

Il processo di misurazione e valutazione della performance dell'assistenza sanitaria territoriale: situazione attuale e prospettive future

Simona Ranaldo, Grazia Dicuonzo, Vittorio Dell'Atti*

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha previsto, nell'ambito della "Missione Salute", numerosi interventi che ambiscono alla definizione di un nuovo modello organizzativo del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), incentrato su una sanità "più vicina e prossima" alle persone. Tali interventi si sono sostanziati, da un lato, nel rafforzamento degli investimenti tesi all'innovazione del parco tecnologico sanitario con un focus particolare sulla promozione e diffusione della telemedicina; dall'altro, nel potenziamento dell'assistenza domiciliare. A tal riguardo, assume particolare rilevanza la Riforma dell'assistenza territoriale, rappresentata dal Decreto del 23 maggio 2022, n. 77, che propone nuovi modelli organizzativi e assistenziali, finalizzati a garantire un'assi-

stenza più accessibile, integrata e centrata sulla persona. Inserendosi nel contesto delle importanti riforme che hanno investito l'assistenza primaria, il presente lavoro di ricerca propone un'analisi sistematica della letteratura sul processo di misurazione e valutazione della performance dell'assistenza sanitaria territoriale. La performance sanitaria viene interpretata secondo una prospettiva multidimensionale, dal momento che la tradizionale tripartizione donabediana della stessa in termini di struttura, processo ed esito – pur rappresentando un riferimento consolidato – risulta parziale nel descrivere la complessità della sanità territoriale contemporanea, richiedendo l'integrazione di dimensioni trasversali come accessibilità, continuità, equità e qualità. L'analisi si propone, quindi, di fornire una sintesi strutturata dello stato dell'arte in materia di valutazione della performance nella sanità territoriale e, al tempo stesso, di delineare un insieme di elementi concettuali utili a orientare la costruzione futura di un framework valutativo coerente con i principi e gli obiettivi del DM n. 77/2022 e con le trasformazioni in corso nel sistema sanitario italiano.

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Background teorico
3. Metodologia della ricerca
4. Risultati
5. Discussioni e conclusioni
6. Acknowledgement

* *Simona Ranaldo*, Ricercatore di tipo B di Economia Aziendale, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Dipartimento di Economia, Management e Diritto dell'Impresa, corresponding author, e-mail: simona.ranaldo@uniba.it.

Grazia Dicuonzo, Professore Ordinario di Economia Aziendale, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Dipartimento di Economia, Management e Diritto dell'Impresa.

Vittorio Dell'Atti, Professore Ordinario di Economia Aziendale, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Dipartimento di Economia, Management e Diritto dell'Impresa.

Parole chiave: assistenza territoriale, DM n. 77/2022, healthcare, literature review, performance.

Territorial Healthcare Performance's Measurement and Evaluation: Current State and Future Perspectives

The National Recovery and Resilience Plan (NRRP), within the framework of the "Health Mission," has introduced a broad set of interventions aimed at shaping a new organizational model for the National Health Service (NHS), grounded in the principle of healthcare that is more close to and responsive to people's needs. These interventions have focused, on the one hand, on strengthening investments in the innovation of healthcare technological infrastructure, with particular emphasis on the promotion and widespread adoption of telemedicine; on the other hand, on enhancing the provision of home-based care services. In this context, the Reform of Territorial Healthcare, enacted through Ministerial Decree No. 77 of 23 May 2022, assumes particular relevance, as it puts forward new organizational and care delivery models intended to ensure healthcare that is more accessible, integrated, and person-centred.

Against the backdrop of the profound reforms affecting primary care, this study presents a systematic review of the literature on the measurement and evaluation of territorial healthcare performance. Healthcare performance is conceptualised through a multidimensional lens, as the traditional Donabedian framework—based on the tripartite distinction between structure, process, and outcomes—while constituting a well-established analytical reference, proves insufficient to fully capture the complexity of contemporary territorial healthcare. This limitation calls for the incorporation of cross-cutting dimensions such as

accessibility, continuity of care, equity, and quality. Accordingly, the analysis seeks to provide a structured literature review of the current state of the art in performance evaluation within territorial healthcare, while simultaneously outlining a set of conceptual elements capable of informing the future development of an evaluative framework aligned with the principles and objectives of Ministerial Decree No. 77/2022 and with the ongoing transformations of the Italian healthcare system.

Keywords: primary healthcare, Ministerial Decree No. 77/2022, literature review, healthcare performance.

Articolo sottomesso: 28/11/2024, accettato: 24/10/2025

1. Introduzione

Un intervento particolarmente rilevante in materia di assistenza territoriale è il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", pubblicato con Decreto Ministeriale (DM) n. 77 nel giugno 2022. Il Regolamento, rivolto alle Regioni e alle Province autonome, richiede una nuova programmazione dell'assistenza territoriale per superare criticità già evidenziate nel Patto per la salute 2019-2021, tra cui la mancata uniformità dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sul territorio nazionale, lo scarso sviluppo dei servizi in alcune realtà regionali e la limitata capacità di adattamento dei servizi alle condizioni di cronicità, fragilità e disabilità.

Il DM n. 77 si inserisce nel quadro normativo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che, con riferimento "Missione Salute", pone partico-

lare enfasi sui seguenti aspetti: prossimità, innovazione e uguaglianza. In particolare, la riorganizzazione dell'assistenza territoriale promossa dal DM n. 77 mira a garantire una sanità più vicina alle persone, attraverso la creazione di strutture e presidi territoriali, il potenziamento dell'assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina, nell'ambito della Componente 1 del PNRR "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale". La tutela della salute, sancita dall'articolo 32 della Costituzione, si concretizza nei LEA, il cui monitoraggio sarà affidato ad AGENAS attraverso indicatori che confluiscono nel Nuovo sistema di garanzia (Nsg). Sebbene il Nsg rappresenti lo strumento più strutturato attualmente disponibile per valutare equità e appropriatezza dei servizi regionali, presenta limiti: non consente di misurare i nuovi modelli organizzativi, come le Case di Comunità, promossi dal DM n. 77/2022, poiché rimane ancorato a una logica settoriale e si applica principalmente a livello regionale, con utilizzo solo parziale a livello distrettuale.

In questo scenario, il concetto di performance sanitaria territoriale assume una centralità crescente. Essa non può essere ricondotta a una singola dimensione, ma va interpretata secondo una prospettiva multidimensionale, basata sul modello struttura-processo-esito di Donabedian (1966) e arricchita da dimensioni trasversali quali accessibilità, qualità, equità, integrazione e continuità delle cure. L'adozione dei nuovi modelli organizzativi introdotti dal DM n. 77/2022 richiede pertanto di aggiornare strumenti e criteri di misurazione e valutazione, in modo da riflettere le specificità della sanità territoriale italiana e i principi di prossimità e integrazione.

Sebbene la letteratura scientifica proponga una varietà di approcci teorici e metodologici per la misurazione della performance sanitaria, essi sono stati sviluppati in contesti differenti e non sempre risultano pienamente applicabili ai modelli emergenti di assistenza territoriale (Fortino *et al.*, 2024). Per questo motivo, risulta utile sintetizzare e adattare gli elementi concettuali esistenti, offrendo chiavi interpretative che tengano conto delle nuove strutture organizzative, dei percorsi integrati e dei principi promossi dal DM n. 77/2022. In particolare, pochi contributi considerano sistematicamente dimensioni centrali per il DM n. 77 – come prossimità, continuità, accessibilità, equità e integrazione – che, pur rappresentando declinazioni della qualità e dell'efficacia, risultano fondamentali per rendere la valutazione coerente con le caratteristiche organizzative, normative e assistenziali del SSN italiano. In questo senso, il presente lavoro si propone di colmare tale gap conoscitivo, offrendo una lettura critica e sistematizzata della letteratura esistente che possa costituire una base concettuale e operativa per l'aggiornamento e l'adattamento degli strumenti di valutazione coerenti con i nuovi standard di organizzazione e governance dell'assistenza primaria, senza necessariamente implicare la costruzione di un nuovo framework teorico.

Il lavoro è strutturato come segue. La seconda sezione riporta un'analisi dell'evoluzione e del rafforzamento dell'assistenza primaria o territoriale nel contesto italiano, alla luce del DM n. 77/2022, evidenziando diversi punti chiave; la terza descrive la metodologia di ricerca adottata. La quarta sezione propone una rassegna dei principali risultati emersi dall'analisi della letteratura e, infine, la quinta sezione riporta la discussione e le conclusioni del lavoro.

2. Background teorico

La sanità pubblica del futuro, alla luce della recente introduzione del DM n. 77, richiede ingenti investimenti nell'assistenza territoriale o primaria (Primary health care – Phc) soprattutto per quanto concerne l'attivazione di corsi di formazione rivolti al personale medico al fine di uniformare la relativa conoscenza sul tema della Primary health care (Cornio *et al.*, 2024). Per assistenza territoriale si intende un sistema di assistenza primaria complesso, che prevede un sistema relazionale di tipo evoluto fra assistito, stakeholder comunitari e diversi attori coinvolti nei vari setting assistenziali (Damiani *et al.*, 2021). Nel dettaglio, il servizio di assistenza primaria si rivolge, principalmente, ai soggetti che versano in condizioni croniche di salute, offrendo dei servizi assistenziali – continui e costanti – ai pazienti non autosufficienti, che presentano fragilità o disabilità. In verità, i pazienti affetti da cronicità non rappresentano gli unici destinatari dell'assistenza primaria, in quanto il servizio si sostanzia anche nella promozione di interventi di prevenzione, rivolti quindi all'intera comunità (Rapporto Osservasalute, 2022).

Ne discende che l'assistenza primaria rappresenta un importante collegamento fra i pazienti e i servizi sanitari; infatti, l'Istituto di Medicina ha definito l'assistenza primaria come quell'insieme di attività tese all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria integrati, accessibili da parte di operatori sanitari in grado di rispondere alla prevalenza dei bisogni individuali di assistenza sanitaria, sviluppando una partnership duratura con i pazienti e operando nel contesto della famiglia e della comunità¹.

