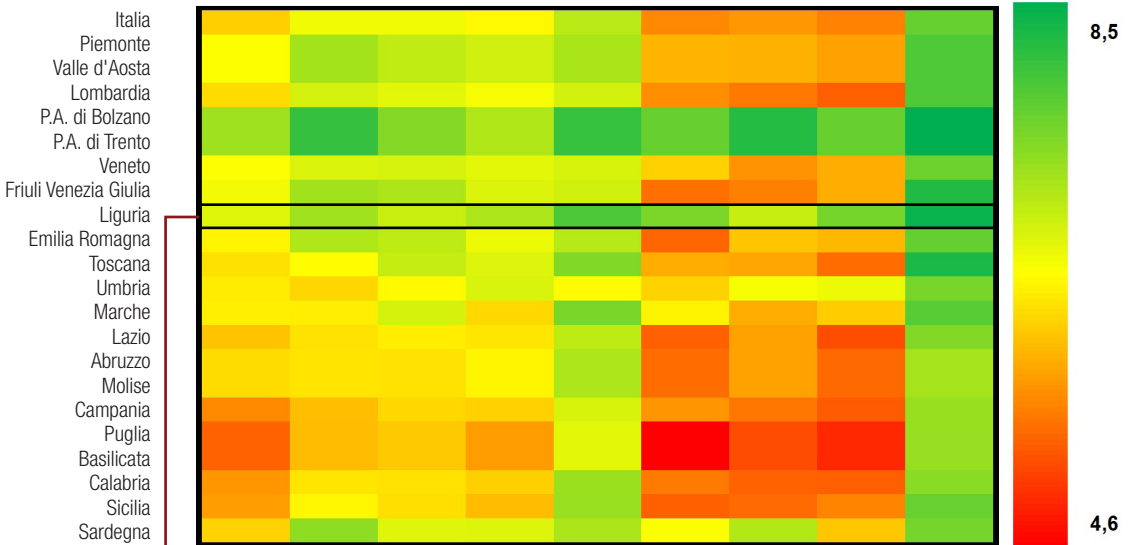
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

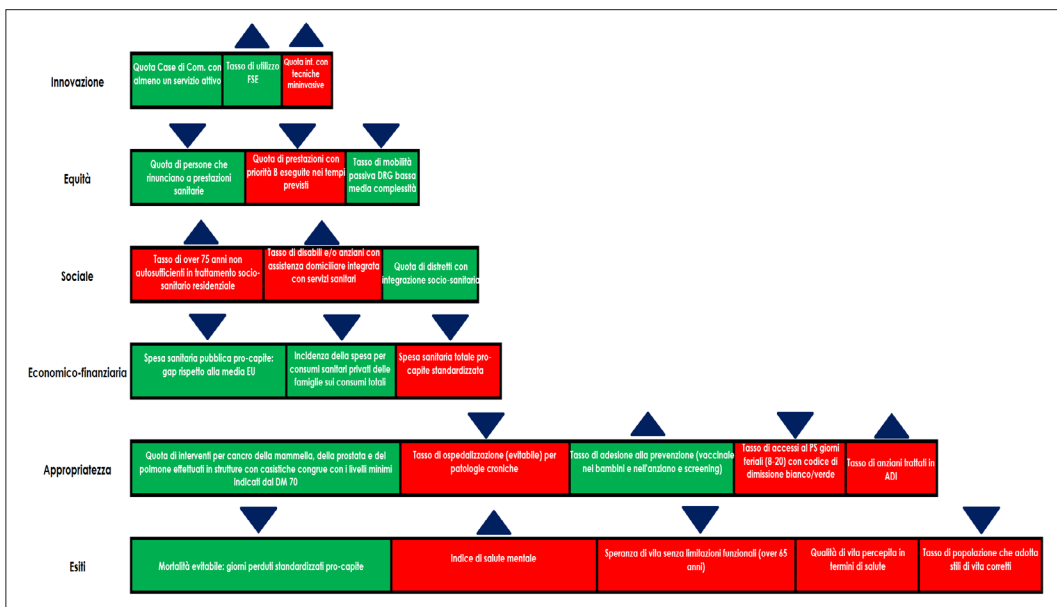
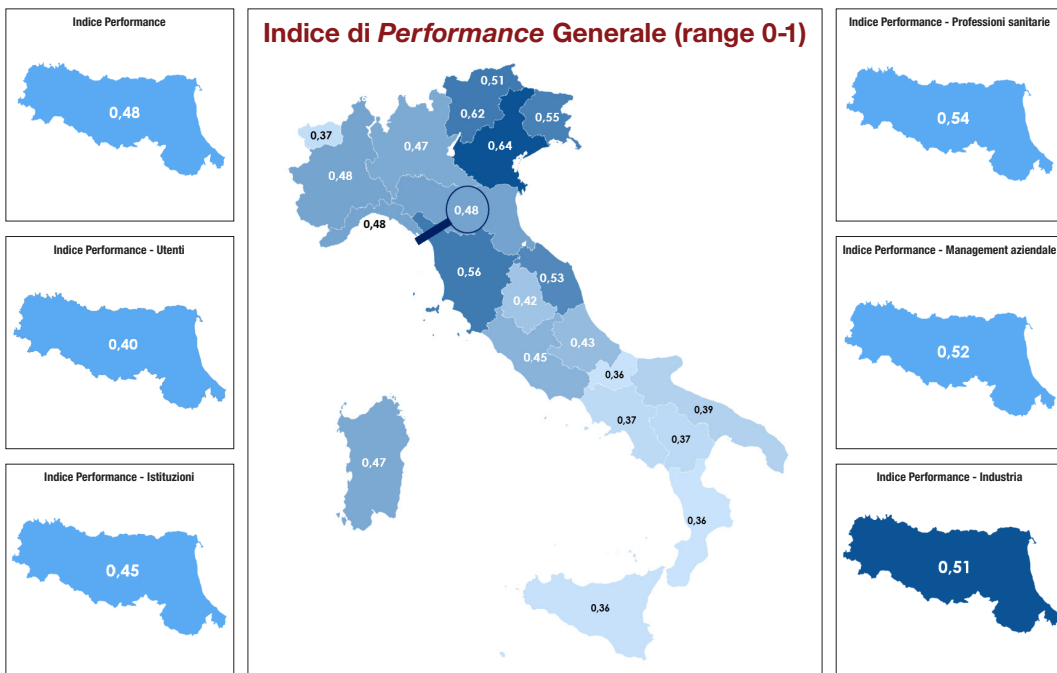
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

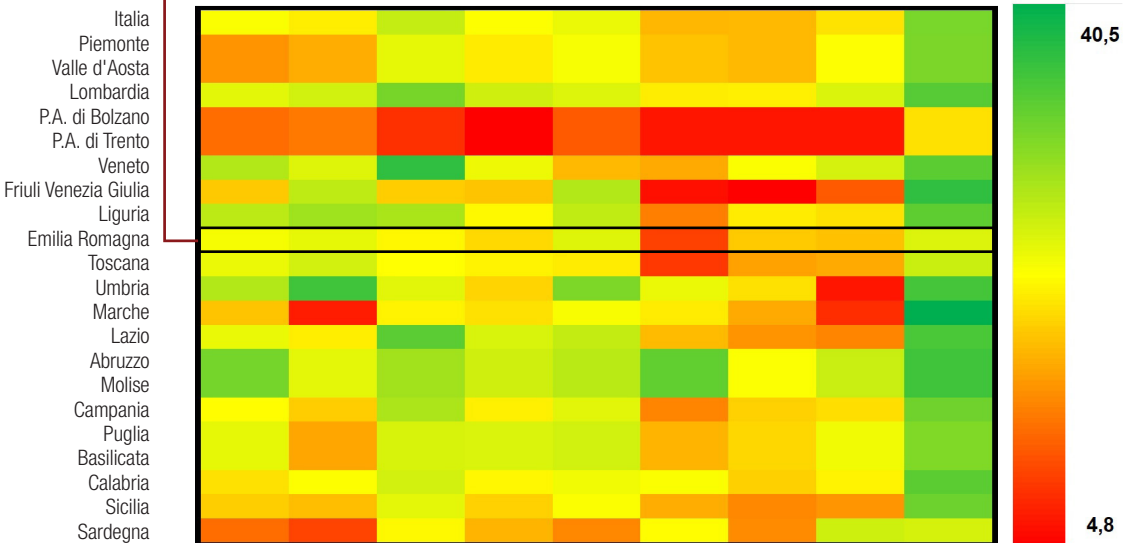
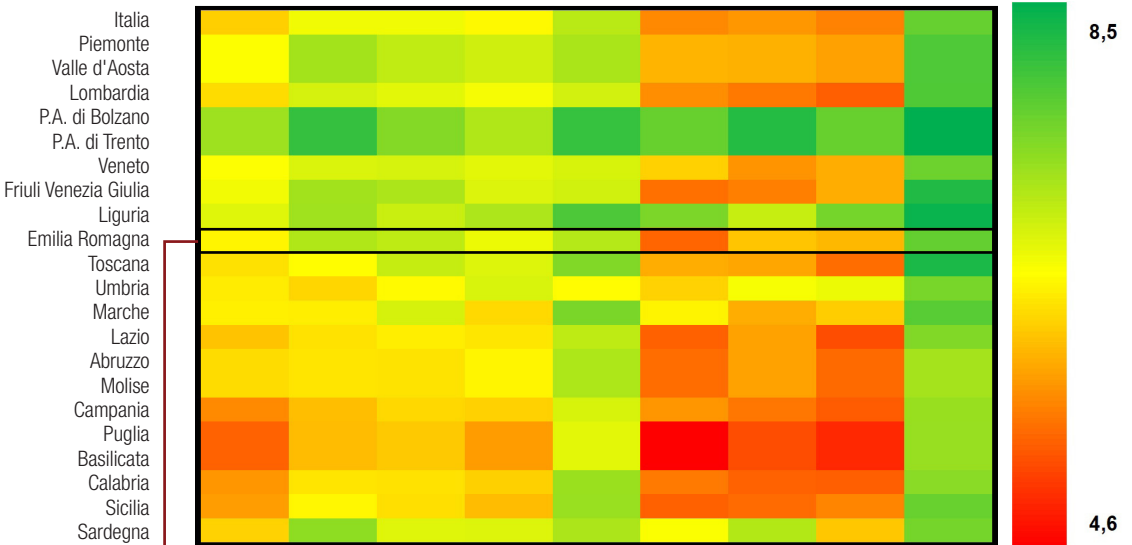
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

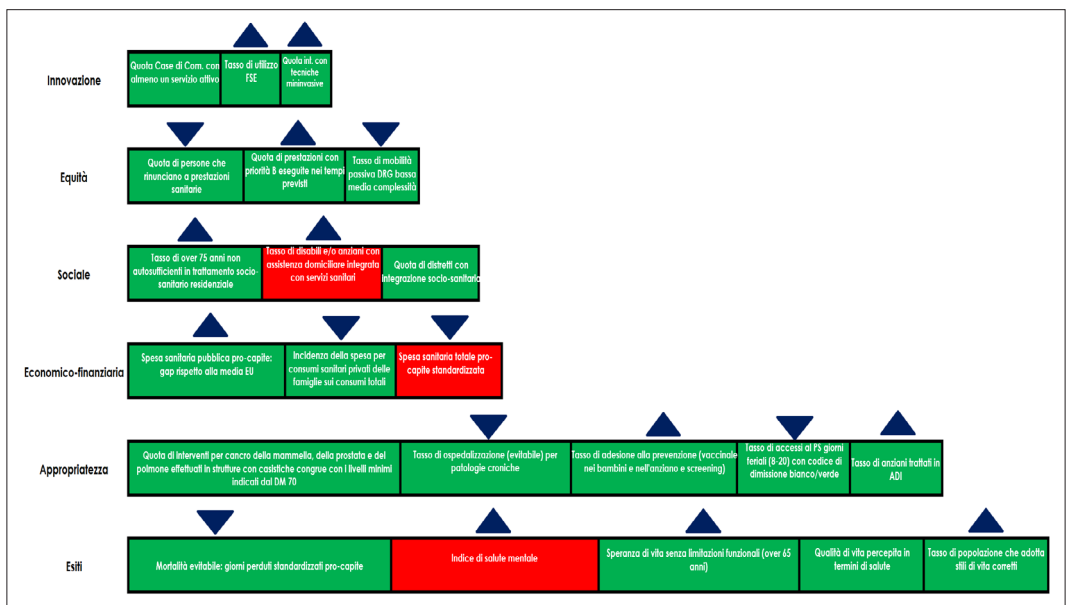
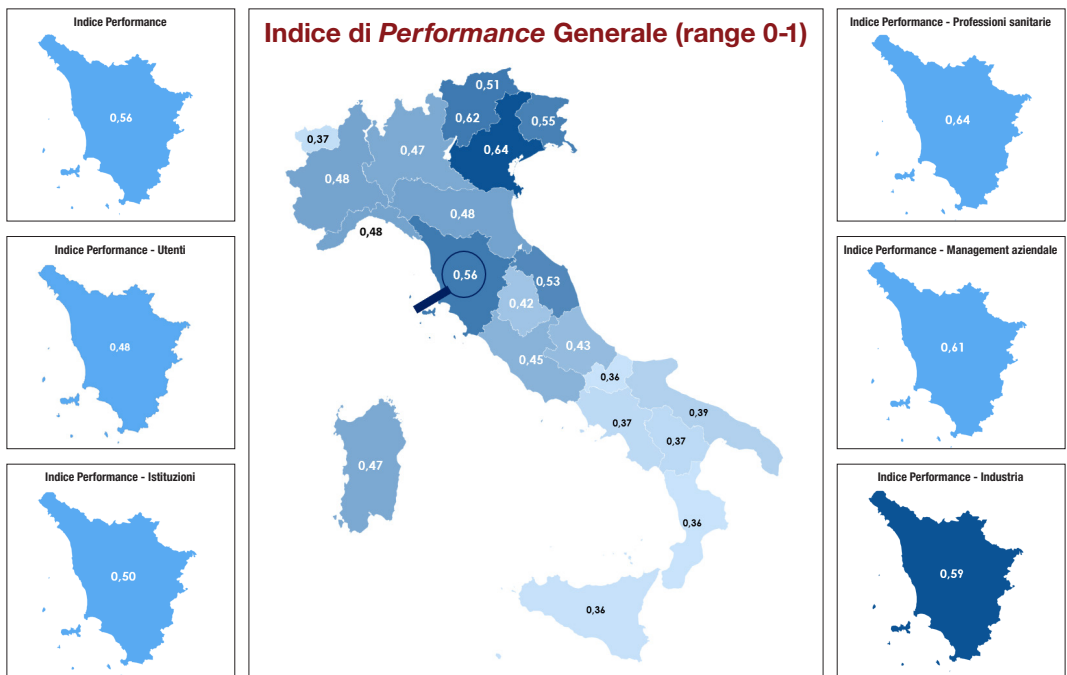
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

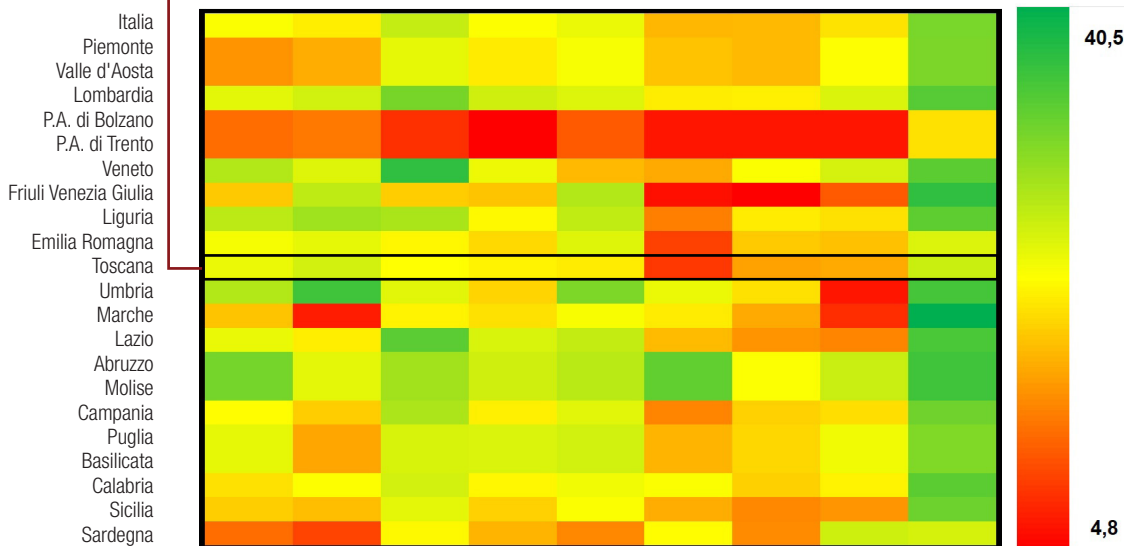
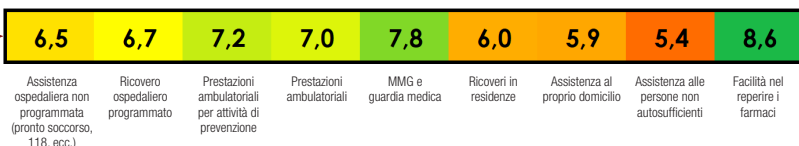
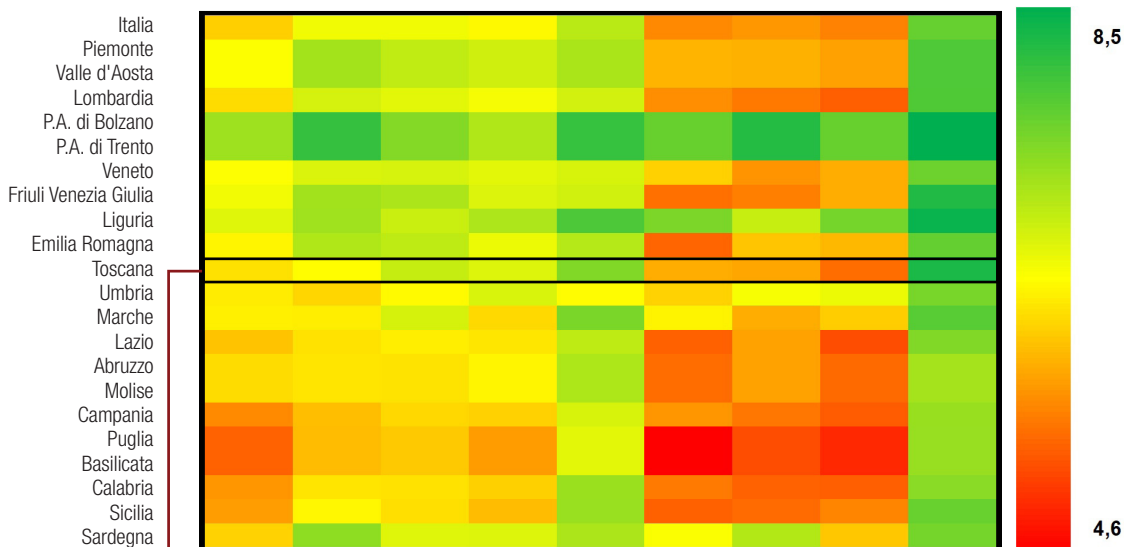
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

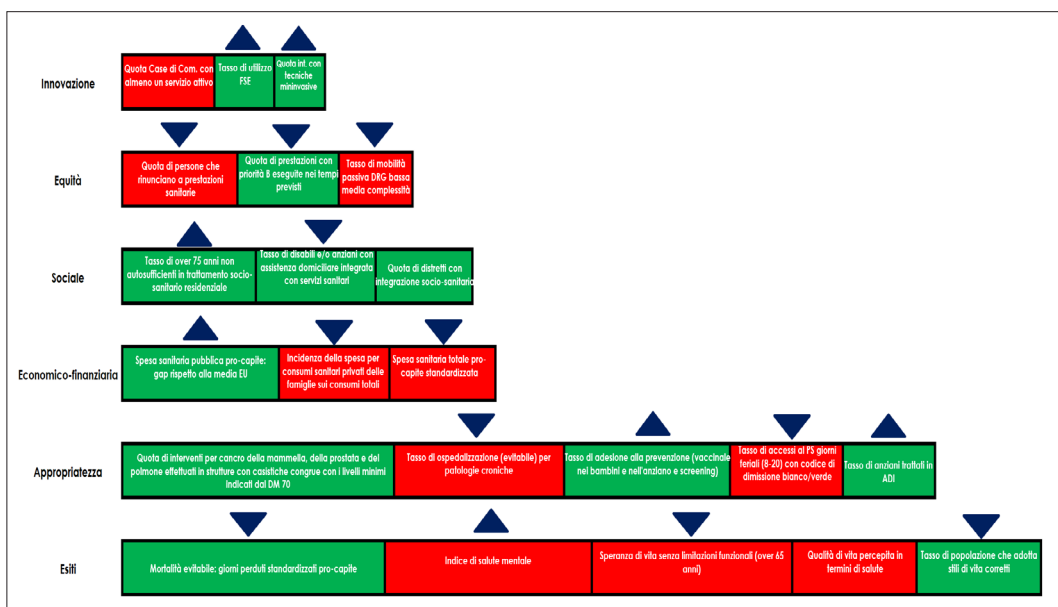
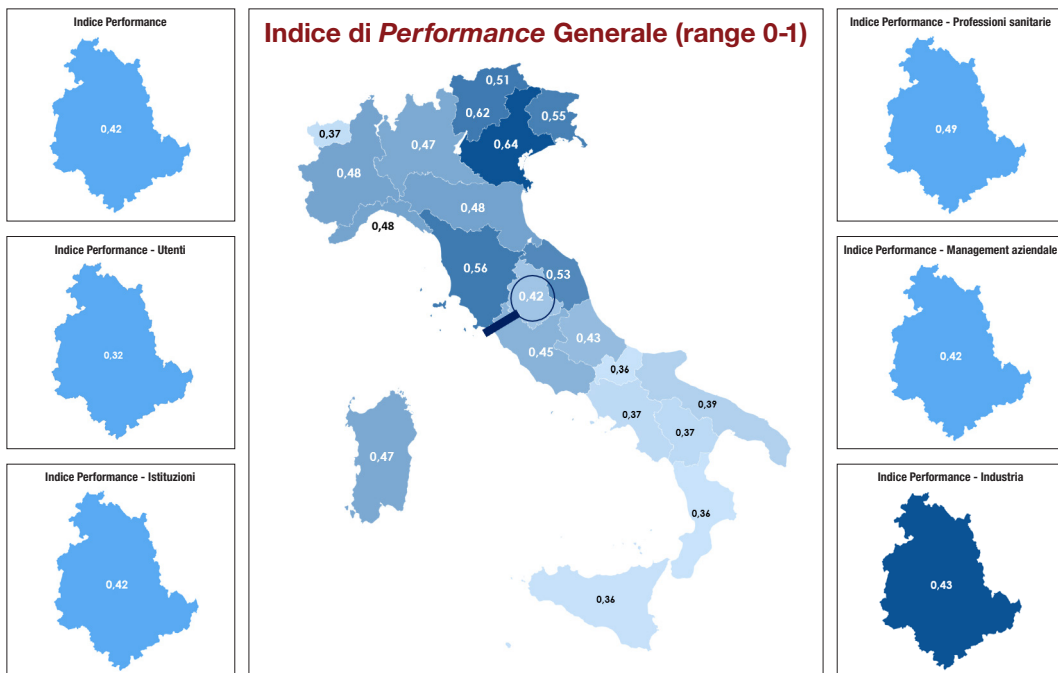
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

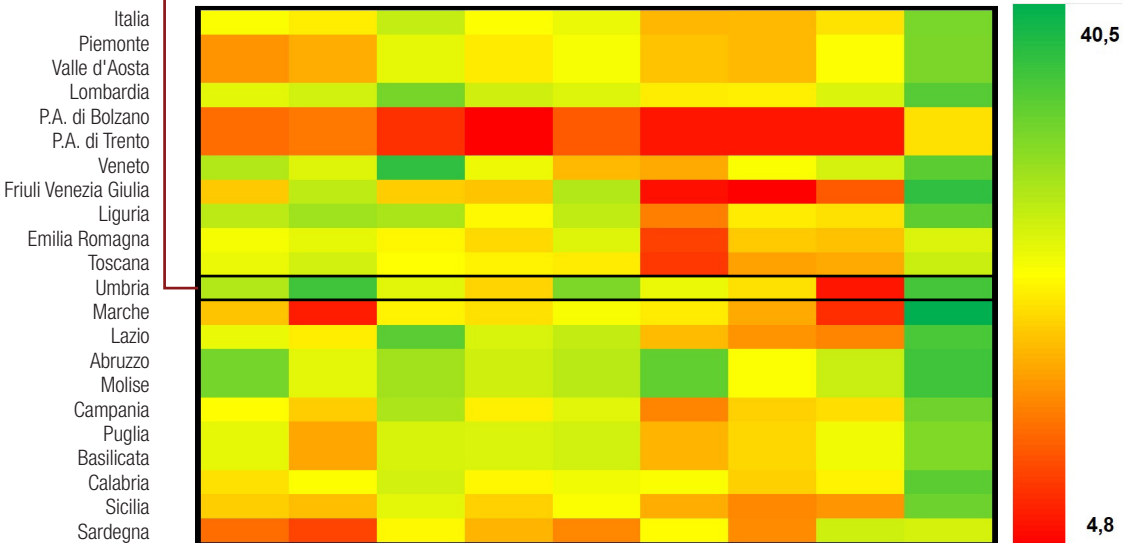
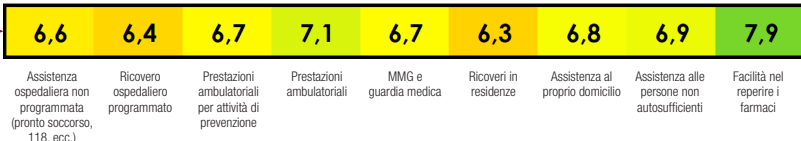
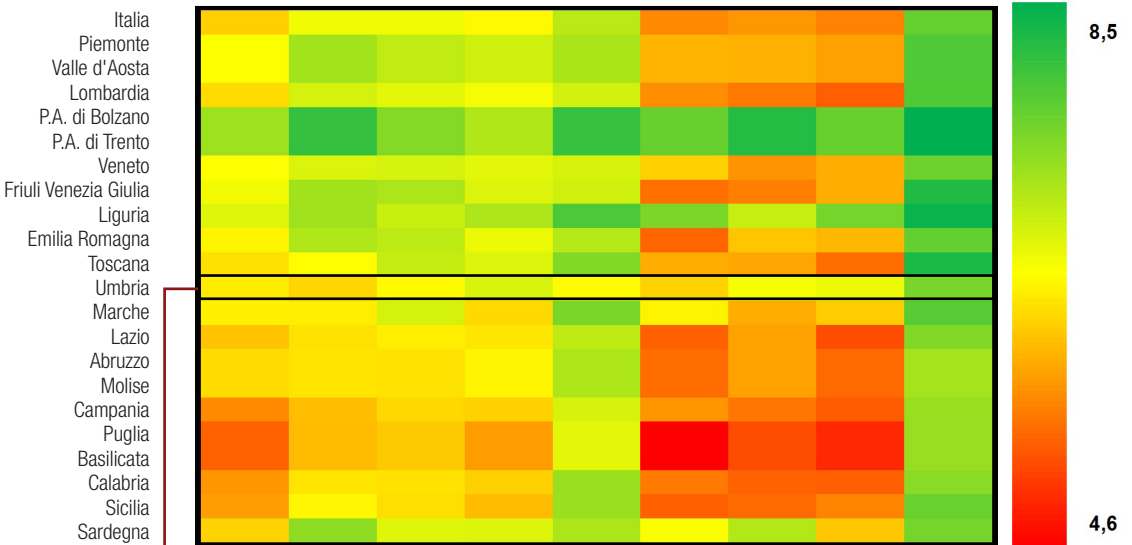
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

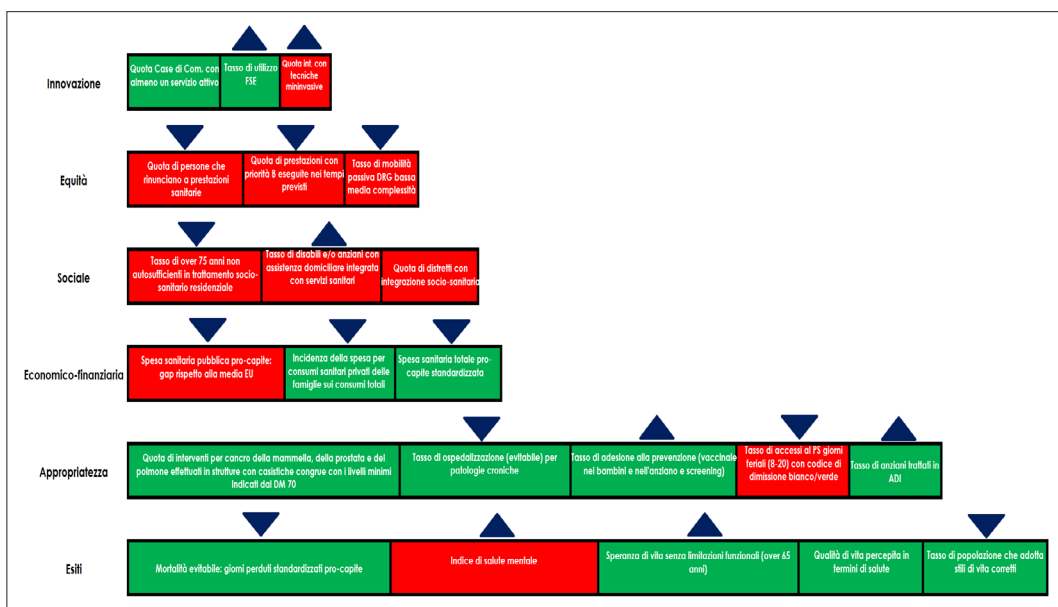
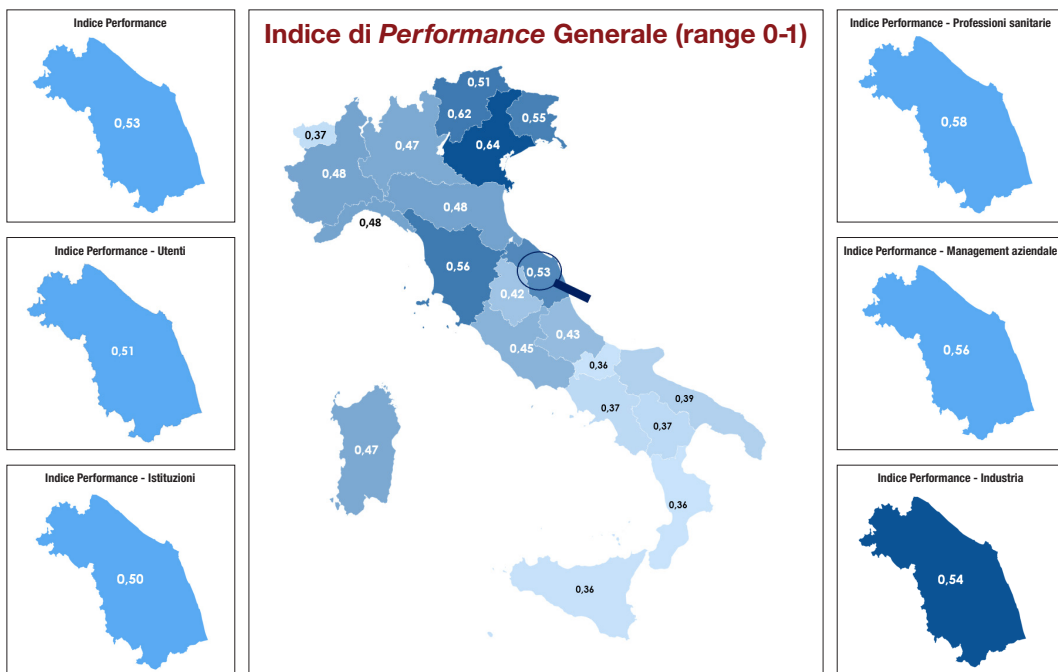
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