¹ Committee on the Future of Primary Care. Defining primary care: an interim report. National Academies Press; 1994.

L'attuale evoluzione del sistema sanitario italiano, così come anche delineata dal DM n. 77/2022, si inserisce in questa logica di rafforzamento dell'assistenza di prossimità e di transizione verso una sanità territoriale maggiormente integrata. L'obiettivo di tale riforma è favorire un passaggio sostanziale – e non meramente formale – da una “medicina di popolazione” a una “medicina personalizzata”, orientata alla definizione di piani assistenziali individualizzati elaborati da équipe multiprofessionali e finalizzati al miglioramento della qualità della vita (Damiani *et al.*, 2015). Di fatto, la “medicina di popolazione” pone enfasi sul processo di miglioramento della salute della popolazione sotto un profilo multidisciplinare, ossia guardando agli aspetti biomedici, psicologici, sociali e ambientali della salute della comunità nel suo complesso (Wang *et al.*, 2022).

Diversamente, la “medicina personalizzata” si sofferma sul singolo individuo. A tal riguardo, particolare rilievo assume il tema dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) che, stando alla definizione fornita dal Ministero della Salute, configura un insieme integrato di trattamenti sanitari e socio-sanitari, erogati al domicilio della persona non autosufficiente o in condizioni di fragilità da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate nell'ambito del Distretto².

In questa prospettiva, il DM n. 77 può essere letto come un tassello normativo coerente con un più ampio dibattito teorico sulla Primary health care, volto a ridefinire il ruolo del territorio come fulcro della rete dei servizi sanitari e

² Ministero della Salute. Cure Domiciliari. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4706&area=Lea&menu=socioSanitaria. Ultimo accesso 15 febbraio 2023.

sociali, prevedendo due importanti linee di intervento: i) promozione di veri e propri standard per l'assistenza territoriale; ii) introduzione di nuovi modelli organizzativi e assistenziali, rappresentati da Case di Comunità, Centrale operativa 116117, Centrale Operativa Territoriale (COT), Infermiere di Famiglia e Comunità, Unità di continuità assistenziale, Ospedali di Comunità, Rete delle cure palliative, Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie, telemedicina. Ciascuno degli interventi delineati, pur avendo dei punti di forza, presenta delle importanti criticità. Fra queste, l'ampia discrezionalità concessa alle Regioni, che potranno attribuire una rilevanza non pienamente uniforme al riordino di tutta l'assistenza territoriale. In aggiunta, potrebbero richiedere tempi anche molto lunghi prima di attivare la rete delle Case di Comunità. Si consideri, poi, l'aspetto relativo al finanziamento del personale delle strutture, insufficiente rispetto al numero (1.350) di nuove Case di Comunità che si intendono realizzare (Pesaresi, 2022).

Dunque, i fattori che potrebbero ostacolare la corretta implementazione della Riforma dell'assistenza sanitaria territoriale sono diversi, e spaziano dai vincoli finanziari alle specifiche capacità istituzionali e gestionali delle regioni e delle aziende sanitarie locali (Cinelli & Fattore, 2024). A tali criticità si deve aggiungere, così come sottolineato da recenti studi, che in Italia non vi è attualmente un framework che indirizzi la valutazione e il monitoraggio della Riforma dell'assistenza territoriale promossa dal PNRR e, di riflesso, dal DM n. 77/2022 (Fortino *et al.*, 2024).

Nell'ambito del processo di misurazione e valutazione delle performance

sanitarie, è utile distinguere tra framework concettuali e strumenti operativi. I primi forniscono una cornice teorica che orienta la definizione degli obiettivi, dei principi guida e delle dimensioni di performance (es. accessibilità, equità, efficienza). Gli strumenti operativi, invece, rappresentano le modalità pratiche di attuazione di tali framework, come per esempio set di indicatori, sistemi di scorecard o cruscotti di monitoraggio. La chiarezza di questa distinzione è fondamentale per garantire coerenza metodologica e facilità di implementazione.

Propedeutica all'elaborazione di un framework concettuale è sicuramente una *literature review* degli studi effettuati in materia di monitoraggio e valutazione dell'assistenza primaria. I framework sviluppati nel corso del tempo per la misurazione e valutazione della performance delle aziende sanitarie, pur essendo molteplici, hanno tutti come finalità quella di assicurare un adeguato controllo della spesa sanitaria, migliorando al contempo l'accesso ai servizi sanitari e, in generale, alle cure, nel rispetto del principio di equità (Moffatt *et al.*, 2014). In linea generale, il processo di misurazione, valutazione e monitoraggio della performance delle aziende sanitarie, attraverso la costruzione e l'individuazione di appositi indicatori di performance, rappresenta un potente strumento in grado di migliorare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni sanitarie. Attraverso tali indicatori, infatti, è possibile valutare il grado di avanzamento di un'organizzazione verso gli obiettivi prefissati e di identificare punti di forza e di debolezza per progettare interventi correttivi e iniziative future nella prospettiva di un miglioramento dei risultati (Purbey *et al.*, 2007). Il processo di misurazione

ne e valutazione della performance assume ancor più rilievo nello scenario normativo attuale, in cui il principio, da tempo riconosciuto nella letteratura internazionale, della creazione di “valore pubblico” trova con il PIAO una più chiara concretizzazione, finalizzata al miglioramento del benessere economico, sociale, ambientale e sanitario dei cittadini e degli altri stakeholder (Deidda Gagliardo, 2022). Il concetto di valore pubblico si riferisce alla capacità delle istituzioni pubbliche, incluse le aziende sanitarie, di generare benefici tangibili per la collettività. In ambito sanitario, ciò si traduce nel miglioramento del benessere sociale, economico e ambientale attraverso l’offerta di servizi accessibili, efficaci ed equi. Questo approccio implica una responsabilità condivisa tra amministratori, operatori sanitari e cittadini nel perseguire risultati che vadano oltre la semplice efficienza gestionale (Moore, 1995; Benington, 2009). Alcuni studi si sono soffermati sul processo di misurazione della performance delle aziende sanitarie per diversi scopi gestionali. Alcuni, per esempio, hanno condotto tale analisi per individuare le criticità collegate ad attività e servizi sanitari poco performanti, al fine di consentirne il miglioramento della qualità (Mainz *et al.*, 2004; Mannion e Goddard, 2002). In altri casi, gli indicatori di performance sono stati utilizzati per condurre un’analisi di tipo comparativo tra aziende sanitarie operanti in diverse regioni, utile alla rendicontazione delle performance sanitarie del Paese nel suo complesso nonché alla definizione delle politiche sanitarie (Voelker *et al.*, 2001; Curtright *et al.*, 2000). Il settore sanitario, tuttavia, presenta alcune criticità sotto il profilo del processo di misurazione delle performance

organizzative, non essendovi procedure standardizzate (Leonard *et al.*, 2004). Di fatto, la crescente attenzione mostrata dagli studiosi verso il monitoraggio e la misurazione della performance delle aziende sanitarie (Arah *et al.*, 2006; Veillard *et al.*, 2005), pur avendo contribuito allo sviluppo di diversi framework e strumenti (Groene *et al.*, 2008), ha inibito lo sviluppo di un modello di riferimento universalmente condiviso (Ondategui-Parra *et al.*, 2004).

3. Metodologia della ricerca

La natura multidimensionale del concetto di performance sanitaria – tangibile espressione della complessità di tale settore – richiede il superamento dell’idea di misurazione legata alla dimensione meramente economico-finanziaria, per includere anche l’area che pertiene il soddisfacimento del fabbisogno di salute del paziente, chiara espressione della qualità dei servizi sanitari erogati (Spandonaro & d’Angela, 2014).

Alla luce della recente introduzione del DM n. 77/2022, il presente studio intende soffermarsi sull’approfondimento di uno specifico tema, ossia quello dell’assistenza primaria, proponendo un’analisi sistematica della letteratura seguendo il protocollo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) 2020 (Page *et al.*, 2021). Tale protocollo identifica il percorso da seguire per una *literature review* che possa dirsi rigorosa e, appunto, sistematica, lungo tutto il processo di identificazione, selezione, valutazione e sintesi degli articoli rilevanti ai fini dell’analisi. In primo luogo, la metodologia PRISMA richiede di giustificare le motivazioni che hanno indotto l’analisi di uno specifico topic. La scel-

ta di tale metodo di ricerca, rispetto ad altre tipologie di revisioni della letteratura (scoping o structured, per esempio), è motivata dalla necessità di garantire trasparenza, replicabilità e rigore metodologico nell'intero processo di selezione degli studi, anche in un'analisi di tipo concettuale. L'utilizzo del diagramma PRISMA permette di documentare in maniera chiara le scelte operate sui criteri di inclusione ed esclusione, rendendo evidente come siano stati individuati gli studi più rilevanti. Inoltre, un processo sistematico e tracciabile facilita eventuali aggiornamenti futuri della review e l'integrazione dei risultati con sviluppi empirici o concettuali successivi. Tale metodologia, in aggiunta, è molto utilizzata in ambito sanitario (Liberati *et al.*, 2015; Maraolo, 2021). La nostra indagine, come già anticipato, nasce da un gap della letteratura, che evidenzia che, a livello nazionale, non è ancora stato predisposto un framework che indirizzi la valutazione e il monitoraggio della Riforma dell'assistenza territoriale così come modificata dal DM n. 77/2022 (Fortino *et al.*, 2024). Strumentale all'elaborazione di un nuovo framework è sicuramente una *literature review* degli studi effettuati in materia di

valutazione della performance dell'assistenza primaria. Tuttavia, essendo l'assistenza primaria un ramo rispetto a quello che è il sistema sanitario nel suo insieme, abbiamo ritenuto opportuno estendere l'analisi della letteratura con riferimento ai framework di valutazione della performance dell'assistenza primaria e dell'assistenza sanitaria nel suo complesso.