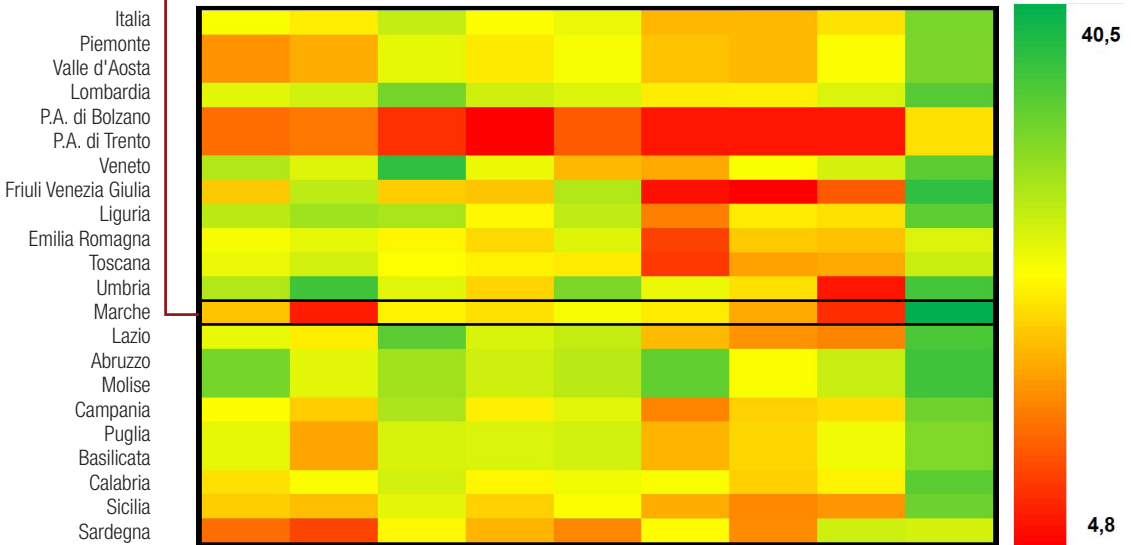
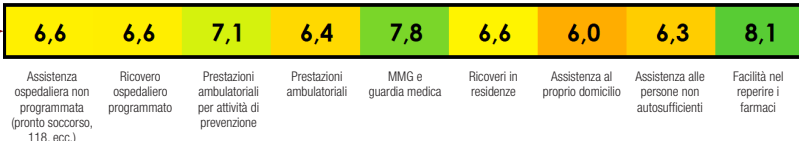
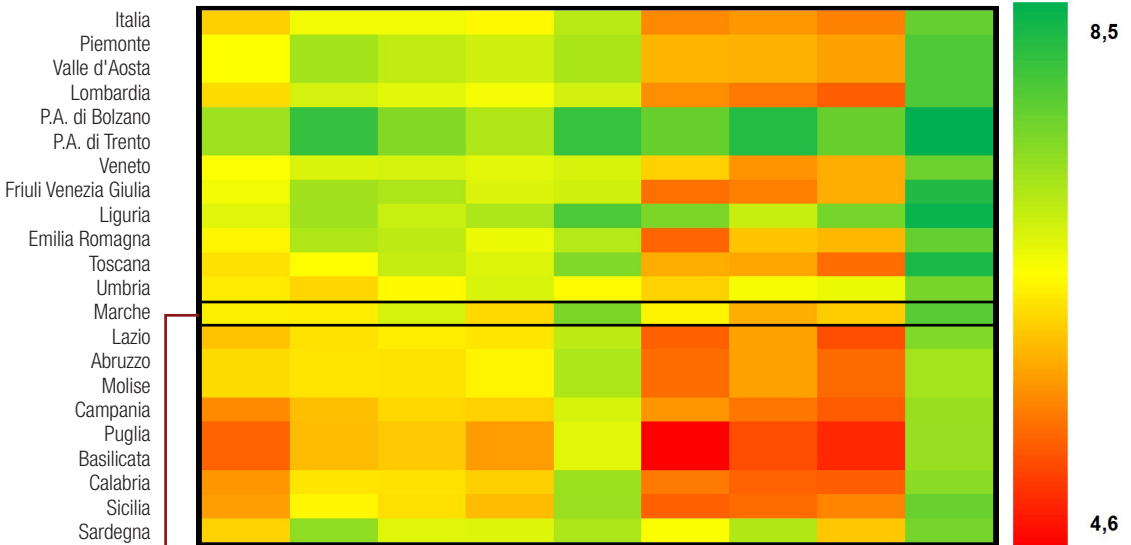
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

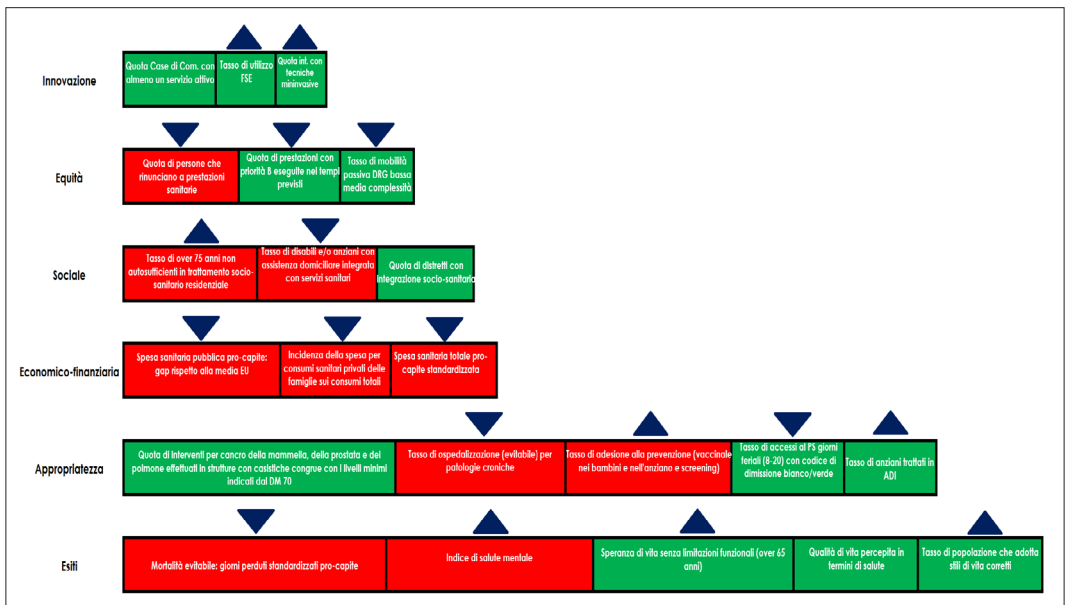
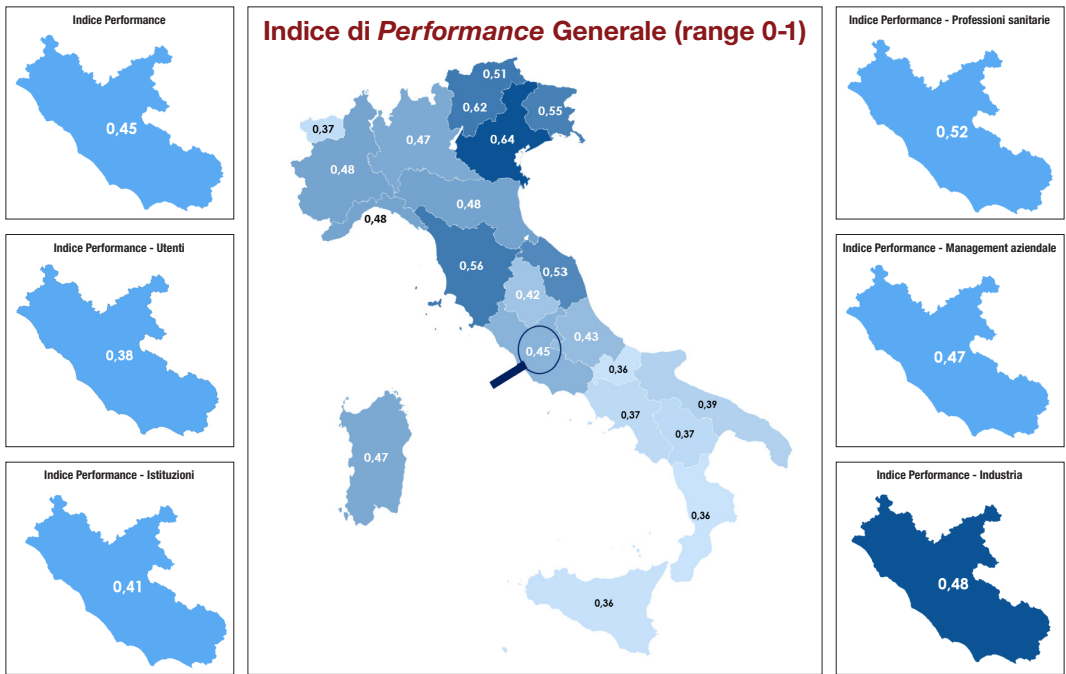
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

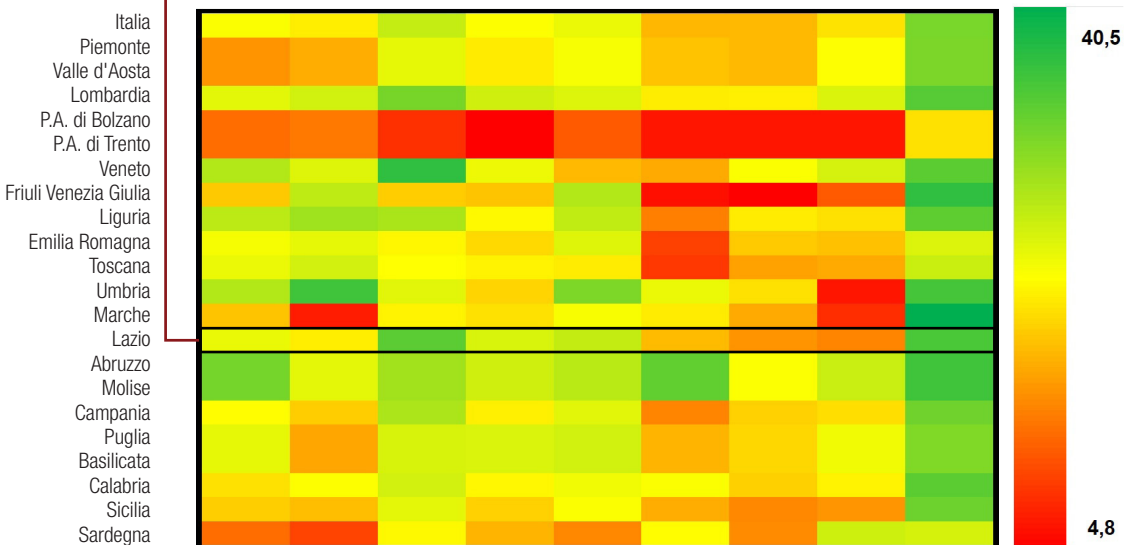
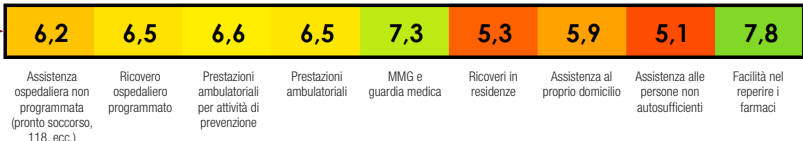
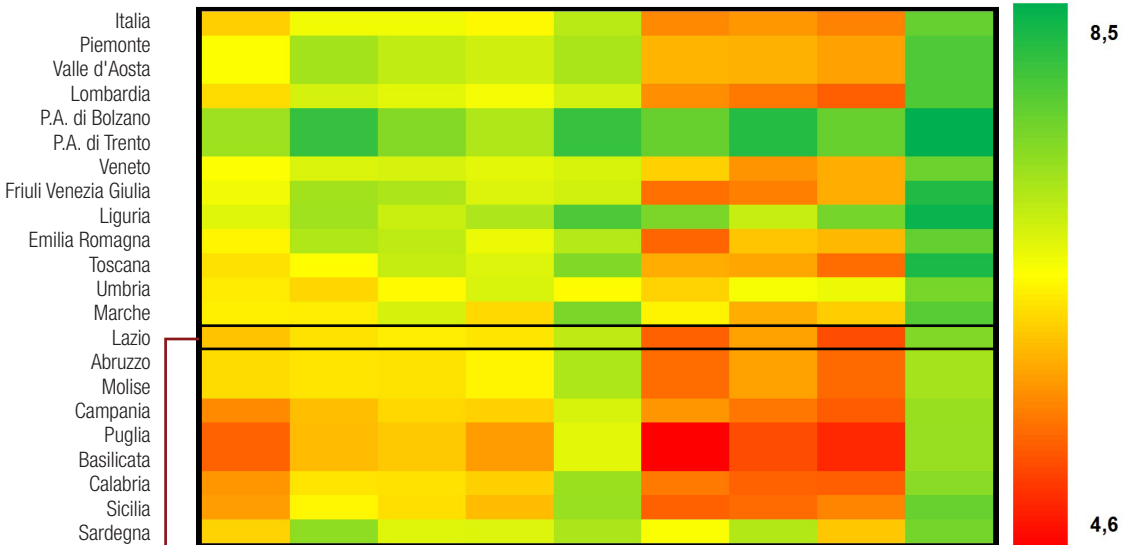
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

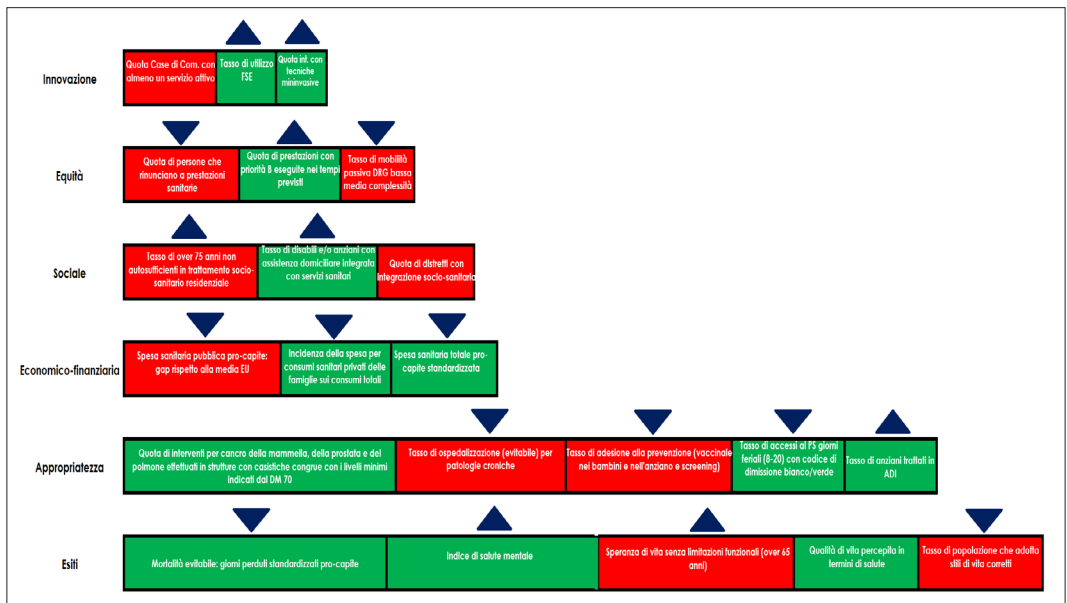
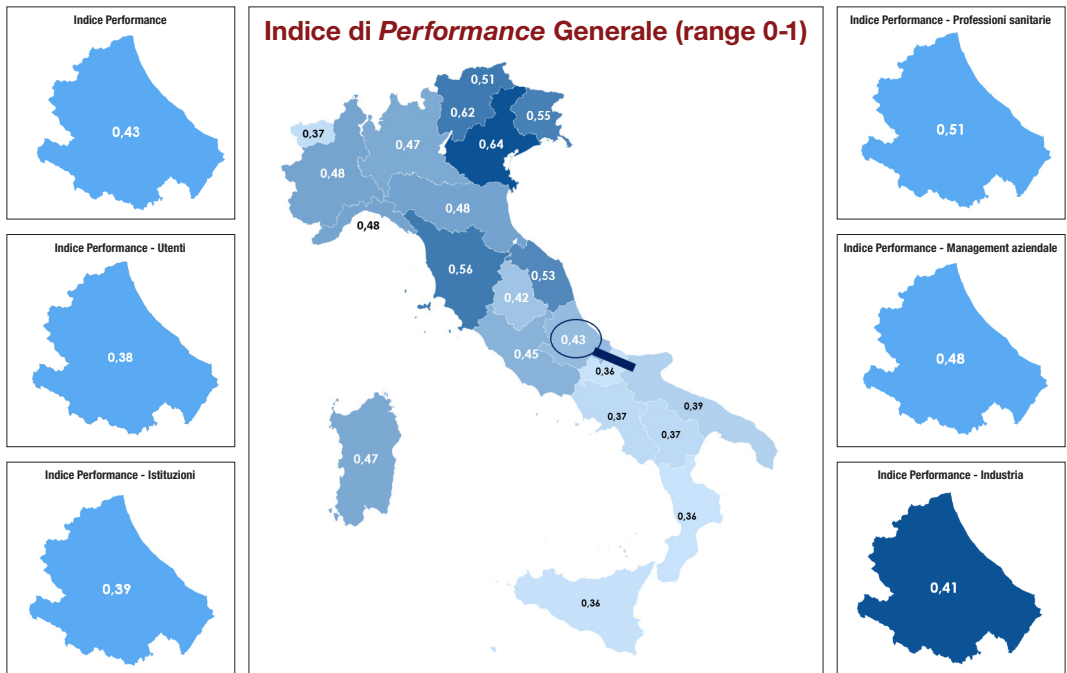
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