Con riferimento al criterio di selezione degli articoli, il metodo PRISMA richiede l'indicazione delle seguenti informazioni. In primo luogo, viene chiesto di specificare i criteri di inclusione ed esclusione dei contributi ritenuti rilevanti ai fini dell'analisi.

Si precisa che il criterio di selezione dei contributi scientifici esaminati in questo studio è in linea con quello adottato da altri studi (Greenhalgh *et al.*, 2005; Levesque & Sutherland, 2020): nello specifico, non sono stati analizzati i paper che, genericamente, si soffermano sullo studio della performance delle aziende sanitarie ma oggetto di indagine e approfondimento sono stati i soli articoli che hanno proposto un framework per la misurazione e valutazione della performance dell'assistenza sanitaria e/o dell'assistenza primaria (Tab. 1).

Tab. 1 – I criteri di inclusione ed esclusione dei contributi scientifici

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Articoli peer-reviewed pubblicati su riviste scientifiche nazionali/internazionali	Documenti non scientifici
Studi che propongono un framework o modello strutturato per la misurazione della performance sanitaria o dell'assistenza primaria	Studi che analizzano genericamente la performance delle aziende sanitarie senza proporre un modello/framework strutturato
Studi teorici e applicativi	Studi riferiti a singoli contesti clinici o settoriali non generalizzabili
Lingua inglese o italiana	Altre lingue
Periodo: 1984 – dicembre 2024	Fuori dal periodo considerato

In secondo luogo, viene chiesto di specificare tutte le banche dati, i motori di ricerca e ogni altra fonte utilizzata per la selezione dei lavori e la data in cui è avvenuta l'ultima consultazione. L'analisi della letteratura è stata condotta utilizzando la banca dati Scopus e l'estrapolazione dei contributi è stata effettuata alla data del 31 dicembre 2024. Nel dettaglio, è stata condotta una ricerca – senza limiti temporali – per “*Article title, Abstract e Keywords*” sulla banca dati Scopus. In terzo luogo, con riferimento a eventuali limiti e/o filtri utilizzati nel corso della ricerca, si precisa che la stessa è stata limitata ai soli articoli pubblicati in lingua italiana e in lingua inglese. In quarto luogo, il processo di selezione degli studi si è realizzato attraverso l'utilizzo delle keyword specificate nella Tab. 2.

Una volta compiute le interrogazioni sul database, sono stati eliminati i contributi comuni alle ricerche effettuate, sino ad arrivare al numero complessivo degli articoli da analizzare. Identificati tutti i possibili studi, è stato condotto uno screening degli abstract per valutare l'idoneità rispetto ai criteri di inclusione. Nel dettaglio, sono stati

selezionati i soli studi che proponevano un framework per la misurazione e valutazione della performance, con l'obiettivo di evidenziare gli elementi concettuali ricorrenti piuttosto che descrivere esperienze locali o specifiche implementazioni nei singoli contesti assistenziali. Sebbene si fosse esplorata la possibilità di includere anche meta-revisioni o studi di sintesi, la scelta è ricaduta sui framework originali per garantire un'analisi concettuale diretta e dettagliata delle dimensioni e dei criteri utilizzati nella valutazione della performance. La Fig. 1, in linea con altri studi (Hijriyah *et al.*, 2023; Larese Filon *et al.*, 2021), presenta il diagramma di flusso PRISMA. Tale diagramma consente di documentare – in modo trasparente e strutturato – il processo di selezione degli articoli considerati per la revisione sistematica della letteratura, garantendo così la replicabilità dello studio. Successivamente, l'analisi è stata eseguita in modo autonomo e indipendente da due ricercatori, secondo i parametri di seguito descritti per stabilire se i contributi individuati soddisfano o meno i criteri di inclusione

Tab. 2 – Processo di selezione dei contributi scientifici per keyword

Query	Risultati
"primary care" AND "healthcare" AND "framework"	42
"healthcare" AND "framework" AND "measuring"	68
"primary care" AND "healthcare" AND "measuring"	7
"primary care" AND "framework" AND "performance"	21
"primary care" AND "monitoring" AND "framework"	866
"primary care" AND "performance" AND "Transitional Care"	33
"community care" AND "performance" AND "monitoring"	111
"community care" AND "framework" AND "performance"	422
Totale articoli	1.577

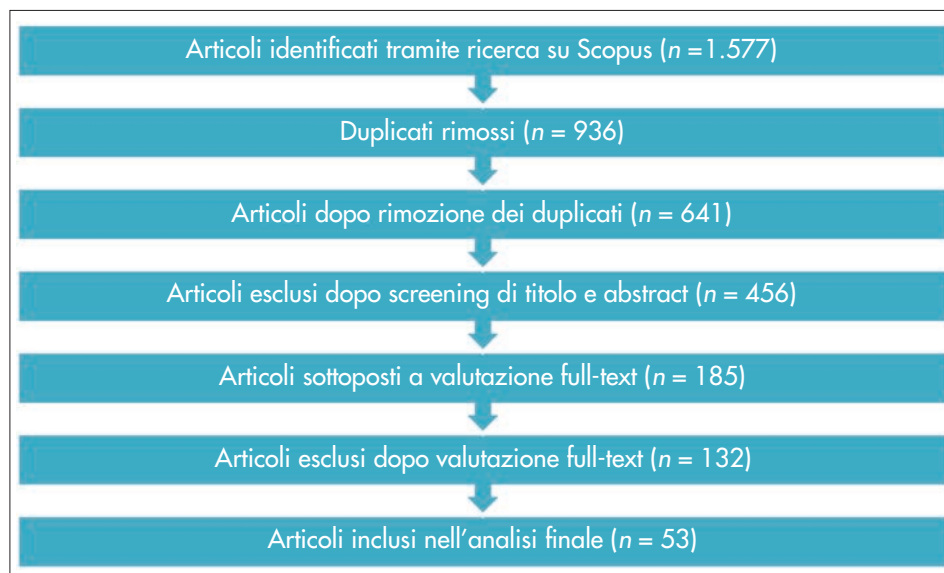


Fig. 1
Prisma Flow

Fonte: elaborazione degli autori.

nell'analisi. Laddove dall'abstract non emergesse chiaramente che l'obiettivo dello studio era relativo allo sviluppo di un framework, l'articolo è stato analizzato nella sua interezza. Una volta selezionato l'intero campione di articoli che, dalla lettura del solo abstract e/o dell'intero contributo, proponeva un framework in materia di misurazione e valutazione della performance, si è proceduto alla loro analisi. Tale ultima fase ha portato all'eliminazione di ulteriori contributi che, pur menzionando nell'abstract il riferimento a un framework, in realtà non presentavano alcun modello concettuale. Nelle revisioni sistematiche, la valutazione del rischio di *bias* riveste un ruolo fondamentale e deve essere condotta sia a livello di studio, analizzando la qualità metodologica complessiva, sia a livello di singolo outcome, verificando l'affidabilità e la validità dei dati per ciascun risultato rilevante (Moher *et al.*, 2015). Il rischio di *bias*, in questo senso, si riferisce alla possibilità che alcune evidenze vengano incluse o

escluse in modo non sistematico o che i risultati vengano interpretati in maniera parziale. Tra le principali forme di *bias* si annoverano il *bias* di selezione, legato alle modalità di individuazione e inclusione degli studi, e il *bias* di pubblicazione, che può determinare una sovra-rappresentazione di studi con risultati positivi o statisticamente significativi, generando una visione incompleta della letteratura disponibile. Nel presente studio, il rischio di *bias* è stato gestito seguendo le indicazioni del PRISMA 2020, che fornisce un approccio standardizzato e trasparente alla conduzione delle revisioni sistematiche. L'adozione della check-list PRISMA – articolata in 27 item che coprono l'intero processo di revisione, dalla definizione degli obiettivi fino alla sintesi dei risultati – ha garantito la tracciabilità delle scelte metodologiche e la replicabilità del percorso seguito, assicurando rigore e coerenza metodologica. In particolare, la valutazione del rischio di *bias* è stata condotta sia a livello di

studio, esaminando la qualità metodologica complessiva, sia a livello di outcome, verificando la consistenza e l'affidabilità dei risultati riportati. Ciascun autore ha esaminato in modo indipendente gli articoli selezionati, valutandone la qualità sulla base di criteri predefiniti – tra cui coerenza tra obiettivi dichiarati, disegno metodologico e pertinenza rispetto allo scopo del presente lavoro, ovvero l'identificazione e l'analisi dei framework teorici utilizzati per la misurazione e la valutazione della performance sanitaria.

Durante la fase di selezione degli studi, titoli e abstract sono stati analizzati congiuntamente, poiché il solo titolo non sempre consentiva di cogliere con chiarezza la presenza di un framework teorico o la finalità valutativa del contributo. Tale approccio ha ridotto il rischio di esclusione di studi pertinenti, garantendo una selezione più accurata rispetto ai criteri di inclusione stabiliti. Le valutazioni individuali sono state successivamente confrontate in una discussione collegiale, finalizzata a risolvere eventuali discrepanze attraverso il confronto critico e il raggiungimento di un consenso condiviso. Tale confronto è stato incentrato principalmente su tre aspetti: i) la rilevanza dei contributi rispetto all'obiettivo della ricerca; ii) la solidità metodologica dei framework individuati; iii) la coerenza dei risultati con il contesto sanitario di riferimento.

4. Risultati

L'assenza di una definizione universalmente condivisa di “high performance” nel contesto sanitario – intesa come eccellenza nelle diverse dimensioni della performance sanitaria (per esempio, qualità, efficienza, equità e continuità) – e la presenza di

numerosi framework hanno contribuito all'affermarsi di una visione non sistemica del processo di misurazione e valutazione della performance (Ahluwalia *et al.*, 2017). Nel dettaglio, dalla *literature review* condotta, è emerso che nel corso del tempo sono stati sviluppati numerosi framework, alcuni dei quali si sono soffermati sul processo di misurazione e valutazione della performance del sistema sanitario nel suo complesso (si veda Tab. 3); altri, invece, si sono concentrati, in via esclusiva, sull'assistenza primaria (si veda Tab. 4).

Dall'analisi dei paper indagati risulta, in linea generale, che il processo di misurazione e valutazione della performance in sanità coinvolge molteplici dimensioni e mira a valutare processi, risultati e impatti sull'assistenza, con l'obiettivo di verificare in che misura le prestazioni erogate siano coerenti con le esigenze, le priorità e le aspettative dei pazienti (Levesque & Sutherland, 2020).

In ambito sanitario, l'importanza dell'attività di misurazione e valutazione della performance è legata alla sua capacità di contribuire al miglioramento delle prestazioni sanitarie (Berwick *et al.*, 2003). Più in generale, il miglioramento in questione è da intendersi in termini di qualità, equità, appropriatezza, efficacia ed efficienza (Sibthorpe & Gardner, 2007).

Un valido punto di partenza, sul quale fondare il processo di misurazione e valutazione della performance delle aziende sanitarie, è riconducibile alle dimensioni di qualità dell'*health care* di Maxwell (1984), secondo cui la valutazione della qualità dei servizi sanitari è multidimensionale e, per ciascuna dimensione, richiede una misurazione specifica. L'autore, nel dettaglio, individua nelle seguenti sei

Tab. 3 – Framework sulla valutazione della performance del sistema sanitario nel suo complesso

Framework sulla valutazione della performance del sistema sanitario nel suo complesso				
Autore/i	Anno	Titolo paper	Tipologia framework sviluppato	Dimensioni di analisi
Maxwell	1984	Quality assessment in health	Framework per la valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria.	1. Accessibilità ai servizi (<i>access to service</i>); 2. Appropriatelyzza (<i>relevance to need</i>); 3. Equità (<i>equity – fairness</i>); 4. Efficacia (<i>effectiveness</i>); 5. Efficienza (<i>efficiency and economy</i>); 6. Accettabilità sociale (<i>social acceptability</i>).
Donabedian	1996	Evaluating the quality of medical care	Framework per la valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria.	1. Strutture; 2. Processi; 3. Risultati.
Murray & Frenk	2000	A framework for assessing the performance of health systems	Per migliorare la comprensione della performance del sistema sanitario, gli autori spiegano come obiettivo dell'azione sanitaria sia quello di migliorare o preservare lo stato di salute della popolazione. All'interno di questo confine, il concetto di performance è incentrato su tre obiettivi fondamentali: migliorare lo stato di salute, migliorare la capacità di risposta alle esigenze di salute della popolazione e garantire l'equità, ossia che il contributo finanziario alle cure sia proporzionato al reddito dei pazienti.	La performance è funzione del modo in cui il sistema sanitario organizza quattro funzioni chiave: la gestione; i finanziamenti; l'erogazione di servizi; la generazione di risorse (personale dipendente, strutture, competenze). Secondo gli autori, attraverso l'analisi di queste quattro funzioni e della loro combinazione, è possibile comprendere i fattori determinanti della performance del sistema sanitario.
Handler <i>et al.</i>	2001	A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System	Gli autori propongono un framework di supporto alla misurazione e valutazione della performance del sistema sanitario.	Il framework è costituito da cinque componenti che possono essere considerate in relazione tra loro: macrocontesto, missione, capacità strutturale, processi e risultati.
Ebert <i>et al.</i>	2017	Development of a monitoring instrument to assess the performance of the Swiss primary care system	Il framework "Swiss Primary Care Active Monitoring (SPAM)" viene sviluppato per la valutazione della performance dei medici di base.	Il framework sviluppa 12 temi (<i>sections</i>) e 56 indicatori utilizzati per la valutazione della performance dei medici di base.
Levesque & Sutherland	2020	What role does performance information play in securing improvement in health-care? A conceptual framework for levers of change	Framework sulle leve che favoriscono il cambiamento dei sistemi sanitari, spiegando come la misurazione e la valutazione delle performance sanitarie possano agire su queste leve per promuovere il cambiamento e il miglioramento della qualità dei servizi.	Costrutti misurabili: 1. Bisogni e aspettative dei pazienti; 2. Risorse e strutture sanitarie; 3. Fruizione ed esperienza dei servizi sanitari; 4. Processi, funzioni e contesto dell'assistenza sanitaria; 5. Esiti dell'assistenza sanitaria. Costrutti "derivati": copertura; accessibilità; appropriatezza; sicurezza; efficacia; produttività; efficienza; adattabilità; sostenibilità; resilienza. Il framework incorpora anche due costrutti derivati di carattere più generale, che riguardano l'impatto sulla salute della popolazione e l'equità.

Tab. 4 – Framework sulla valutazione della performance dell'assistenza primaria

Framework sulla valutazione della performance dell'assistenza primaria				
Autore/i	Anno	Titolo paper	Tipologia framework sviluppato	Dimensioni di analisi
Macinko <i>et al.</i>	2003	The contribution of primary care systems to health outcomes with in Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries	Gli autori sviluppano un framework per valutare il contributo dei sistemi di assistenza primaria a una serie di risultati sanitari in 18 Paesi ad alto reddito dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE).	Le caratteristiche proprie del sistema di assistenza primaria sono le seguenti: la regolamentazione (che disciplina il finanziamento del sistema sanitario), la longitudinalità (riferita alla capacità di offrire un servizio di assistenza in modo costante nel tempo), la distribuzione delle risorse rispetto ai bisogni di assistenza, la formazione professionale degli operatori e l'accessibilità alle cure.
Sibthorpe & Gardner	2007	A conceptual framework for performance assessment in primary healthcare	Il "Framework for performance assessment in Primary health care (Fpa_PhC)" identifica i processi dell'assistenza primaria definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).	Seguendo il framework di Donabedian (1996), gli autori identificano tre dimensioni di analisi: struttura (le strutture e le attrezzature fisiche; la gestione delle risorse umane; l'organizzazione e la gestione dei servizi; la valutazione dei bisogni; la valutazione delle prestazioni), processi (per esempio, promozione della salute, prevenzione, cura, advocacy, sviluppo della comunità) e risultati (gli autori parlano di "intermediate outcomes", in quanto è noto che la sanità di base può essere ritenuta responsabile solo dei risultati intermedi dello stato di salute, Van Norren, Boerma, & Sempebwa, 1989). I risultati intermedi riguardano: comportamenti a rischio per la salute, patologie cliniche, attività della vita quotidiana, soddisfazione del cliente. A queste dimensioni, gli autori affiancano la "stewardship", che identifica le funzioni che i governi devono svolgere affinché i servizi e i programmi di assistenza sanitaria di base possano essere implementati.
Hogg <i>et al.</i>	2008	Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain	Gli autori, con riferimento al contesto canadese, sviluppano un framework per la valutazione della performance dell'assistenza primaria che enfatizza l'influenza di fattori ambientali, strutturali e organizzativi sui servizi sanitari.	Gli autori individuano due domini: uno strutturale e uno di performance. Il primo dominio descrive gli aspetti strutturali – ossia le caratteristiche organizzative e ambientali – che possono influenzare l'erogazione dei servizi di assistenza primaria (si pensi, per esempio, alle politiche o agli stakeholder). Il dominio delle performance riguarda le modalità di erogazione dei servizi sanitari e la qualità tecnica dell'assistenza sanitaria.

[segue]

Autore/i	Anno	Titolo paper	Tipologia framework sviluppato	Dimensioni di analisi
Watson <i>et al.</i>	2009	A results-based logic model for primary healthcare: a conceptual foundation for population-based information systems	Gli autori sviluppano il "Result-based logic model", il cui obiettivo è quello di individuare le priorità di informazione dell'assistenza primaria, utili all'identificazione dei risultati sanitari e assistenziali rispetto ai quali il settore dovrebbe essere ritenuto più o meno responsabile.	Gli autori identificano due aree: efficienza, che attiene alle risorse, ai processi e agli output, ed efficacia, che riguarda gli esiti immediati, intermedi e finali.
Kringos <i>et al.</i>	2010	The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions	Il framework "Primary Care System Framework" individua le dimensioni di analisi della performance dell'assistenza primaria, utili per valutare il contributo di tale servizio di assistenza al miglioramento del sistema sanitario nel suo complesso.	Gli autori, riconoscendo la natura multidimensionale dell'assistenza primaria, identificando le dieci dimensioni fondamentali costituenti un sistema di assistenza primaria. La struttura di un sistema di assistenza primaria è costituita da tre dimensioni: 1. governance; 2. condizioni economiche; 3. sviluppo della forza lavoro. Il processo di assistenza primaria è determinato, invece, da quattro dimensioni: 4. accesso; 5. continuità delle cure; 6. coordinamento delle cure; 7. completezza delle cure. Il risultato di un sistema di cure primarie comprende tre dimensioni: 8. qualità delle cure; 9. efficienza delle cure; 10. equità nella salute.
Haj-Ali & Hutchison	2017	Establishing a primary care performance measurement framework for Ontario	Il framework sviluppato dagli autori "Primary care performance measurement (Pcpm) iniziative" nasce dall'esigenza di identificazione di un approccio sistematico per la misurazione delle performance dell'assistenza primaria. Tale approccio, di fatto, potrebbe agevolare la diffusione – regolare – di informazioni utili per una migliore pianificazione e gestione dei servizi di assistenza.	Gli autori riconoscono nei seguenti gli obiettivi che dovrebbero guidare l'assistenza primaria: 1. Migliorare l'esperienza di cura del paziente (cure migliori); 2. Migliorare la salute della popolazione (migliore salute); 3. Ridurre/controlare il costo dell'assistenza sanitaria (maggior valore).
Kringos <i>et al.</i>	2019	Re-thinking performance assessment for primary care: opinion of the expert panel on effective ways of investing in health	Gli autori elaborano un framework che offre una panoramica dei domini e delle dimensioni da prendere in considerazione per la misurazione e valutazione della performance dell'assistenza primaria.	Gli autori identificano dieci domini, con relative dimensioni, per i quali sono stati proposti indicatori chiave e descrittivi: (1) assistenza universale e accessibile, (2) assistenza integrata, (3) assistenza incentrata sulla persona, (4) assistenza completa e orientata alla comunità, (5) assistenza fornita da un'équipe responsabile di soddisfare la maggior parte dei bisogni sanitari personali, (6) partnership duratura con i pazienti, (7) coordinamento, (8) continuità dell'assistenza, (9) organizzazione dell'assistenza primaria e (10) risorse umane.