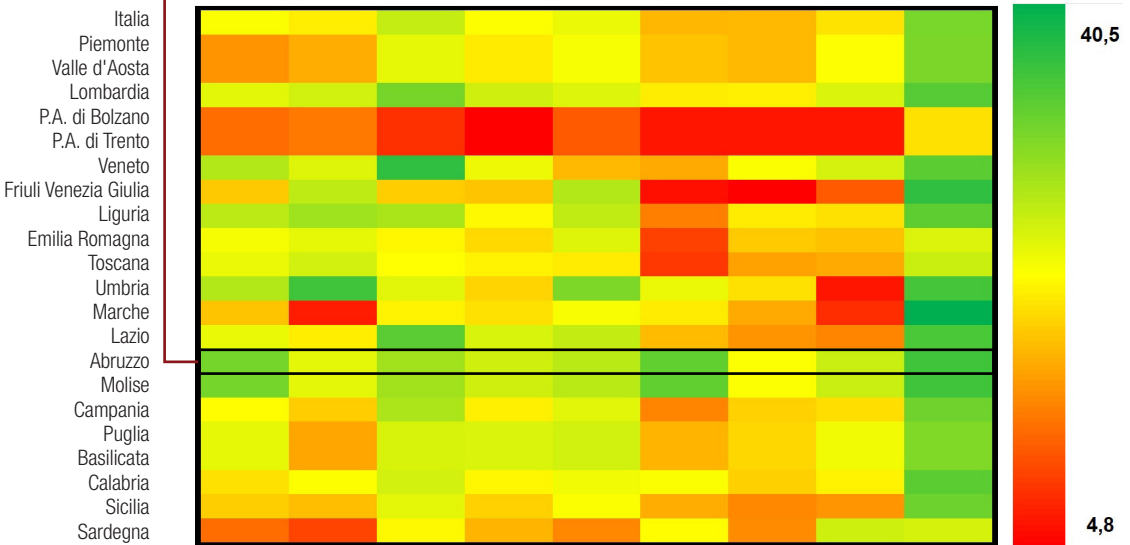
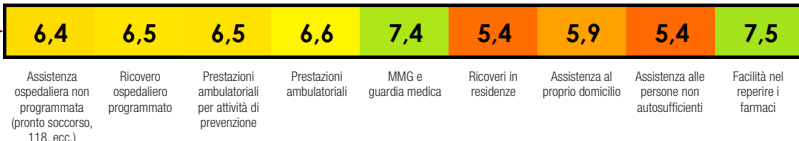
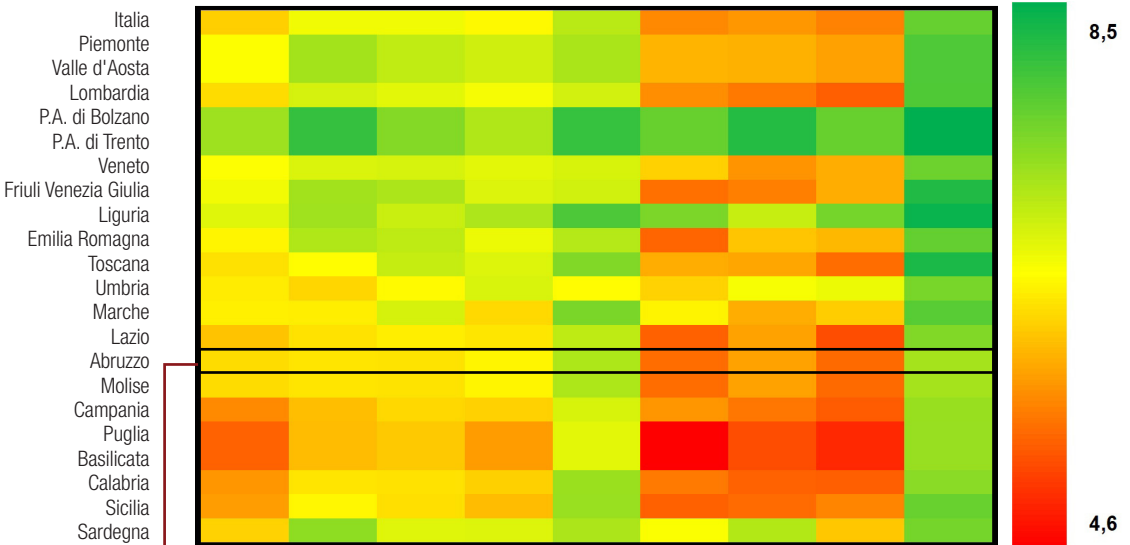
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

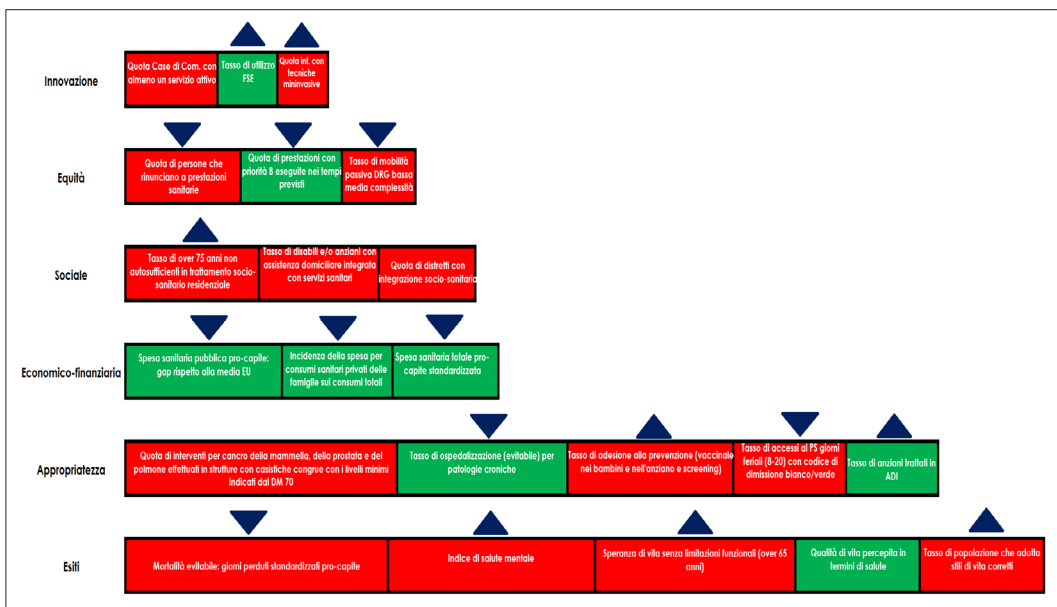
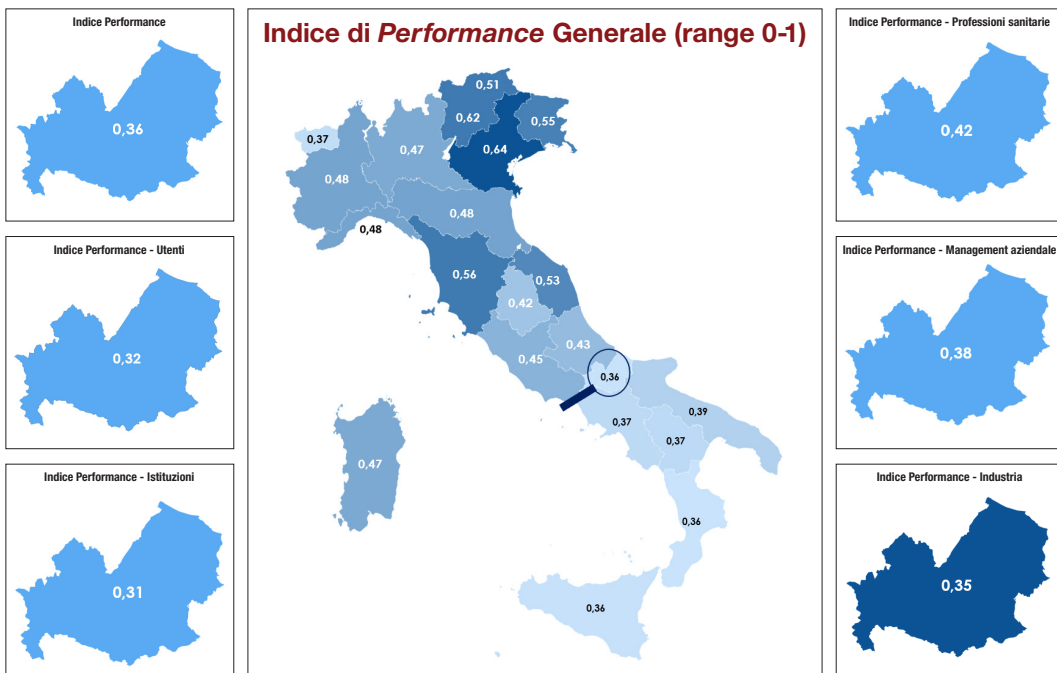
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

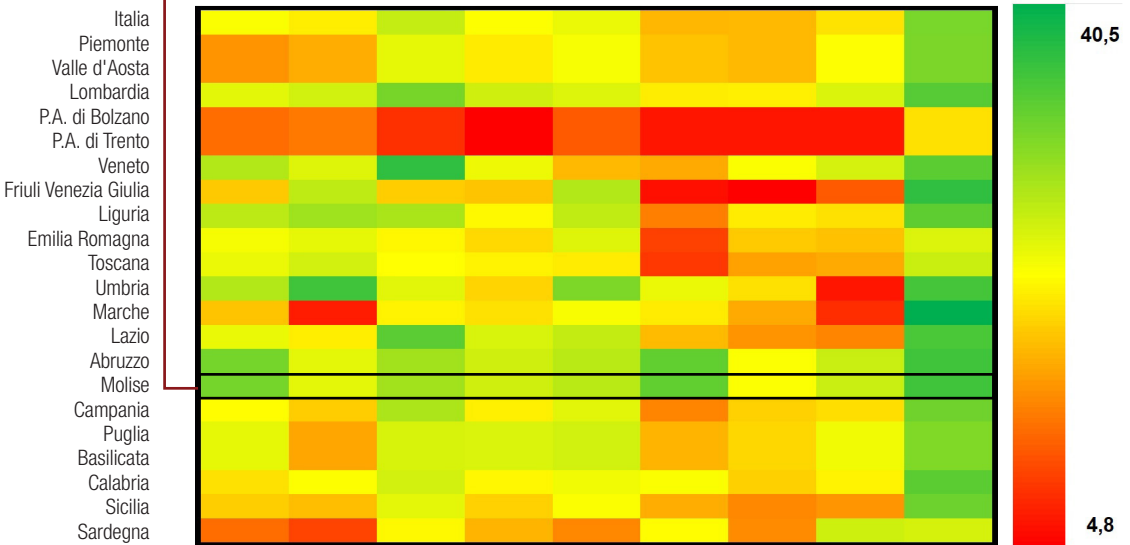
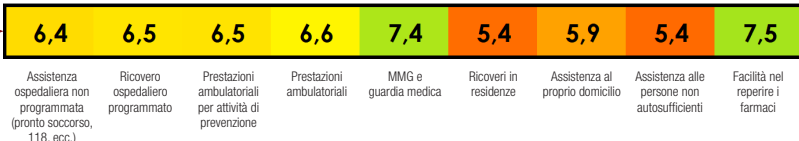
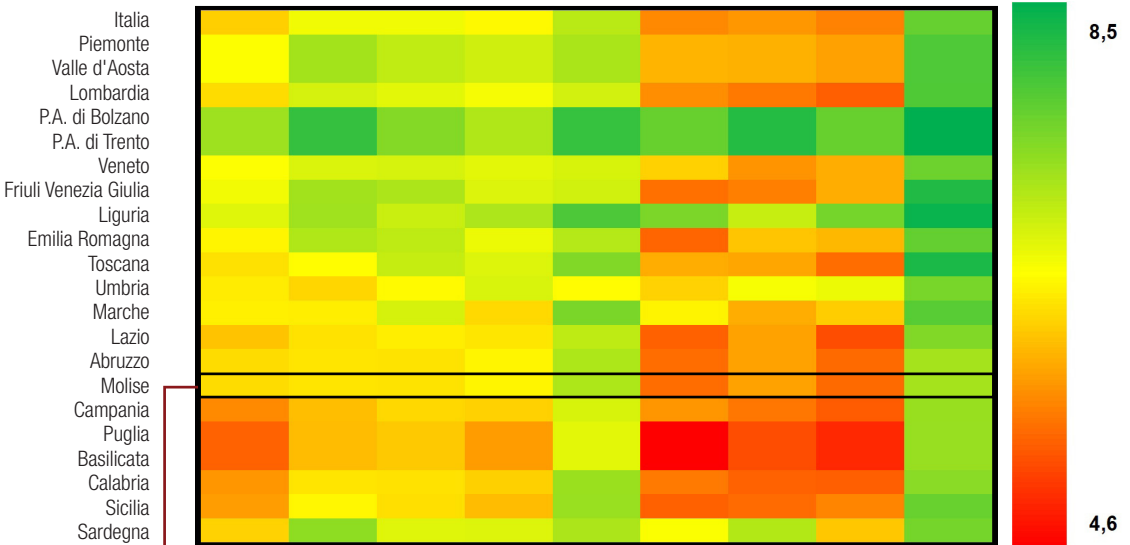
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

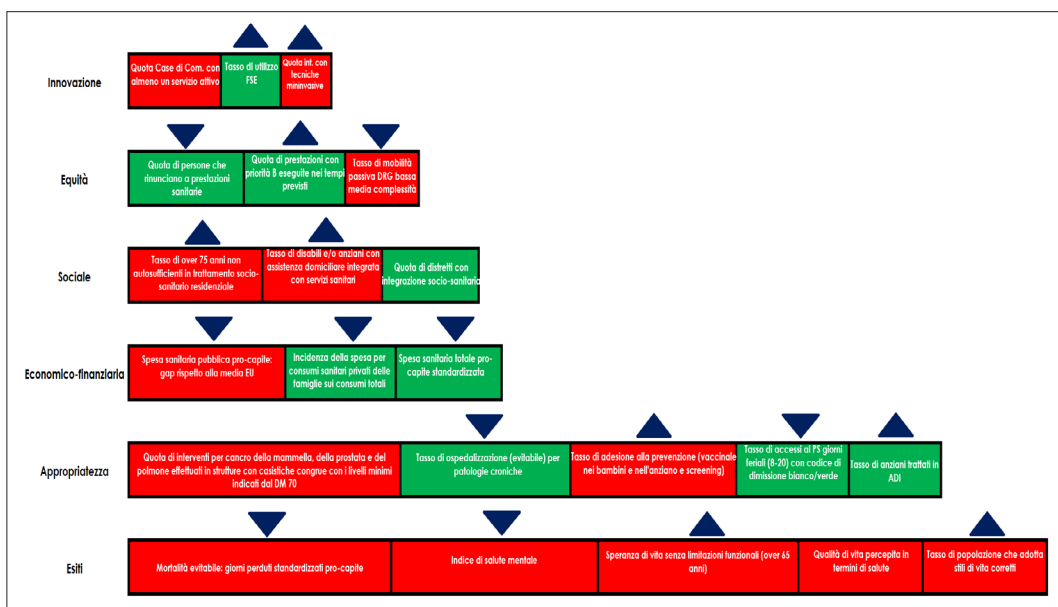
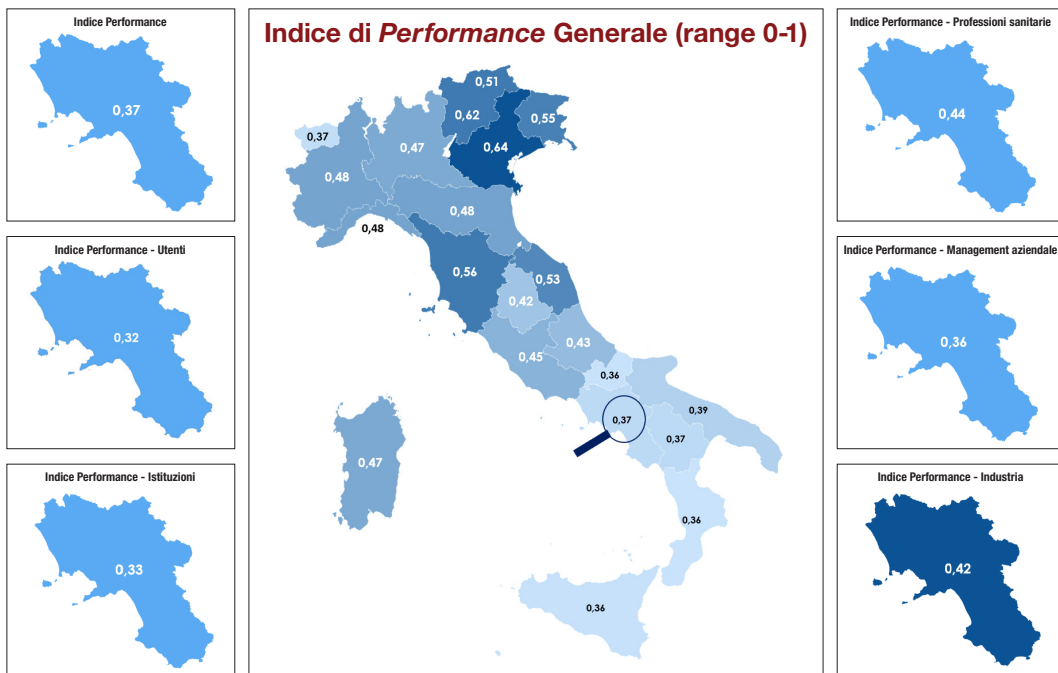
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