(segue)

Autore/i	Anno	Titolo paper	Tipologia framework sviluppato	Dimensioni di analisi
Agarwal <i>et al.</i>	2019	A conceptual framework for measuring community health workforce performance within primary health care systems	Per il rafforzamento dei sistemi di assistenza sanitaria primaria, gli operatori sanitari di comunità occupano un ruolo centrale. Tuttavia, l'assenza di metriche standard per la misurazione delle prestazioni dei suddetti operatori limita fortemente l'attività di valutazione della performance dell'assistenza primaria. Da qui, l'esigenza degli autori di sviluppare un framework in tal senso.	Gli autori, con il sostegno della Bill & Melinda Gates Foundation e in collaborazione con USAID e UNICEF, elaborano un framework in cui illustrano un elenco di indicatori e considerazioni sulla misurazione per monitorare le prestazioni degli operatori sanitari nei Paesi a basso e medio reddito.
Senn <i>et al.</i>	2021	Assessing primary care organization and performance: literature synthesis and proposition of a consolidated framework	Gli autori, dopo aver condotto una LRW in materia di assistenza primaria, elaborano un framework che integra le dimensioni di analisi riportate in sette distinti framework.	Gli autori individuano quattro domini "misurabili": 1. Bisogni della popolazione; 2. Organizzazione e struttura dei processi di assistenza primaria; 3. Erogazione dei servizi di assistenza primaria; 4. Risultati di salute dei pazienti e della popolazione. A questi, si aggiungono cinque costrutti direttamente collegati ai domini sopra elencati: accessibilità, appropriatezza, produttività, efficienza, efficacia.
Akman <i>et al.</i>	2022	Organization of primary care	Gli autori sviluppano un framework che possa essere di supporto nell'attività di organizzazione dell'assistenza primaria.	Gli autori individuano domini strutturali e di processo, dimostrando che per una buona organizzazione dell'assistenza primaria è fondamentale garantire servizi accessibili, continui, centrati sulla persona, orientati alla comunità, coordinati e integrati, forniti da team multiprofessionali competenti e socialmente responsabili che operano in un contesto in cui esistono politiche chiare, sono disponibili finanziamenti adeguati e l'assistenza primaria è gestita da unità dedicate.
Fortini <i>et al.</i>	2024	Framework per la valutazione della performance dell'assistenza sanitaria territoriale: esperienze internazionali e prospettive per l'Italia	Gli autori conducono una LRW in materia di monitoraggio e valutazione dell'assistenza primaria al fine di trarre indicazioni per la costruzione di un framework sistematico e globale.	Gli autori riscontrano che il framework attualmente più evoluto è quello sviluppato dall'OMS (2022); pertanto, tale modello può costituire una solida base da adattare alle novità introdotte dal DM n. 77/2022.

dimensioni i parametri di riferimento per una adeguata valutazione della performance delle aziende sanitarie: accessibilità (*access to service*), appropriatezza (*relevance to need*), equità (*equity – fairness*), efficacia (*effective-*

ness), efficienza (*efficiency and economy*), accettabilità sociale (*social acceptability*).

L'accessibilità misura la semplicità di accesso ai servizi sanitari e, più nello specifico, si occupa del processo di

valutazione e analisi dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie.

L'appropriatezza valuta la pertinenza dei servizi offerti del sistema sanitario nel suo complesso rispetto alle esigenze specifiche del paziente. L'equità è la dimensione volta a misurare l'attitudine delle organizzazioni sanitarie ad assicurare la parità di trattamento a parità di esigenza. L'efficacia si riferisce alla misura in cui i servizi sanitari raggiungono i risultati di salute desiderati, ossia l'impatto reale degli interventi sulla salute dei pazienti. L'efficienza misura la sostenibilità economica dell'organizzazione sanitaria, verificando che la stessa operi secondo economicità, massimizzando il numero di prestazioni con le risorse esistenti e raggiungendo gli obiettivi prefissati col minor dispendio di risorse e attraverso il contenimento dei costi operativi. In questo modo, si garantisce un sostanziale miglioramento delle prestazioni sanitarie nonché della qualità dei servizi resi agli utenti (de Vries & Huijsman, 2011). Infine, vi è la dimensione dell'accettabilità sociale, che si riferisce a quanto i servizi sanitari sono percepiti come appropriati e accettabili dai pazienti e dalla comunità, in termini di norme culturali, valori, aspettative e soddisfazione del paziente. Allo studio di Maxwell (1984), si affianca quello di altri studiosi, basti pensare al modello della *balanced scorecard* elaborato da Kaplan e Norton (1992). Nel dettaglio, la *balanced scorecard* attua il processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa analizzando le seguenti dimensioni: performance finanziaria; soddisfazione del cliente; processi interni; apprendimento e crescita. Pochi anni dopo è stato sviluppato da Donabedian (1966) un ulteriore framework che, invece, per descrivere la qualità e le prestazioni dei sistemi

sanitari, analizza la performance in termini di strutture, processi e risultati. Al framework ideato da Donabedian (1966), si affiancano altri strumenti di analisi della performance delle aziende sanitarie. Per esempio, vi sono framework che si focalizzano sull'analisi delle performance in termini di funzioni o ruoli svolti all'interno dei sistemi, seguendo la teoria dell'azione sociale di Parsons (1960), e altri che, invece, valutano le performance sanitarie in termini di raggiungimento di predeterminati obiettivi sociali, standard o valori (Locke e Latham, 2013).

In linea generale, per misurazione delle performance delle aziende sanitarie, le dimensioni di analisi più frequentemente adottate sono le seguenti (Klassen *et al.*, 2010): collaborazione, apprendimento e innovazione, prospettiva manageriale, fornitura di servizi e risultati. Tra le altre, si annoverano la soddisfazione dei pazienti, i tassi di errore medico (Love *et al.*, 2008), l'adeguatezza, l'equità di accesso ai servizi sanitari per genere e titolo di studio, la sostenibilità intesa in termini di utilizzo delle risorse economiche, la struttura finanziaria e la gestione delle risorse umane (Braithwaite *et al.*, 2017).

Tuttavia, appare evidente che i framework e le dimensioni di analisi delle performance delle aziende sanitarie delineati risultino fra loro non del tutto allineati, compromettendo sia l'efficacia – intesa come capacità del processo di fornire informazioni affidabili e utili per valutare la performance – sia l'efficienza – ossia la capacità di produrre tali informazioni con un uso ottimale di risorse, tempo e sforzi – del processo di misurazione e valutazione nel suo complesso. Per il superamento di tali criticità, alcuni autori hanno sviluppato un modello

concettuale che si presenta come una vera e propria integrazione dei framework sino a quel momento sviluppati (Levesque & Sutherland, 2020). Nel dettaglio, per la misurazione della performance gli autori individuano cinque costrutti misurabili attraverso la raccolta di dati quantitativi (bisogni e aspettative dei pazienti; risorse e strutture sanitarie; fruizione ed esperienza dei servizi sanitari; processi, funzioni e contesto dell'assistenza sanitaria; esiti dell'assistenza sanitaria). Ai costrutti misurabili, il framework affianca 10 costrutti "derivati" di performance (copertura; accessibilità; appropriatezza; sicurezza; efficacia; produttività; efficienza; adattabilità; sostenibilità; resilienza). Il framework incorpora anche due costrutti derivati di carattere più generale, che riguardano l'impatto sulla salute della popolazione e l'equità. Tali costrutti derivati non possono essere misurati in modo diretto, essendo necessaria la loro combinazione con i cinque costrutti misurabili prima identificati. Parallelamente allo sviluppo di framework in materia di misurazione e valutazione della performance del sistema sanitario nel suo complesso, alcuni studiosi si sono concentrati sulla misurazione e valutazione di determinati servizi sanitari, rappresentati nello specifico dall'assistenza primaria (Sibthorpe & Gardner, 2007; Hogg *et al.*, 2008). La scelta di definire un framework per la valutazione dell'assistenza primaria è legata essenzialmente ai benefici derivanti da una adeguata erogazione di tale servizio di assistenza, quali per esempio il miglioramento dell'esperienza di cura, la riduzione delle disuguaglianze e il contenimento della spesa sanitaria, con conseguenti riflessi positivi sullo stato di salute della popo-

lazione (Haggerty *et al.*, 2013; Kringos *et al.*, 2013). In aggiunta, l'assistenza primaria riveste un ruolo strategico nel processo di definizione e valutazione dei bisogni della popolazione e, come dimostrato da alcuni studi, livelli di performance soddisfacenti del sistema sanitario sono spesso il risultato di un sistema di assistenza territoriale ben organizzato e integrato nel sistema stesso (Starfield *et al.*, 2005). Dunque, alla luce di tali evidenze, diviene doverosa l'elaborazione di un framework che possa favorire, da un lato, la conoscenza dell'assistenza primaria sotto il profilo organizzativo e, dall'altro, la strutturazione di un sistema di valutazione delle relative prestazioni, anche attraverso la costruzione di adeguati indicatori di misurazione della performance (Barbaza *et al.*, 2019).

La prevalenza dei framework sviluppati in letteratura procede alla delineazione di costrutti predefiniti, di solito organizzati gerarchicamente e denominati domini, dimensioni e/o elementi. I costrutti, a loro volta, guidano il processo di raccolta dei dati e, di riflesso, influenzano la scelta degli indicatori e la relativa interpretazione. Tuttavia, i domini, le dimensioni e gli elementi dei diversi modelli concettuali sviluppati in letteratura spesso si riferiscono a costrutti diversi, nonostante il ricorso a terminologie e definizioni simili: per esempio, il tasso di vaccinazione può essere visto come un indicatore della qualità delle cure oppure come un output (Senn *et al.*, 2021).