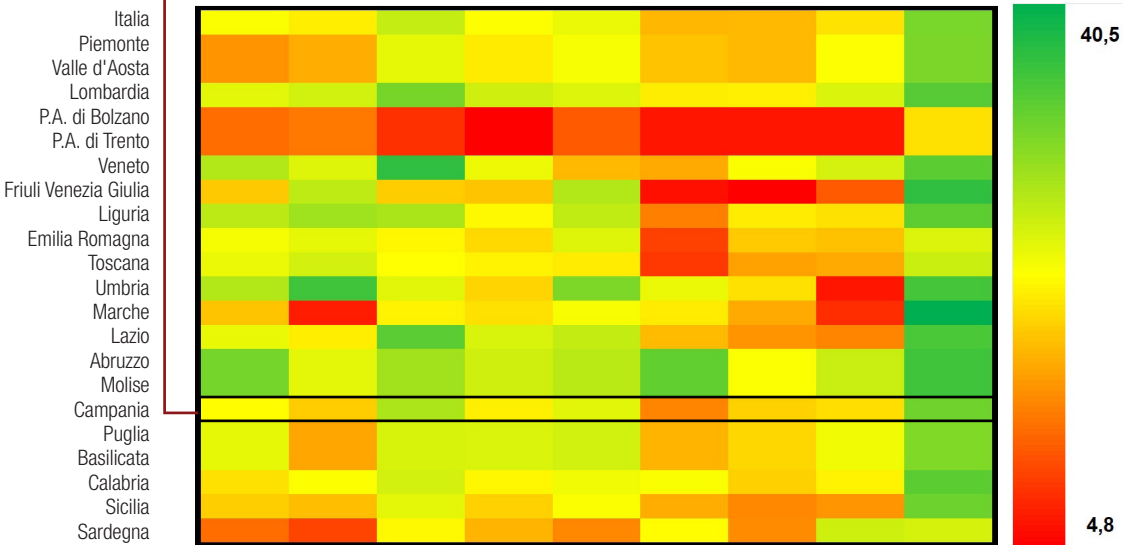
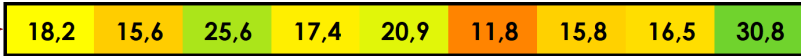
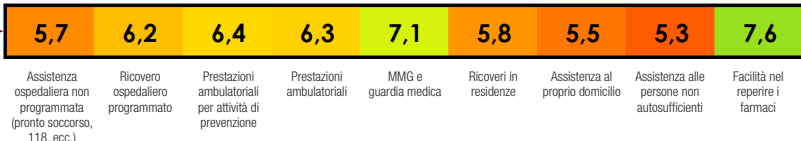
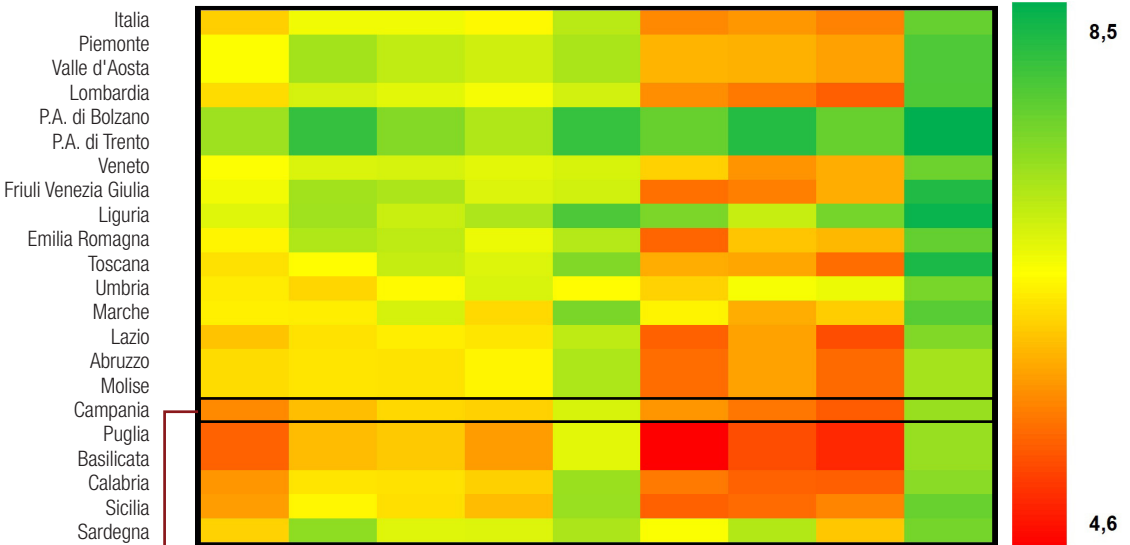
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

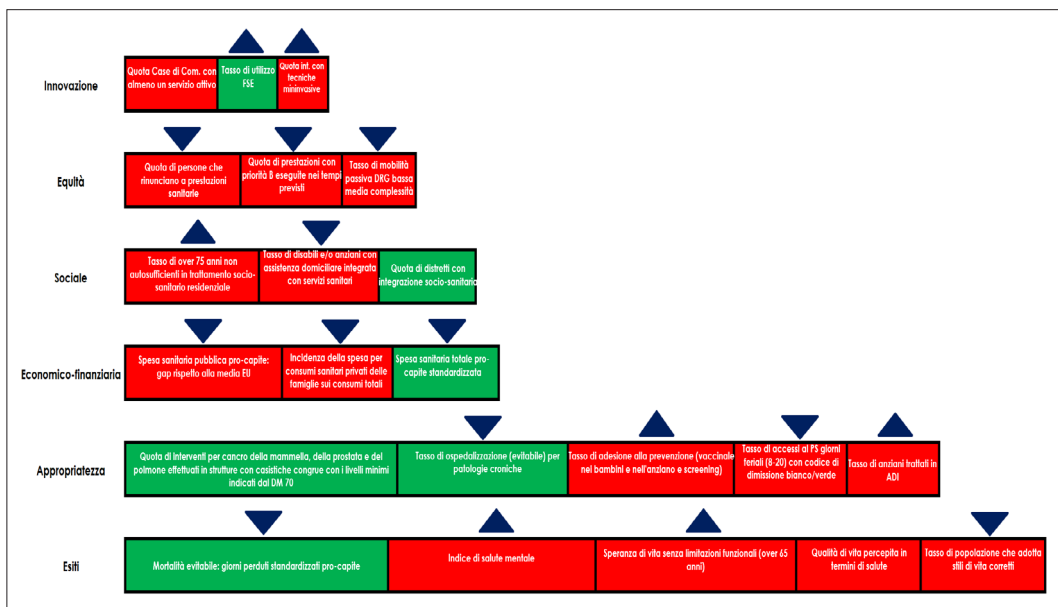
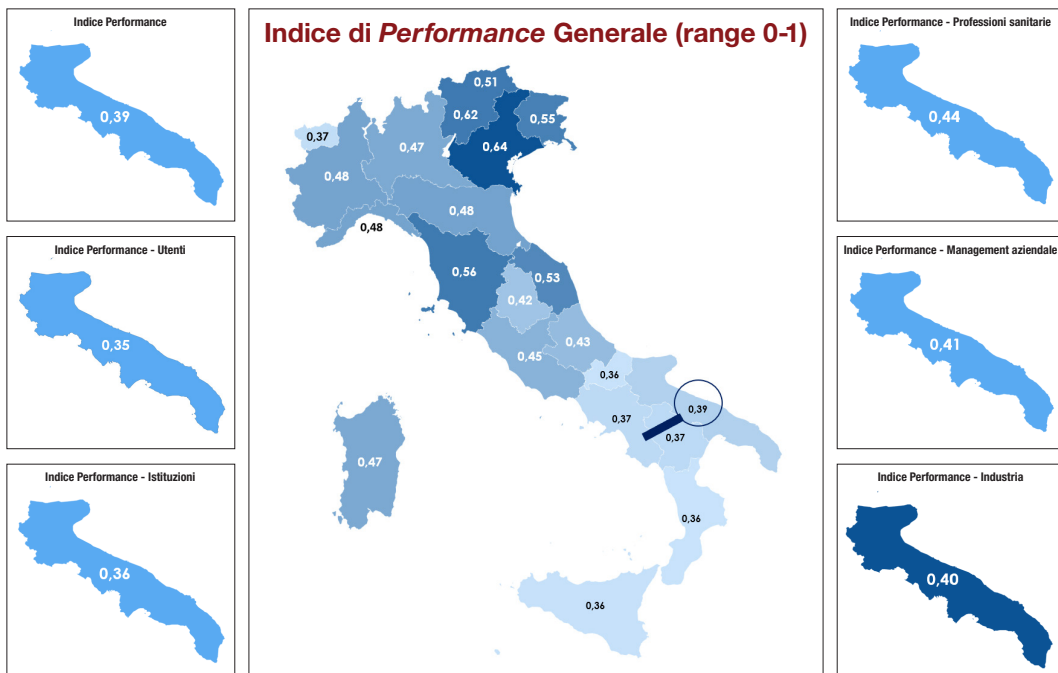
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

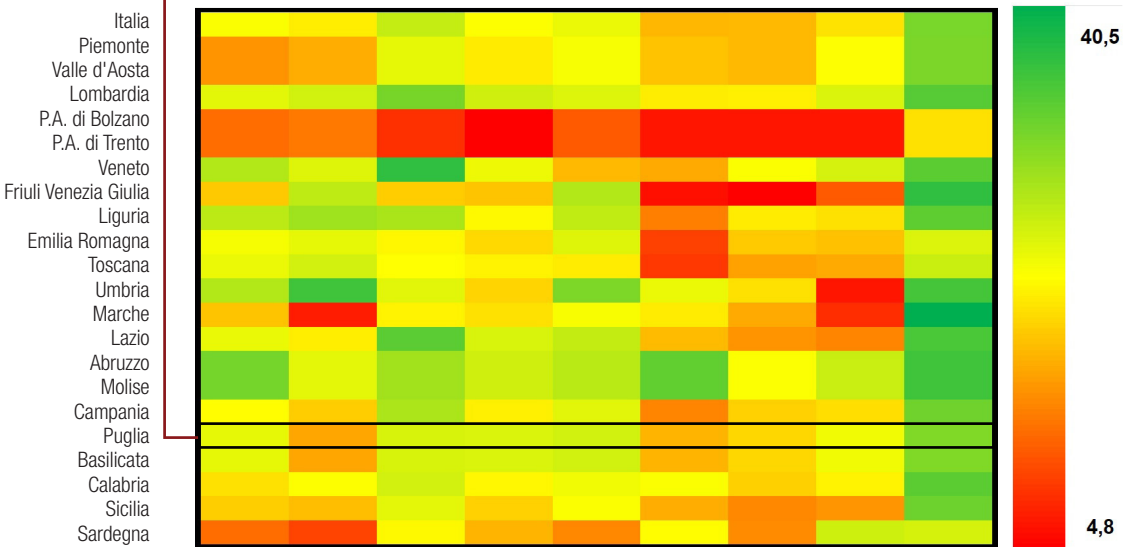
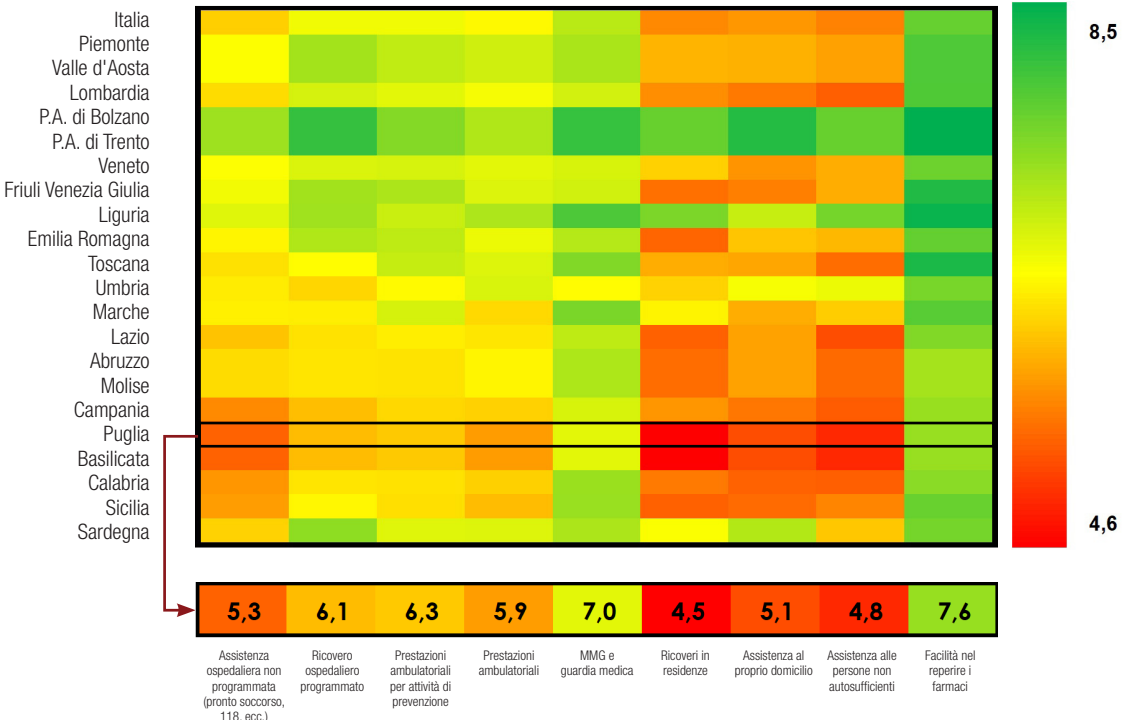
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