A seguito dello studio e approfondimento delle principali dimensioni di analisi della performance dell'assistenza primaria, è stato sviluppato il "Primary Care System Framework" (Kringos *et al.*, 2010a). Successivamente, sulla base di tale documento, è stato sviluppato un cruscotto di indicatori e una

survey standardizzata per l'attivazione del processo di valutazione dell'assistenza primaria, operando un confronto fra diversi Paesi europei (Kringos *et al.*, 2010b; Barbazza *et al.*, 2019). Per valutare le performance e l'efficacia del sistema sanitario svizzero sotto il profilo dell'assistenza territoriale, alcuni studiosi hanno, invece, sviluppato lo "Swiss Primary Care Active Monitoring (SPAM)", framework grazie al quale si è resa possibile l'identificazione di indicatori di performance che hanno favorito il miglioramento della qualità delle cure (Ebert *et al.*, 2017). Nel dettaglio, da tale framework emerge lo sviluppo di 12 temi (*sections*) e 56 indicatori utilizzati per la valutazione della performance dei medici di base.

È interessante notare che, dall'analisi degli studi in materia di misurazione e valutazione della performance del sistema sanitario nel suo complesso, è emerso che il framework di Maxwell (1984) e il framework di Donabedian (1996) rappresentano i modelli concettuali più utilizzati dai ricercatori che, negli anni successivi, si sono approcciati all'approfondimento della performance dell'assistenza primaria. Basti guardare allo studio di Sibthorpe & Gardner (2007), che sviluppa il "Framework for performance assessment in Primary health care" considerando le dimensioni di analisi della performance individuate da Donabedian (1996), ossia struttura, processi e risultati, così come lo studio di Kringos *et al.* (2010). Il recente studio di Senn *et al.* (2021) integra, invece, le dimensioni di analisi della performance proposte da Maxwell (1984), ossia accessibilità (*access to service*), appropriatezza (*relevance to need*), equità (*equity - fairness*), efficacia (*effectiveness*), efficienza (*efficiency and economy*), accettabilità sociale (*social acceptability*).

Guardando nel loro insieme i framework in materia di assistenza primaria, emerge chiaramente che le dimensioni di analisi e valutazione più ricorrenti sono quelle indicate nello studio di Kringos *et al.* (2010). Nel dettaglio gli autori, analizzando la performance seguendo l'impostazione di Donabedian (1996), spiegano che la *struttura* di un sistema di assistenza primaria è costituita da tre dimensioni: i) governance; ii) condizioni economiche; iii) sviluppo della forza lavoro. Il *processo* di assistenza primaria è determinato, invece, da quattro dimensioni: i) accesso; ii) continuità delle cure; iii) coordinamento delle cure; iv) completezza delle cure. Il *risultato* di un sistema di cure primarie comprende tre dimensioni: i) qualità delle cure; ii) efficienza delle cure; iii) equità nella salute.

Tuttavia, fra le principali criticità riscontrate dalla lettura, emerge una inadeguata misurazione e valutazione dell'assistenza territoriale dal punto di vista strutturale e organizzativo, motivo per cui i framework sviluppati presentano spesso limitate capacità di confronto fra i sistemi di assistenza territoriale dei diversi Paesi, anche in virtù del fatto che l'assistenza primaria non rappresenta una unità di analisi sempre omogenea (Senn *et al.*, 2021). A ciò si deve aggiungere un ulteriore aspetto critico, direttamente collegato all'esistenza di molteplici framework che, talvolta, utilizzano terminologie differenti per analizzare la performance dell'assistenza primaria e che, in altri casi, non considerano nella valutazione – o considerano, ma in modo inappropriato – alcuni dei domini caratterizzanti.

Per il superamento di tali criticità, Senn *et al.* (2021), dopo aver condotto una *literature review* sui principali framework relativi all'assistenza pri-

maria sviluppati in lingua inglese e francese con particolare riferimento ai Paesi ad alto reddito, hanno sviluppato un nuovo modello concettuale. Prendendo come base di studio e approfondimento sette framework, gli autori hanno operato un consolidamento degli assunti alla base dei suddetti framework, individuando quattro domini³ “misurabili”:

- 1) i bisogni della popolazione (tale dominio descrive le esigenze di assistenza primaria dei singoli pazienti e della popolazione nel suo complesso);
- 2) l'organizzazione e la struttura dei processi di assistenza primaria (questo dominio descrive le caratteristiche organizzative tipiche dell'assistenza primaria, facendo specifico riferimento a strutture e attrezzature utilizzate, gestione delle risorse umane, sistemi informativi e organizzazione dei servizi);
- 3) l'erogazione dei servizi di assistenza primaria (tale dominio riguarda tutto quanto rientra nel concetto di “processo” – come definito nel framework di Donabedian – o di “output”, descrivendo tutte le attività svolte dall'assistenza primaria, a partire dalla definizione del primo contatto con il paziente, sino alla continuità e al coordinamento);
- 4) i risultati di salute dei pazienti e della popolazione (questo dominio si sofferma sulla valutazione di impatto dei servizi di assistenza primaria, in termini di effettivo miglioramento dello stato di salute dei singoli pazienti e della popolazione).

³ In tale framework, i costrutti sono stati classificati (da un livello superiore a uno inferiore) in: domini, dimensioni ed elementi. In breve, il livello più alto di un dato framework si riferisce al “dominio” del framework, un livello sotto, la “dimensione”, e due livelli sotto, l’“elemento”.

Sono stati, poi, aggiunti, cinque costrutti direttamente collegati ai domini sopra elencati: accessibilità, appropriatezza, produttività, efficienza, efficacia. L'accessibilità, nel dettaglio, collega i bisogni all'organizzazione dell'assistenza primaria. L'appropriatezza collega i bisogni alla prestazione sanitaria effettivamente ricevuta, valutandone, quindi, la rispondenza. La produttività collega il servizio di assistenza sanitaria erogato/ricevuto all'organizzazione e riflette, quindi, l'efficienza del processo. L'efficienza, invece, collega le risorse ai risultati ed è concepita come efficienza dei risultati. Infine, l'efficacia collega la fornitura diretta di cure al possibile impatto sui risultati di salute.

Trasversalmente rispetto ai quattro domini individuati dagli autori, si colloca l’“equità” che, pur non essendo inclusa in un dominio specifico, svolge un ruolo centrale. Al framework, è stato poi aggiunto un ulteriore costrutto, non direttamente collegato ai domini, chiamato “integrazione”. Infine, sono stati inclusi nel framework anche i fattori di contesto, dal momento che l'assistenza primaria è influenzata da fattori politici e legali, socio-culturali, fisici e biologici ed economici.

Uno studio ancor più recente di analisi della letteratura sui framework sviluppati in tema di assistenza territoriale è quello di Fortino *et al.* (2024). Gli autori, prendendo come riferimento i lavori pubblicati in lingua inglese o italiana, con specifico riferimento agli ultimi 10 anni, hanno identificato tre distinte tipologie di framework. Nel dettaglio, la prima categoria di framework si sofferma sulla valutazione di singole patologie o singole specializzazioni mediche; la seconda tipologia guarda alla valutazione delle per-

formance degli operatori professionali, siano essi medici di base o figure equivalenti; l'ultima tipologia, invece, integra le dimensioni di analisi precedenti alla misurazione e valutazione dei servizi e delle funzioni tipiche dell'assistenza primaria (Fortino *et al.*, 2024, p. 180). Tali studiosi, nell'analizzare il framework del 2022 sviluppato dall'OMS, hanno riscontrato la sua potenziale adattabilità al contesto italiano a seguito dell'introduzione del DM n. 77/2022, tenendo però conto di due aspetti. In primo luogo, gli indicatori indicati nel framework dell'OMS devono essere contestualizzati nel quadro normativo del DM n. 77, presentando anche una certa coerenza rispetto a quanto indicato

nel Nuovo sistema di garanzia (Nsg). In aggiunta, suggeriscono gli autori, tali indicatori devono tener conto delle “*tre componenti fondamentali delle cure primarie (servizi sanitari integrati, approccio multisettoriale alla salute e coinvolgimento degli utenti e delle comunità); debbono poter essere utilizzabili (con diverso grado di dettaglio); infine essere multilivello (distrettuale, aziendale, regionale e nazionale)*” (Fortino *et al.*, 2024, p. 182). Dunque, secondo lo studio di Fortino *et al.* (2024), il framework attualmente più evoluto in materia di valutazione della performance dell'assistenza primaria è quello dell'OMS (WHO, 2022), che considera il monitoraggio delle dimensioni di analisi sintetizzate nella Tab. 5.