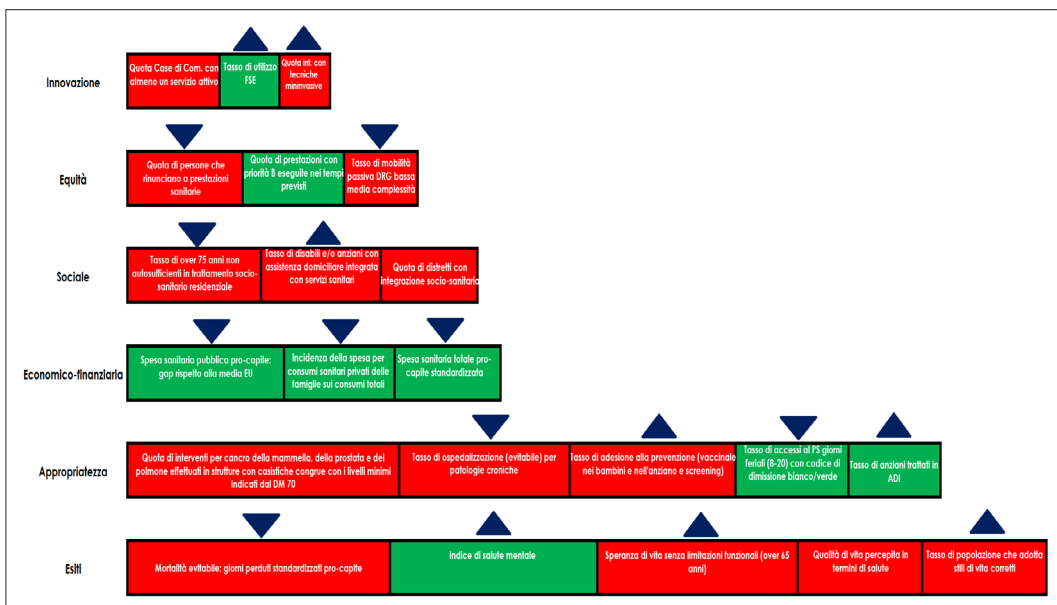
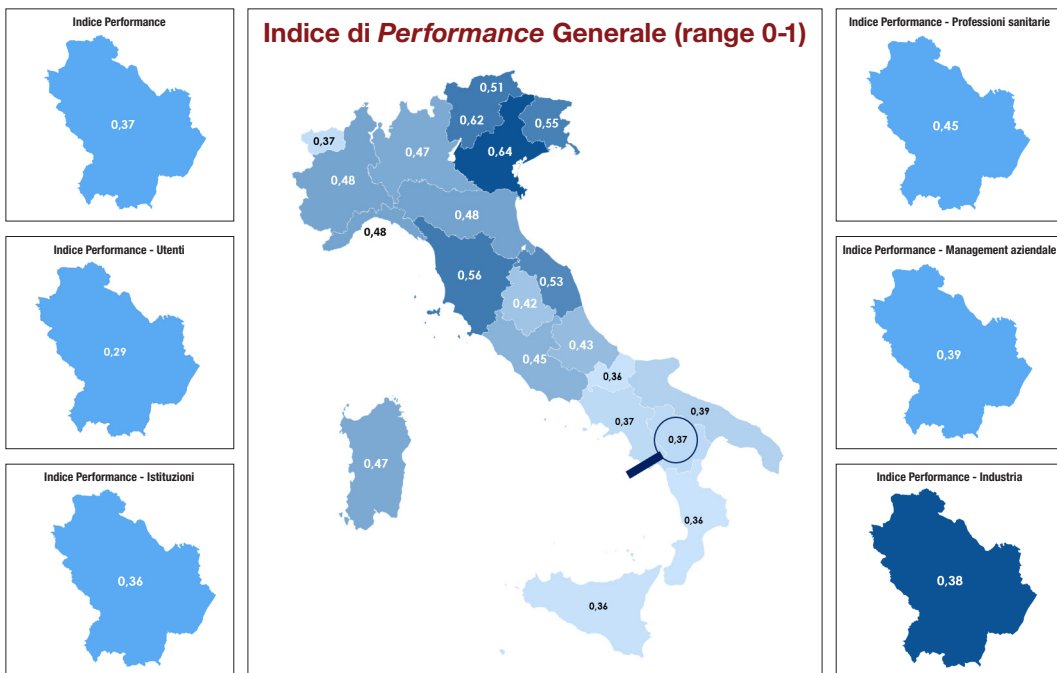
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

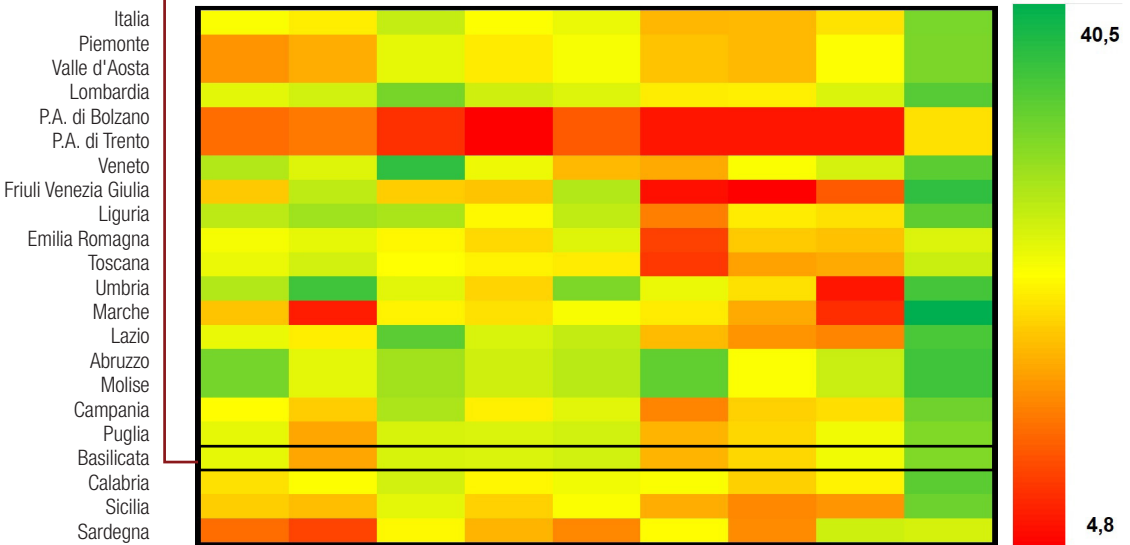
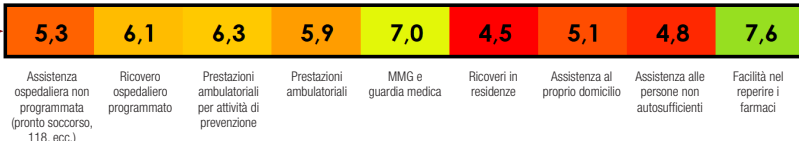
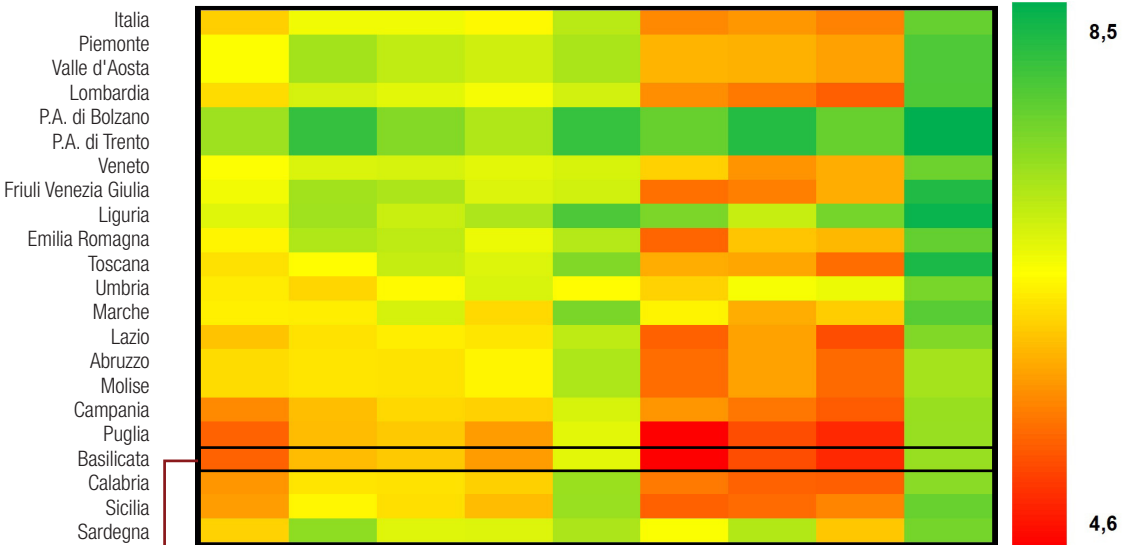
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

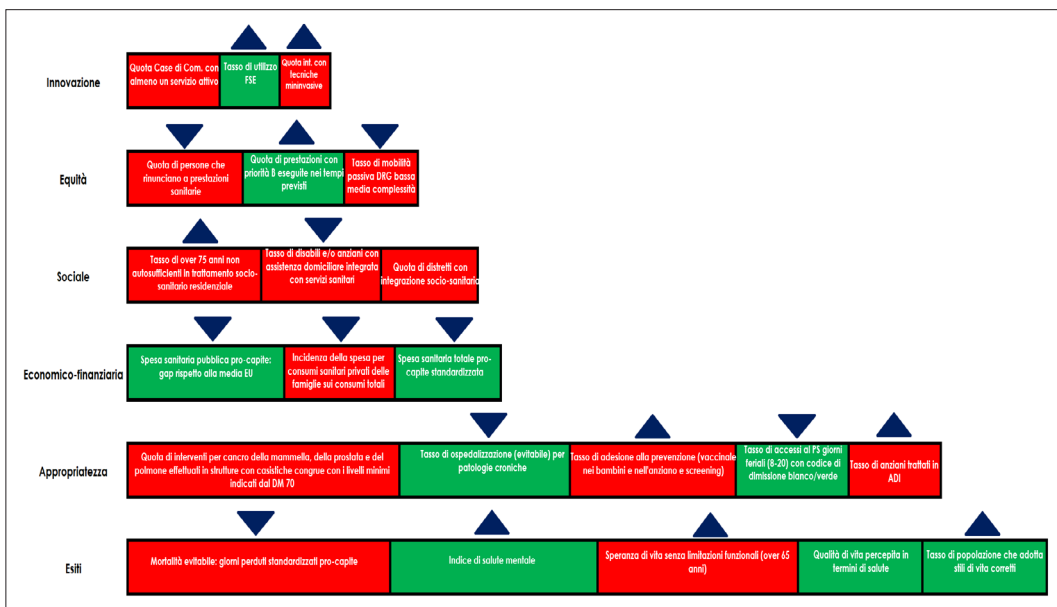
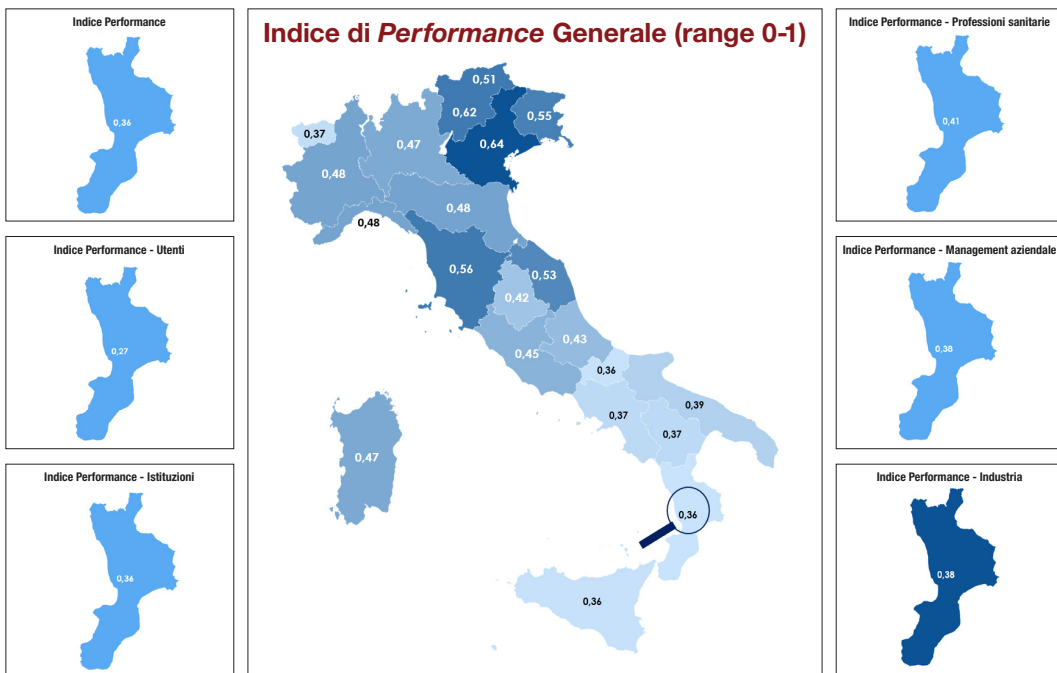
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

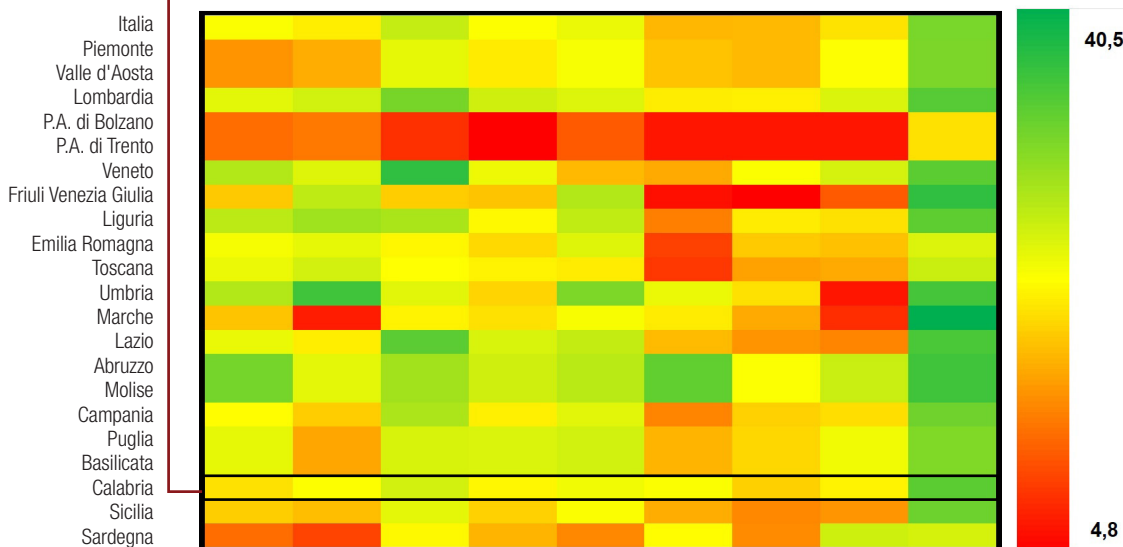
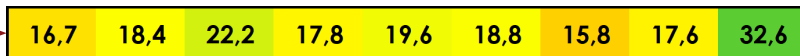
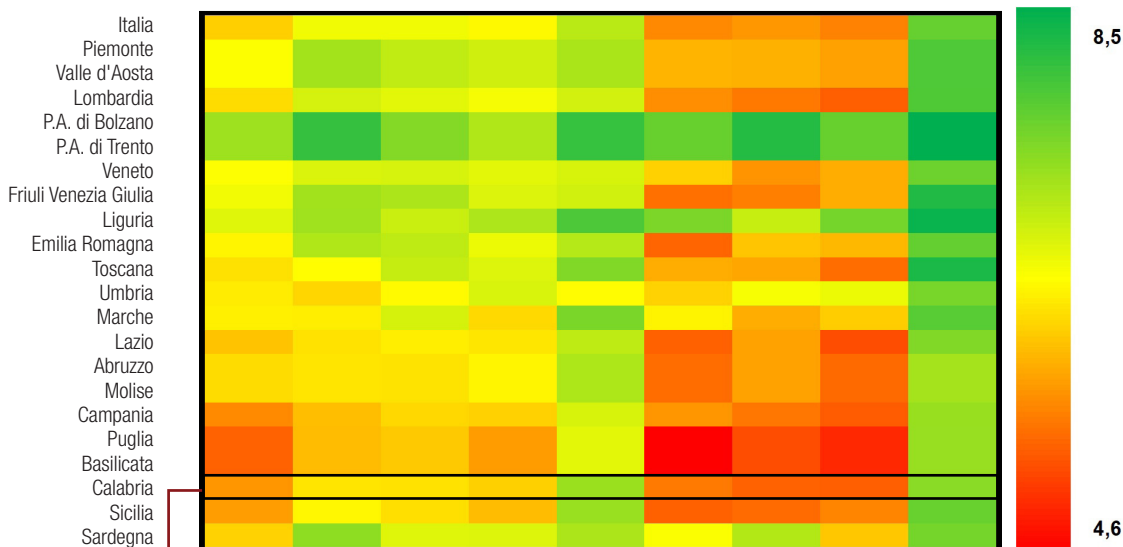
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

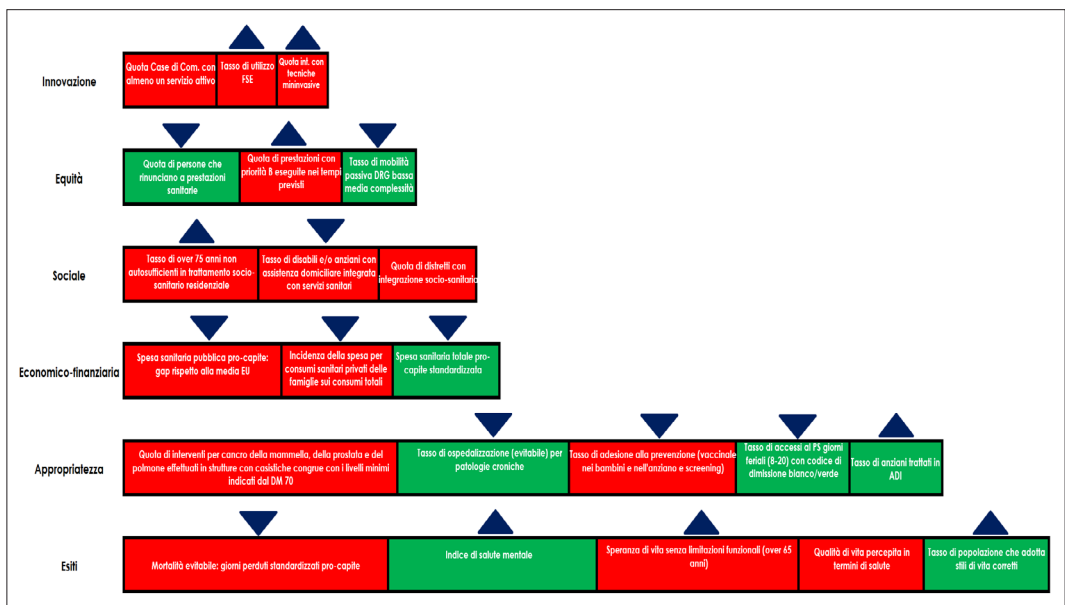
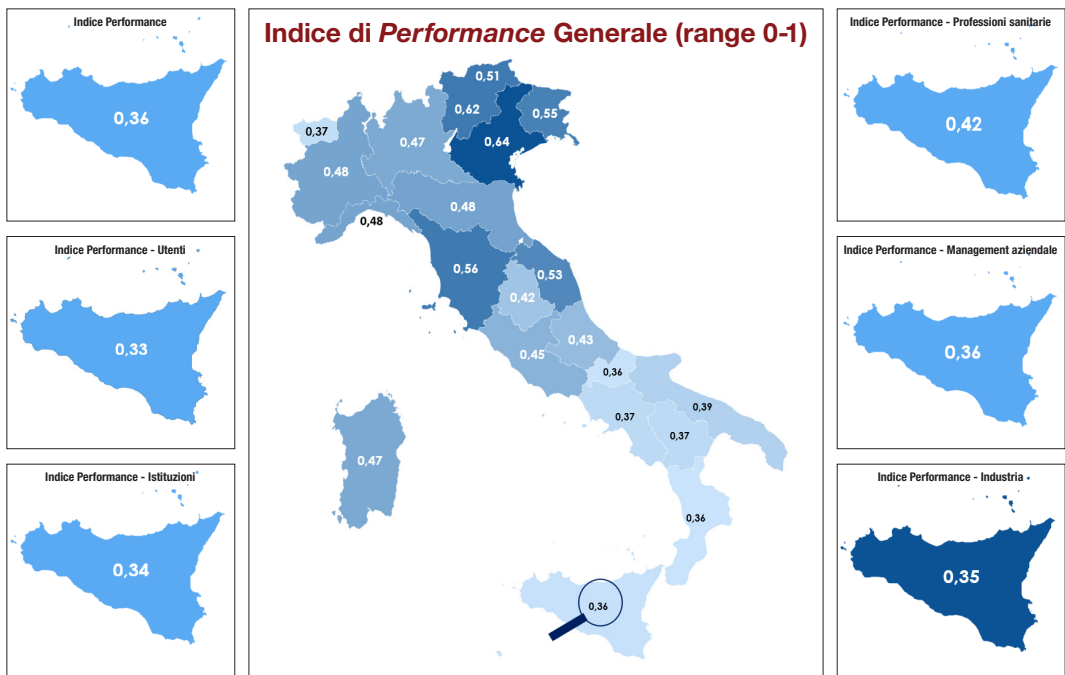
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

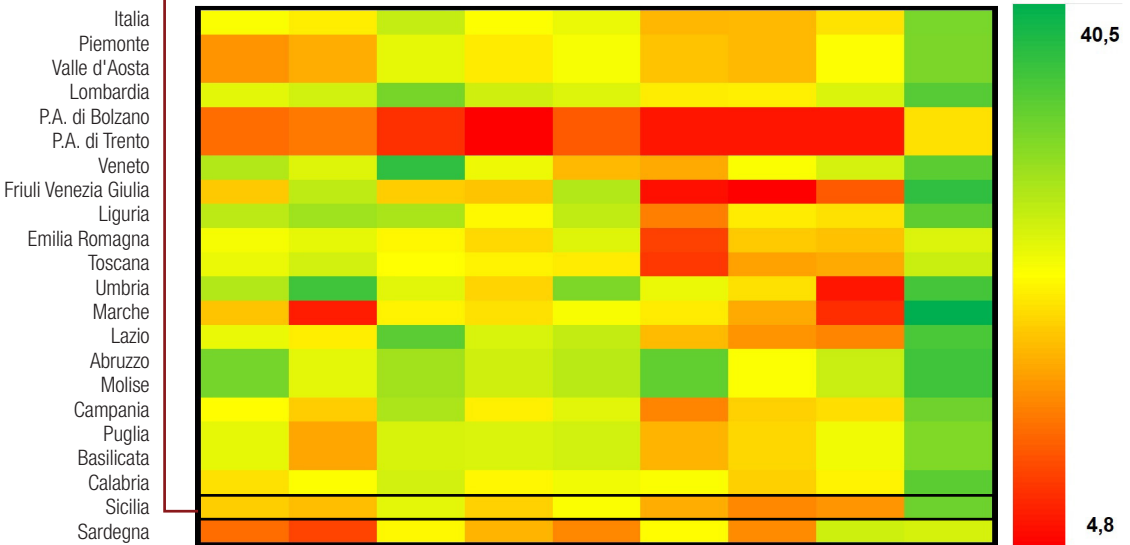
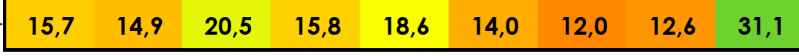
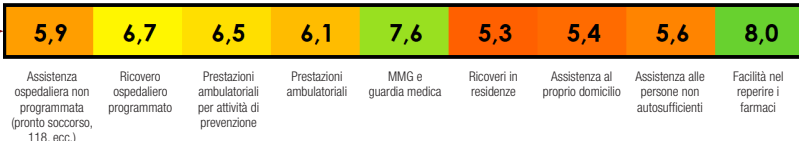
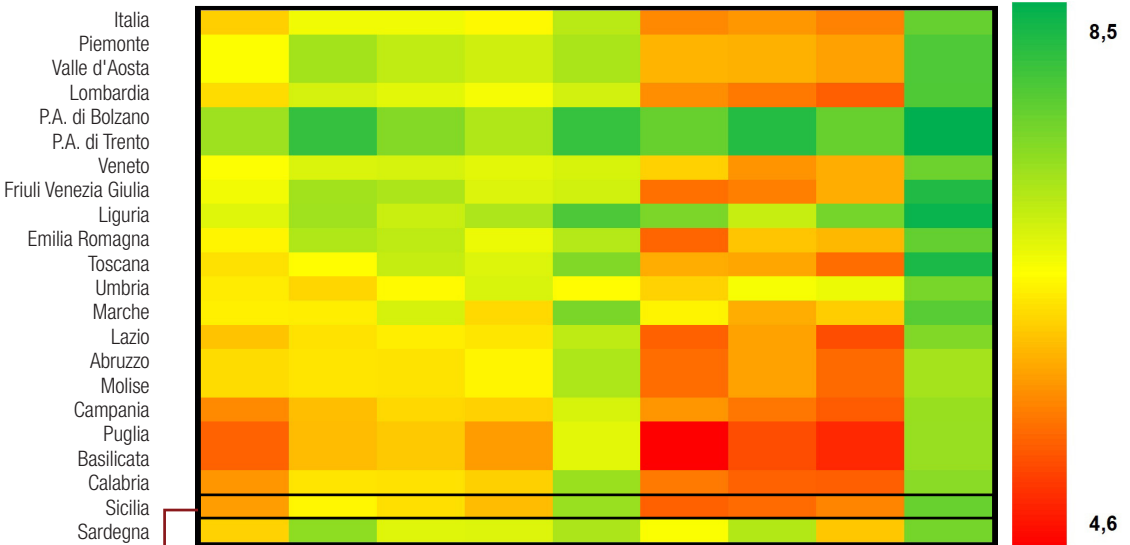
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

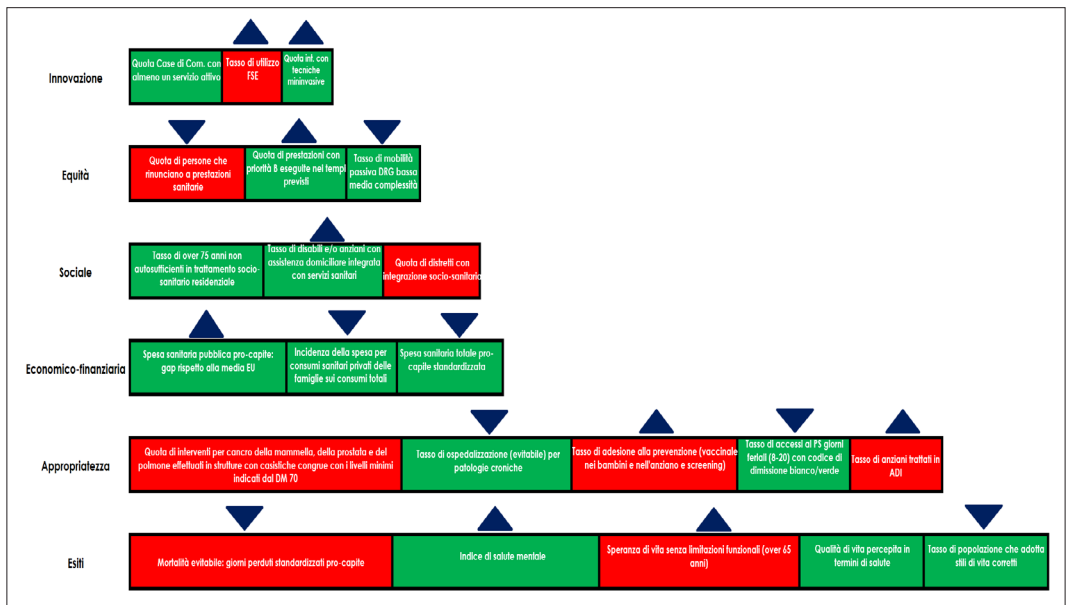
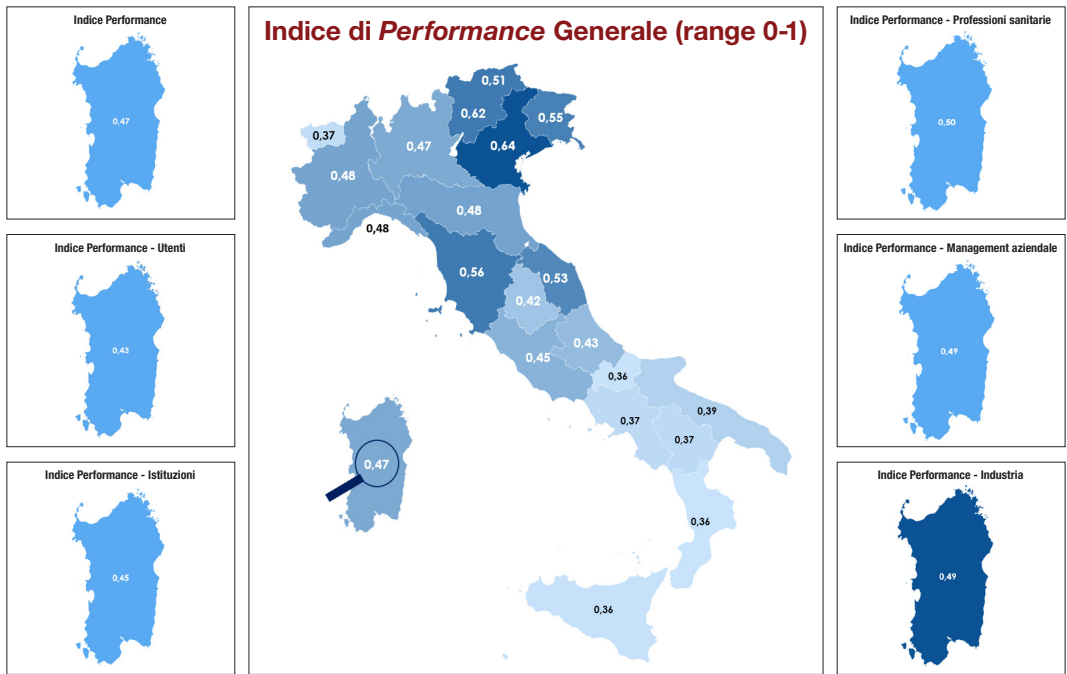
▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN

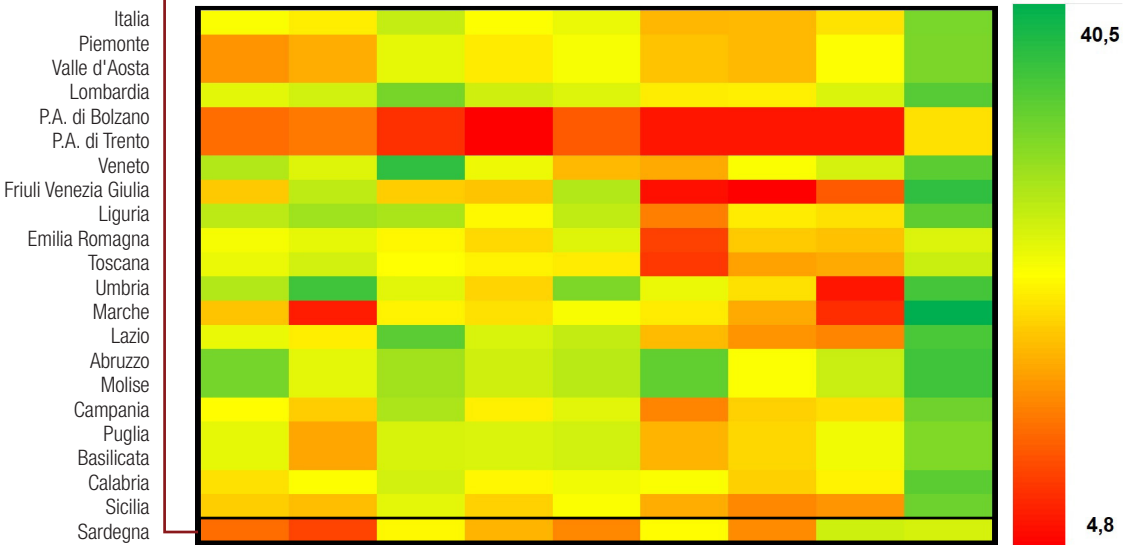
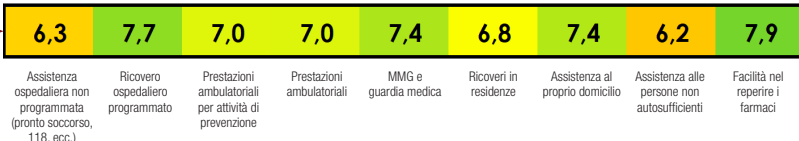
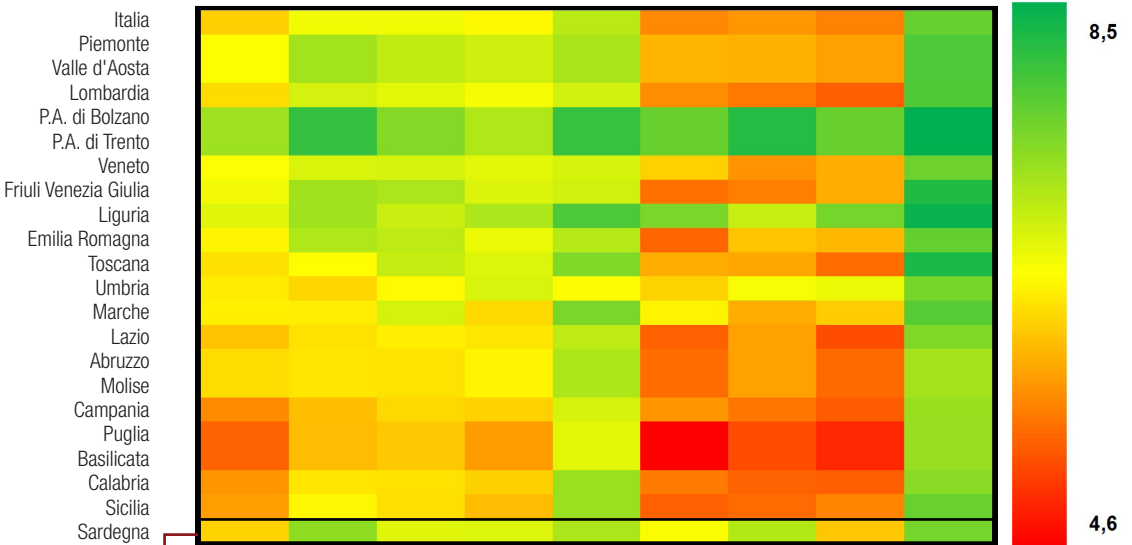
## LIVELLI DI TUTELA DELLA SALUTE