Tab. 5 – Framework per la valutazione della performance dell'assistenza primaria dell'OMS (2022)

Capacity	<p><i>Structures</i>, in cui si procede all'analisi della governance, della capacità di adattamento ai bisogni di salute della popolazione e dei finanziamenti erogati per garantire un accesso equo a servizi di assistenza primaria che possano dirsi integrati e di qualità.</p> <p><i>Input</i>, in cui si analizzano: le infrastrutture fisiche esistenti, guardando alla densità e alla distribuzione delle strutture sanitarie; la forza lavoro in essere; la disponibilità e l'accessibilità economica di farmaci e prodotti sanitari; i sistemi informativi utilizzati per la gestione dei dati utili all'attività di monitoraggio delle performance di assistenza primaria (si pensi, per esempio, all'utilizzo di sistemi di cartelle cliniche elettroniche o allo svolgimento periodico di indagini sui pazienti e sugli operatori sanitari); l'utilizzo delle tecnologie digitali (si pensi, per esempio, alla telemedicina, ai big data e a tutti gli strumenti digitali che possano migliorare le modalità di erogazione dei servizi sanitari e la relativa qualità).</p>
Performance	<p><i>Processess</i>, in cui si analizzano i modelli di assistenza sanitaria, ossia le modalità attraverso cui i servizi sanitari dovrebbero essere selezionati, progettati, organizzati, erogati, gestiti e supportati da diverse piattaforme di erogazione dei servizi. In particolare, è opportuno procedere alla definizione di un pacchetto completo di servizi di assistenza allineato al contesto e alle esigenze nazionali. L'analisi dei processi implica anche il controllo della qualità dell'assistenza: il controllo della qualità, attraverso il monitoraggio interno e la misurazione continua, assicura infatti che i processi soddisfino gli standard richiesti. In ultima istanza, è necessario sviluppare sistemi e servizi sanitari resilienti, misurando costantemente la capacità di risposta alle situazioni di emergenza.</p> <p><i>Output</i>, in cui si valutano fattori come l'accessibilità e l'economicità delle cure (comprese le barriere geografiche, finanziarie e socio-culturali percepite). A tal fine, diviene necessaria la costruzione di indicatori in grado di misurare la disponibilità e la tempestività dei servizi di assistenza primaria e l'effettiva possibilità di utilizzo degli stessi. Inoltre, si rende necessaria la valutazione dell'impatto dell'assistenza in termini di qualità dei servizi erogati e di soddisfazione delle attese dei pazienti. Più in generale, vengono valutati gli elementi caratterizzanti l'assistenza primaria: il primo contatto, l'accessibilità, la continuità, la completezza e il coordinamento delle cure incentrate sul paziente.</p>
Impact	<p><i>Outcome</i>, che valuta l'effettiva copertura dei bisogni di salute dei pazienti e della popolazione.</p> <p><i>Impact</i>, che valuta l'effettivo miglioramento del livello di benessere/stato di salute e la riduzione delle disuguaglianze.</p>

Al fine di offrire una visione d'insieme delle principali caratteristiche teoriche e operative dei modelli analizzati, si propone una tabella sinottica che confronta i principali framework di valutazione della performance sanitaria, con un focus sulla loro potenziale adattabilità al contesto italiano, anche alla luce delle recenti evoluzioni normative e organizzative (Tab. 6).

5. Discussioni e conclusioni

Il presente lavoro di ricerca si colloca nello scenario normativo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che, nell'ambito della "Missione Salute", ha previsto delle linee di intervento sostanziali in materia di assistenza territoriale, che trovano esplicitazione nel "Regolamento recante la definizione di modelli e

standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", pubblicato con Decreto Ministeriale (DM) n. 77 nel giugno 2022. Nel dettaglio, lo studio ambisce a fornire una lettura sistematica della letteratura – utilizzando il metodo PRISMA – che possa offrire chiavi interpretative utili alla definizione di un framework per la valutazione della performance dell'assistenza primaria, in coerenza con i nuovi modelli organizzativi e standard di servizio delineati dal DM n. 77/2022. L'obiettivo non è quello di proporre un framework teorico originale in senso stretto, quanto piuttosto di identificare e ricomporre criticamente gli elementi concettuali ricorrenti nei contributi esaminati, al fine di orientare futuri sviluppi teorici ed empirici nel conte-

Tab. 6 – Tabella sinottica comparativa dei principali framework indagati

Framework	Focus principale	Domini/dimensioni	Indicatori	Adattabilità al contesto italiano (post-DM n. 77/2022)
Maxwell (1984)	Qualità dei servizi sanitari	Accesso, Appropriatezza, Equità, Efficacia, Efficienza, Accettabilità	Indicatori descrittivi/qualitativi	Parziale – utile per la riflessione concettuale, meno per l'operatività
Donabedian (1966)	Struttura del sistema sanitario	Struttura, Processo, Risultati	Indicatori qualitativi/strutturali	Alta – schema classico adattabile a più livelli di assistenza
Kringos <i>et al.</i> (2010)	Assistenza primaria nei sistemi europei	Struttura, Processo, Esito (declinati per la primaria)	Survey internazionali + dashboard	Alta – già utilizzato per benchmarking internazionale
SPAM (Ebert <i>et al.</i> , 2017)	Performance dei medici di base	12 sezioni tematiche	56 indicatori	Buona – utile base comparativa, richiede adattamento ai livelli Nsg
WHO (2022)	Sistemi di cure primarie integrati	Multilivello: input, processi, output, esiti	Indicatori WHO + adattabili	Molto alta – coerenza con DM n. 77 e indicatori del Nsg
Fortino <i>et al.</i> (2024)	Tipologie di framework e adattabilità	Servizi, Operatori, Patologie (3 assi)	Variabili in base al tipo	Alta – già orientato al contesto normativo italiano
Levesque & Sutherland (2020)	Qualità e performance integrate	5 costrutti + 10 misure derivate	Misurabili/operativi	Alta – modello teorico flessibile e applicabile
Senn <i>et al.</i> (2021)	Sistemi sanitari regionali	4 domini + 6 costrutti trasversali + contesto	Variabili	Media – utile come ispirazione metodologica

sto italiano. Da tale analisi è emersa la presenza di numerosi framework, in parte concentrati sul processo di misurazione e valutazione della performance del sistema sanitario nel suo complesso, in parte sviluppati con specifico riferimento all'assistenza primaria. In verità, molte delle dimensioni di analisi della performance individuate per il sistema sanitario vengono riproposte anche nei modelli concettuali specificatamente dedicati all'assistenza primaria. In particolare, sono i framework di Maxwell (1984) e Donabedian (1996) a guidare, in larga misura, il processo di misurazione e valutazione della performance in ambito sanitario. Si ritiene, in linea con quanto asserito da recenti studi (Fortino *et al.*, 2024), che il modello concettuale proposto dall'OMS (2022) possa rappresentare, allo stato attuale, la base in cui il framework di misurazione e valutazione della performance dell'assistenza territoriale – così come definita dal recente DM n. 77/2022 – debba edificare le sue radici. L'analisi condotta consente di ricondurre gli studi in materia di framework per la valutazione della performance dell'assistenza primaria a tre cluster principali. Il primo cluster raccoglie studi focalizzati prevalentemente su struttura e processi, con particolare attenzione agli aspetti organizzativi, alle risorse e alle modalità di erogazione dei servizi. Il secondo cluster include studi orientati agli esiti dell'assistenza e alla dimensione dell'equità, evidenziando un interesse specifico per l'impatto dei servizi sulla salute della popolazione e per la giustizia nell'accesso alle cure. Infine, il terzo cluster comprende studi con un approccio integrato, che tengono conto simultaneamente di più dimen-

sioni della performance, come accesso, coordinamento, integrazione e continuità delle cure. Questa classificazione evidenzia l'evoluzione del dibattito scientifico verso modelli sempre più articolati e multidimensionali, capaci di cogliere la complessità dei sistemi di assistenza primaria e di offrire strumenti più efficaci per la loro valutazione comparativa. Un ulteriore elemento di approfondimento riguarda la possibilità di leggere i risultati dell'analisi anche alla luce di esperienze internazionali comparabili, sia sotto il profilo normativo sia per caratteristiche demografiche e organizzative dei sistemi sanitari. In particolare, realtà come la Spagna, il Portogallo o il Regno Unito offrono spunti interessanti: si tratta di Paesi con sistemi sanitari a forte orientamento pubblico, modelli organizzativi dell'assistenza primaria strutturati e iniziative recenti di riforma che, come nel caso italiano con il DM n. 77/2022, mirano a rafforzare il ruolo del territorio, l'integrazione dei servizi e l'equità nell'accesso. Per esempio, l'esperienza delle Primary Care Networks nel Regno Unito o i modelli delle Unidades de Saúde Familiar in Portogallo mostrano come l'integrazione tra professionisti, l'adozione di indicatori multidimensionali di performance e il focus sul paziente cronico siano elementi centrali anche altrove. Il confronto con tali modelli potrebbe offrire non solo un punto di riferimento utile per la lettura critica dei framework emersi dalla letteratura, ma anche spunti per future applicazioni pratiche o adattamenti al contesto italiano. Sotto il profilo delle implicazioni pratiche, il lavoro offre una panoramica articolata delle dimensioni analitiche rilevanti per la valutazione della performance

dell'assistenza primaria, che può costituire una base solida per la costruzione di un framework italiano coerente con le indicazioni normative introdotte dal DM n. 77/2022. Le evidenze raccolte permettono di identificare gli ambiti prioritari su cui fondare la misurazione, il monitoraggio e la valutazione della performance nell'ambito dell'assistenza sanitaria territoriale, con l'obiettivo di migliorarne l'efficacia, l'efficienza e l'impatto. In particolare, l'individuazione delle dimensioni di performance più ricorrenti e significative nei framework internazionali (es. accessibilità, continuità delle cure, integrazione, esiti di salute, efficienza delle risorse) rappresenta un passaggio cruciale per lo sviluppo di una dashboard nazionale di indicatori. Questo strumento, opportunamente adattato al contesto italiano, potrà essere utilizzato per valutare l'effettiva implementazione e gli effetti delle innovazioni introdotte dal DM n. 77/2022, in termini di miglioramento della qualità dei servizi, razionalizzazione dell'uso delle risorse (finanziarie, umane, organizzative, tecnologiche) e capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione. In questo senso, le evidenze raccolte assumono un valore strategico non solo per guidare l'elaborazione di strumenti operativi di valutazione, ma anche per supportare le decisioni di policy e governance relative alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale. L'approccio adottato consente

quindi di tradurre risultati di ricerca in indicazioni concrete per lo sviluppo di un modello italiano di valutazione della performance, fondato su evidenze scientifiche e allineato agli standard internazionali.

Sotto il profilo delle implicazioni teoriche, la ricerca propone un'estensione della letteratura in materia di misurazione e valutazione dell'assistenza primaria, offrendo importanti spunti di riflessione per l'evoluzione futura del processo di misurazione e valutazione dell'assistenza sanitaria territoriale.