■ Valore migliore della media nazionale  
■ Valore peggiore della media nazionale

▲ Valore in miglioramento rispetto al 2019  
▼ Valore in peggioramento rispetto al 2019

## LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI SERVIZI SSN (RANGE 0-10)



## QUOTA DI CITTADINI CHE HANNO PERCEPITO MIGLIORAMENTO SERVIZI SSN



# SCHEDE INDICATORI





| DIMENSIONE            | ID | INDICATORE  |
|-----------------------|----|---|
| Equità                | 1  | Tasso di mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità   |
|                       | 2  | Quota di prestazioni con priorità B eseguite nei tempi previsti   |
|                       | 3  | Quota di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie (per motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)   |
| Esiti                 | 4  | Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti  |
|                       | 5  | Indice di salute mentale  |
|                       | 6  | Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite   |
|                       | 7  | Speranza di vita senza limitazioni funzionali ( <i>over 65 anni</i> )   |
|                       | 8  | Qualità di vita percepita in termini di salute  |
|                       | 9  | Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche  |
|                       | 10 | Quota di interventi per cancro della mammella, della prostata e del polmone effettuati in strutture con casistiche congrue con i livelli minimi indicati dal D.M. 70/2015 |
| Appropriatezza        | 11 | Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde                                      |
|                       | 12 | Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e <i>screening</i> )   |
|                       | 13 | Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata   |
| Innovazione           | 14 | Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive  |
|                       | 15 | Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico   |
|                       | 16 | Quota Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio attivo  |
| Economico-finanziaria | 17 | Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali  |
|                       | 18 | Spesa sanitaria pubblica pro-capite: <i>gap</i> rispetto alla media EU  |
|                       | 19 | Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata  |
| Sociale               | 20 | Tasso di <i>over 75 anni</i> non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale  |
|                       | 21 | Quota di distretti con integrazione socio-sanitaria   |
|                       | 22 | Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari   |

## DIMENSIONE EQUITÀ

### INDICATORE N. 1 - Tasso di mobilità passiva effettiva per DRG a bassa e media complessità

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime il numero di persone in rapporto alla popolazione che hanno effettuato ricoveri per prestazioni di bassa o media complessità, in Regioni diverse da quelle di residenza (escluse quelle di confine) |
| <b>Numeratore</b>      | Ricoveri in mobilità passiva effettiva per DRG a bassa o media complessità   |
| <b>Denominatore</b>    | Popolazione totale   |
| <b>Unità di misura</b> | Per 1.000 abitanti   |
| <b>Fonte</b>           | AGENAS   |

### INDICATORE N. 2 - Quota di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie (per motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime la quota percentuale di persone che, negli ultimi 12 mesi, hanno dichiarato di aver rinunciato a qualche visita specialistica o a esame diagnostico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler, o altro tipo di accertamento, ecc.) pur avendone bisogno, a causa di uno dei seguenti motivi: non poteva pagarla, costava troppo; scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi); lista d'attesa lunga |
| <b>Numeratore</b>      | Numero di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie (per motivi economici, distanza, liste d'attesa, orari scomodi, etc.)  |
| <b>Denominatore</b>    | Popolazione totale  |
| <b>Unità di misura</b> | Valore in %   |
| <b>Fonte</b>           | Indagine "BES", ISTAT   |

### INDICATORE N. 3 - Quota di prestazioni con priorità B eseguite nei tempi previsti

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime la quota percentuale di prestazioni specialistiche ambulatoriali con codice di priorità B eseguite nei tempi previsti |
| <b>Numeratore</b>      | Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali con codice B eseguite nei tempi previsti  |
| <b>Denominatore</b>    | Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali con codice B  |
| <b>Unità di misura</b> | Valore in %  |
| <b>Fonte</b>           | NSG, Ministero della Salute  |

## DIMENSIONE ESITI

### INDICATORE N. 4 - Tasso di popolazione che adotta stili di vita corretti

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime la quota di soggetti che adotta corretti stili di vita, ovvero che non consuma alcol, non fuma, ha una alimentazione corretta e pratica attività fisica |
| <b>Numeratore</b>      | Persone che adottano stili di vita corretti (adeguata alimentazione, alcol, obesità, fumo, sedentarietà)   |
| <b>Denominatore</b>    | Popolazione totale   |
| <b>Unità di misura</b> | Valore in %  |
| <b>Fonte</b>           | Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su ISS Sorveglianza PASSI   |

### INDICATORE N. 5 - Indice di salute mentale

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Descrizione</b>     | L'indice di salute mentale è una misura di disagio psicologico ( <i>psychological distress</i> ) ottenuta dalla sintesi dei punteggi totalizzati da individui di 14 anni e più nei 5 quesiti del questionario SF36 ( <i>36-Item Short Form Survey</i> ), che fanno riferimento ad ansia, depressione, perdita di controllo comportamentale o emozionale e benessere psicologico. L'indice varia tra 0 e 100, con migliori condizioni di benessere psicologico al crescere del valore dell'indice |
| <b>Numeratore</b>      | Livello di benessere psicologico della popolazione <i>over</i> 14 anni   |
| <b>Denominatore</b>    | -  |
| <b>Unità di misura</b> | Valore assoluto  |
| <b>Fonte</b>           | Indagine "BES", ISTAT  |

### INDICATORE N. 6 - Mortalità evitabile: giorni perduti standardizzati pro-capite

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime il numero di giorni perduti pro-capite per cause di mortalità evitabili (trattabili o prevenibili) |
| <b>Numeratore</b>      | Numero di decessi di persone di 0-74 anni la cui causa di morte è identificata come trattabile o prevenibile            |
| <b>Denominatore</b>    | Numero di decessi totale  |
| <b>Unità di misura</b> | Valore standardizzato per 10.000 residenti  |
| <b>Fonte</b>           | Indagine "BES", ISTAT   |

### INDICATORE N. 7 - Speranza di vita senza limitazioni funzionali (*over* 65 anni)

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Descrizione</b> | L'indicatore esprime il numero medio di anni che una persona <i>over</i> 65 può sperare di vivere senza limitazioni funzionali |
|--------------------|--|

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Numeratore</b>      | Numero medio di anni che un individuo <i>over</i> 65 spera di vivere senza limitazioni funzionali |
| <b>Denominatore</b>    | -   |
| <b>Unità di misura</b> | Anni  |
| <b>Fonte</b>           | Indagine "BES", ISTAT   |

#### INDICATORE N. 8 - Qualità di vita percepita in termini di salute

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime, in un range 0-1 (0=morte, 1=ottima salute) la qualità di vita percepita in termini di salute dalla popolazione 35+. |
| <b>Numeratore</b>      | Coefficiente qualità della vita   |
| <b>Denominatore</b>    | -   |
| <b>Unità di misura</b> | Valore assoluto   |
| <b>Fonte</b>           | C.R.E.A. Sanità   |

#### INDICATORE N. 9 - Tasso di ospedalizzazione (evitabile) per patologie croniche

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime la quota di popolazione che è stata ricoverata per patologie croniche quali scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, asma o BPCO (Bronchite Pneumo Cronico Ostruttiva). |
| <b>Numeratore</b>      | Ricoveri ordinari per patologie croniche (scompenso, diabete, ipertensione, asma, BPCO)  |
| <b>Denominatore</b>    | Popolazione totale   |
| <b>Unità di misura</b> | Per 1.000 abitanti   |
| <b>Fonte</b>           | Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati PNE, AGENAS   |

#### INDICATORE N. 10 - Quota di interventi per cancro della mammella, della prostata e del polmone effettuati in strutture con casistiche congrue con i livelli minimi indicati dal D.M. 70/2015

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime la quota di interventi chirurgici per cancro alla mammella, alla prostata e al polmone effettuati in centri con casistica minima prevista dal DM 70 (rispettivamente 150/anno, 30/anno e 85/anno) |
| <b>Numeratore</b>      | Numero di chirurgici per cancro alla mammella, alla prostata e al polmone effettuati in centri con casistica minima prevista dal DM 70   |
| <b>Denominatore</b>    | Numero di interventi per cancro alla mammella, alla prostata e al polmone effettuati in centri con casistica minima prevista dal DM 70   |
| <b>Unità di misura</b> | Valore in %  |
| <b>Fonte</b>           | Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati reti oncologiche, AGENAS  |

## DIMENSIONE APPROPRIATEZZA

### INDICATORE N. 11 - Tasso di accessi al pronto soccorso nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime la quota di popolazione che accede al Pronto Soccorso nei giorni feriali, nella fascia oraria 8-20, e viene dimessa con codice bianco o verde |
| <b>Numeratore</b>      | Numero di accessi al pronto soccorso dalle ore 8:00 alle ore 20:00 con codice di dimissione bianco o verde   |
| <b>Denominatore</b>    | Popolazione residente  |
| <b>Unità di misura</b> | Per 1.000 abitanti residenti adulti  |
| <b>Fonte</b>           | NSG, Ministero della Salute  |

### INDICATORE N. 12 - Tasso di adesione alla prevenzione (vaccinale nei bambini e nell'anziano e *screening*)

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime in forma aggregata la quota di popolazione <i>target</i> che si è sottoposta a <i>screening</i> cervicale, mammografico, colonrettale, e/o vaccinazioni (MPRV (Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella) in età pediatrica e antinfluenzale nell'anziano) |
| <b>Numeratore</b>      | Popolazione <i>target</i> che si è sottoposta a <i>screening</i> cervicale, mammografico, colonrettale, e/o vaccinazioni (MPRV (Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella) in età pediatrica e antinfluenzale nell'anziano)   |
| <b>Denominatore</b>    | Popolazione totale eleggibile (popolazione <i>target</i> per singola indagine)   |
| <b>Unità di misura</b> | Valore in % popolazione <i>target</i>  |
| <b>Fonte</b>           | Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati NSG   |

### INDICATORE N. 13 - Tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime la quota percentuale di persone <i>over</i> 65 alla quale è stata attivata una Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) |
| <b>Numeratore</b>      | Persone <i>over</i> 65 trattati in assistenza domiciliare integrata  |
| <b>Denominatore</b>    | Popolazione <i>over</i> 65   |
| <b>Unità di misura</b> | Valore in %  |
| <b>Fonte</b>           | Indagine "BES", ISTAT  |

## DIMENSIONE INNOVAZIONE

### INDICATORE N. 14 - Quota interventi eseguiti con tecniche mininvasive

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime la quota di interventi chirurgici eseguiti in regime di ricovero (ordinario) per i quali è stata adottata una tecnica artroscopica, laparoscopica e/o robot assistita |
| <b>Numeratore</b>      | Numero di interventi chirurgici eseguiti in regime di ricovero (ordinario) per i quali è stata adottata una tecnica artroscopica, laparoscopica e/o robot assistita                        |
| <b>Denominatore</b>    | Numero di interventi chirurgici  |
| <b>Unità di misura</b> | Valore in %  |
| <b>Fonte</b>           | Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ministero della Salute (SDO)  |

### INDICATORE N. 15 - Tasso di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore rappresenta la percentuale di MMG e PLS che hanno effettuato almeno una operazione di alimentazione sul FSE nel periodo oggetto di osservazione. L'indicatore coincide con l'indicatore obiettivo 2 del decreto 8 agosto 2022 e s.m.i. (D.M. Riparto) |
| <b>Numeratore</b>      | Numero di cittadini per cui è stato pubblicato un documento, che hanno effettuato un accesso al FSE nei 90 giorni precedenti   |
| <b>Denominatore</b>    | Numero di cittadini per cui è stato pubblicato un documento  |
| <b>Unità di misura</b> | Valore in %  |
| <b>Fonte</b>           | Ministero della Salute e Dipartimento per la Trasformazione Digitale   |

### INDICATORE N. 16 - Quota Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio attivo

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime la quota di case di comunità programmate con almeno un servizio (Servizi di assistenza domiciliare, Servizi infermieristici, etc.) prese dichiarato attivo |
| <b>Numeratore</b>      | Numero Case della Comunità e Ospedali di Comunità con almeno un servizio attivo   |
| <b>Denominatore</b>    | Numero Case della Comunità programmate e Ospedali di Comunità previsti  |
| <b>Unità di misura</b> | Valore in %   |
| <b>Fonte</b>           | Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati AGENAS   |

## DIMENSIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

### INDICATORE N. 17 - Incidenza della spesa per consumi sanitari privati delle famiglie sui consumi totali

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime la quota percentuale di consumi delle famiglie destinata all'acquisto di beni e servizi per la Salute. |
| <b>Numeratore</b>      | Spesa per consumi sanitari privati delle famiglie   |
| <b>Denominatore</b>    | Spesa per consumi privati delle famiglie  |
| <b>Unità di misura</b> | Valore in %   |
| <b>Fonte</b>           | Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT  |

### INDICATORE N. 18 - Spesa sanitaria pubblica pro-capite: *gap* rispetto alla media EU

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime la spesa sanitaria totale pubblica pro-capite in percentuale rispetto a quella media europea |
| <b>Numeratore</b>      | Spesa sanitaria pubblica pro-capite   |
| <b>Denominatore</b>    | Spesa sanitaria pubblica pro-capite EU-27   |
| <b>Unità di misura</b> | Valore in %   |
| <b>Fonte</b>           | Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Istat, Ragioneria dello Stato e OECD   |

### INDICATORE N. 19 - Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime la spesa sanitaria totale per cittadino residente, standardizzata per le caratteristiche di bisogno della popolazione |
| <b>Numeratore</b>      | Spesa sanitaria totale   |
| <b>Denominatore</b>    | Popolazione residente standardizzata   |
| <b>Unità di misura</b> | Valore in €  |
| <b>Fonte</b>           | Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati Ragioneria dello Stato  |

## DIMENSIONE SOCIALE

### INDICATORE N. 20 - Tasso di *over 75* anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime la quota di persone <i>over 75</i> non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale |
| <b>Numeratore</b>      | Persone <i>over 75</i> anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3                  |
| <b>Denominatore</b>    | Popolazione <i>over 75</i> anni   |
| <b>Unità di misura</b> | Valore per 1.000 ab. <i>over 75</i> anni  |
| <b>Fonte</b>           | NSG, Ministero della Salute   |

### INDICATORE N. 21 - Tasso di disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime il tasso di persone disabili e/o anziani che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari da parte degli enti locali |
| <b>Numeratore</b>      | Persone disabili e/o anziani, che ricevono assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari  |
| <b>Denominatore</b>    | Persone disabili e/o anziani  |
| <b>Unità di misura</b> | Per 1.000 abitanti (popolazione <i>target</i> )   |
| <b>Fonte</b>           | Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati ISTAT  |

### INDICATORE N. 22 - Quota di distretti con integrazione socio-sanitaria

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Descrizione</b>     | L'indicatore esprime il livello di integrazione socio-sanitaria: in particolare, rappresenta la quota percentuale di distretti che coincidono con l'ambito territoriale sociale o che dispongono di un accordo istituzionale socio-sanitario o che hanno un coordinamento aziendale per l'integrazione socio-sanitaria |
| <b>Numeratore</b>      | Numero di distretti che coincidono con l'ambito territoriale sociale o che dispongono di un accordo istituzionale socio-sanitario o che hanno un coordinamento aziendale per l'integrazione socio-sanitaria  |
| <b>Denominatore</b>    | Numero di distretti sanitari   |
| <b>Unità di misura</b> | Valore in %  |
| <b>Fonte</b>           | Elaborazioni C.R.E.A. Sanità su dati AGENAS  |



Finito di stampare  
nel mese di giugno 2026 presso  
**Locopress industria grafica**  
Mesagne (Brindisi) - Italia  
per conto di  
**Locorotondo editore**  
ISBN 979-12-82657-02-0

Locorotondo editore  
ISBN 979-128265702-0



9 791282 657020