Tra i limiti della ricerca si segnala l'utilizzo di una sola banca dati, escludendo, pertanto, dall'analisi altri motori di ricerca, quali per esempio PubMed, MEDLINE, Web of Science e Google Scholar. Le evidenze ottenute, pertanto, potrebbero risentire dell'esclusione, dall'analisi, di framework altrettanto rilevanti per il processo di misurazione e valutazione dell'assistenza primaria e sanitaria nel suo complesso.

6. Acknowledgement

This study was funded by the European Union – NextGenerationEU, Mission 4, Component 2, in the framework of the GRINS – Growing Resilient, INclusive and Sustainable project (GRINS PE00000018 – CUP H93C22000650001). The views and opinions expressed are solely those of the authors and do not necessarily reflect those of the European Union, nor can the European Union be held responsible for them.

BIBLIOGRAFIA

- Agarwal S. *et al.* (2019). A conceptual framework for measuring community health workforce performance within primary health care systems. *Human Resources for Health*, 17.
- Ahluwalia S., Damberg C., Silverman M. *et al.* (2017). What defines a high-performing health care delivery system: A systematic review. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 43: 450-459.
- Akman M., Ayhan Baser D., Usanma Koban B. *et al.* (2022). Organization of primary care. *Primary Health Care Research & Development*, 23, e49.
- Arah O.A., Westert G.P., Hurst J., & Klazinga N.S. (2006). A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(S1): 5-13.
- Barbazza E. *et al.* (2019). Creating performance intelligence for primary health care strengthening in Europe. *BMC Health Services Research*, 19(1): 1006.
- Benington J. (2009). Creating the Public in Order to Create Public Value?. *International Journal of Public Administration*, 32(3-4): 232-249.
- Berwick D.M., James B., & Coye M.J. (2003). Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care*, 41(Suppl 1): I-30.
- Braithwaite J., Herkes J., Ludlow K., Luke T., & Lamprell G. (2017). Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: Systematic review. *BMJ Open*, 7.
- Cinelli G., & Fattore G. (2024). The 2022 community-based integrated care reform in Italy: From desiderata to implementation. *Health Policy*, 139, 104943.
- Cornio A.R., Sciarpa E., Priano W. *et al.* (2024). Distance learning in primary health care: An Italian experience among medical residents to integrate public health and primary health care. *Recenti Progressi in Medicina*, 115(4): 195-198. DOI: 10.1701/4246.42232.
- Curtright J.W., Stolp-Smith S.C., & Edell E.S. (2000). Strategic performance management: Development of a performance measurement system at the Mayo Clinic. *Journal of Healthcare Management*, 45(1): 58-68.
- Damiani G., Acampora A., Frisicale M.E., & Silvestrini G. (2015). Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. *Rapporto Osservasalute*, Assistenza territoriale.
- Donabedian A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3): 166-203.
- De Vries J., & Huijsman R. (2011). Supply chain management in health services: An overview. *Supply Chain Management*, 16(3): 159-165.
- Ebert S.T. *et al.* (2017). Development of a monitoring instrument to assess the performance of the Swiss primary care system. *BMC Health Services Research*, 17(1), 789.
- Fortino A., Tamburo De Bella M., Trapani F., Catantanti R., Mantoan D., & Mantenuto V. (2024). Framework per la valutazione della performance dell'assistenza sanitaria territoriale: Esperienze internazionali e prospettive per l'Italia. *Recenti Progressi in Medicina*, 115(4): 179-188.
- Greenhalgh T., Robert G., Bate P. *et al.* (2005). *Diffusion of innovations in health service organisations: A systematic review*. Blackwell.
- Groene O., Skau J.K., & Frølich A. (2008). An international review of projects on hospital performance assessment. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3): 162-171.
- Haggerty J.L. *et al.* (2013). The strength of primary care systems. *BMJ*, 346, f3777.
- Haj-Ali W., & Hutchison B. (2017). Establishing a primary care performance measurement framework for Ontario. *Healthcare Policy*, 12: 66-79.
- Handler A., Issel M., & Turnock B. (2001). A conceptual framework to measure performance of the public health system. *American Journal of Public Health*, 91(8): 1235-1239.
- Hijriyah L., Alias A., & Sahabuddin M. F. M. (2023). Exploring walkability research trends based on systematic literature review (SLR) by applying PRISMA. *Open House International*, 49(1): 63-121.
- Hogg W. *et al.* (2008). Framework for primary care organizations: The importance of a structural domain. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5): 308-313.
- Kaplan R.S., & Norton D.P. (1992). The balanced scorecard: Measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 70(1): 71-79.

- Klassen A., Miller A., Anderson N., Shen J., Schiariti V., O'Donnell M. (2010). Performance measurement and improvement frameworks in health, education, and social services systems: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(1): 44-69.
- Kringos D.S. *et al.* (2010). The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 10, 65.
- Kringos D.S. *et al.* (2010). The European primary care monitor: Structure, process, and outcome indicators. *BMC Family Practice*, 11, 81.
- Kringos D.S. *et al.* (2013). Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs (Millwood)*, 32(4): 686-694.
- Kringos D., Nuti S., Anastasy C. *et al.* (2019). Re-thinking performance assessment for primary care: Opinion of the expert panel on effective ways of investing in health. *European Journal of General Practice*, 25: 55-61.
- Larese Filon F., Pesce M., Paulo M. S., Loney T., Modenese A., John S. M., & Macan J. (2021). Incidence of occupational contact dermatitis in health-care workers: a systematic review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 35(6): 1285-1289.
- Leonard M., Graham S., & Bonacum D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality & Safety in Health Care*, 13(1): 85-90.
- Levesque J.F., & Sutherland K. (2017). What role does performance information play in securing improvement in healthcare? A conceptual framework for levers of change. *BMJ Open*, 7.
- Liberati A. *et al.* (2015). PRISMA Statement per il reporting di revisioni sistematiche e meta-analisi degli studi che valutano gli interventi sanitari: Spiegazione ed elaborazione. *Evidence*, 7(6), e1000115.
- Locke E.A., & Latham G.P. (2013). *New Developments in Goal Setting and Task Performance*. New York: Routledge.
- Longenecker C., & Fink F.S. (2001). Improving management performance in rapidly changing organizations. *Journal of Management Development*, 20(1): 7-8.
- Love D., Revere L., & Black K. (2008). A current look at the key performance measures considered critical by health care leaders. *Journal of Health Care Finance*, 34(3): 19-33.
- Macinko J., Starfield B., & Shi L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 38: 831-865.
- Mainz J., Krog B.R., Bjørnshave B., & Bartels P. (2004). Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: The Danish National Indicator Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(S1): i45-i50.
- Mannion R., & Goddard M. (2002). Performance measurement and improvement in health care. *Applied Health Economics and Health Policy*, 1(1): 13-23.
- Maraolo A. E. (2021). Una bussola per le revisioni sistematiche: la versione italiana della nuova edizione del PRISMA statement. *BMJ*, 372(71).
- Maxwell R.J. (1984). Quality assessment in health. *British Medical Journal*, 288: 1470-1472.
- Moffatt F., Martin P., & Timmons S. (2014). Constructing notions of healthcare productivity: The call for a new professionalism. *Sociology of Health and Illness*, 36(5): 686-702.
- Moore M. H. (1995). *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Harvard University Press.
- Murray C.J., & Frenk J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6): 717-731.
- Ondategui-Parra S., Bhagwat J.G., Gill I.E., Nathanson E., Seltzer S., & Ros P.R. (2004). Essential practice performance measurement. *Journal of the American College of Radiology*, 1(8): 559-566.
- Page M.J., McKenzie J.E., Bossuyt P.M., Boutron I., Hoffmann T.C., Mulrow C.D. *et al.* (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71).
- Parsons T. (1960). *Structure and Process in Modern Societies*. New York: Free Press.
- Pesaresi F. (2022). Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale: La norma, gli approfondimenti, le valutazioni. *Welfare ebook*, 7.
- Purbey S., Mukherjee K., & Bhar C. (2007). Performance measurement system for healthcare processes. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56(3): 241-251.
- Senn N., Breton M., Ebert S.T., Lamoureux-Lamarche C., Lévesque J.F. (2021). Assessing primary care organization and performance: Literature synthesis and proposition of a consolidated framework. *Health Policy*, 125: 160-167.
- Shekelle P.G. (2020). What are the determinants of health system performance? Findings from the literature and a technical expert panel. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 46(2): 87-98.

- Sibthorpe B., & Gardner K. (2007). A conceptual framework for performance assessment in primary health care. *Australian Journal of Primary Health*, 13: 96-103.
- Sillman J., Hynynen K., Dyukov I., Ahonen T., & Jalas M. (2023). Emission reduction targets and electrification of the Finnish energy system with low-carbon Power-to-X technologies: Potentials, barriers, and innovations – A Delphi survey. *Technological Forecasting and Social Change*, 193, 122587.
- Spandonaro F., & d'Angela D. (2014). Una misura di Performance dei SSR. – Available at: art.torvergata.it.
- Starfield B., Shi L., & Macinko J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3): 457-502.
- Watson D.E., Broemeling A.M., & Wong S.T. (2009). A results-based logic model for primary healthcare: A conceptual foundation for population-based information systems. *Healthcare Policy*, 5: 33-46.
- WHO (2022). *Primary health care measurement framework and indicators: Monitoring health systems through a primary health care lens*.
- Van der Geer E., van Tuijl H.F.J.M., & Rutte C.G. (2009). Performance management in healthcare: Performance indicator development, task uncertainty, and types of performance indicators. *Social Science and Medicine*, 69(10): 1523-1530.
- Veillard J., Champagne F., Klazinga N., Kazandjian V., Arah O.A., & Guisset A.L. (2005). A performance assessment framework for hospitals: The WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(6): 487-496.
- Voelker K.E., Rakich J.S., & French G.R. (2001). The balanced scorecard in healthcare organizations: A performance measurement and strategic planning methodology. *Hospital Topics*, 79(3): 13-24.