

Il bilancio di missione

per il governo della sanità
dell'Emilia-Romagna

Il bilancio di missione

per il governo della sanità

dell'Emilia-Romagna

Redazione e impaginazione a cura di

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, maggio 2005

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Sistema comunicazione, formazione, documentazione

Viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/collidoss/index.htm>

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Hanno partecipato al Gruppo di progetto

Azienda USL di Piacenza	Francesco Ripa di Meana Luca Baldino
Azienda USL di Reggio Emilia	Mariella Martini
Azienda USL di Ferrara	Fosco Foglietta
Azienda USL di Imola	Ivan Trenti Massimo Mingozi
Azienda USL di Rimini	Tiziano Carradori * Eugenio Di Ruscio *
Direzione generale Sanità e Politiche sociali	Marzia Cavazza Pierluigi Macini Eleonora Verdini
Agenzia sanitaria regionale coordinamento	Michele Baccarini Laura Testi

Consulenza scientifica

Marco Tieghi	Straordinario di Economia aziendale Università degli studi di Bologna
---------------------	--

Hanno contribuito all'elaborazione del documento

Sara Baruzzo	Azienda USL di Reggio Emilia
Marco Biocca	Agenzia sanitaria regionale
Stefano Carlini	Azienda USL di Ferrara
Renata Cinotti	Agenzia sanitaria regionale
Luca Cisbani	Agenzia sanitaria regionale
Graziano Dainese	Azienda USL di Piacenza
Maria Gamberini	Azienda USL di Piacenza
Gisella Garaffoni	Direzione generale Sanità e Politiche sociali
Alberto Gasparri	Azienda USL di Imola
Federica Gazzotti	Azienda USL di Reggio Emilia
Roberto Grilli	Agenzia sanitaria regionale
Roberto Labanti	Direzione generale Sanità e Politiche sociali
Alessandro Liberati	Agenzia sanitaria regionale
Giorgio Luppi	Direzione generale Risorse finanziarie e strumentali
Anna Mazzini	Direzione generale Sanità e Politiche sociali
Giuseppe Monterastelli	Direzione generale Sanità e Politiche sociali
Maria Luisa Moro	Agenzia sanitaria regionale
Maurizio Pozzi	Agenzia Emilia-Romagna Lavoro
Andrea Stuppini	Direzione generale Sanità e Politiche sociali
Rosanna Trisolini	Agenzia sanitaria regionale
Laura Zanzani	Azienda USL di Rimini

* ora all'Azienda USL di Ravenna.

Indice

Presentazione	7
Sommario	9
Parte I.	11
Il bilancio di missione per le Aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna	
1. Perché un bilancio di missione per le Aziende sanitarie?	13
2. La rendicontazione sociale	15
3. I livelli della programmazione sanitaria	17
4. Le scelte operate nella formulazione del progetto	19
4.1. Obiettivi e destinatari	19
4.2. I principi guida seguiti nella progettazione dello strumento	19
5. Note metodologiche relative al percorso di sviluppo operativo del progetto	21
Parte II.	23
La struttura del documento	
Premessa	25
Presentazione del Direttore generale	27
1. Contesto di riferimento	29
1.1. Contesto di riferimento	29
1.2. Tavola di sviluppo	31
2. Profilo aziendale	33
2.1. Profilo aziendale	33
2.2. Tavola di sviluppo	37

3.	Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	43
3.1.	Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	43
3.2.	Note indicative per lo sviluppo	46
4.	Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione	51
4.1.	Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione	51
4.2.	Scheda di sviluppo	56
5.	Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	59
5.1.	Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	59
5.2.	Scheda di sviluppo	61
6.	Ricerca e innovazione	63
6.1.	Ricerca e innovazione	63
6.2.	Scheda di sviluppo	66
7.	Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale	69
7.1.	Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale	69
	Conclusioni del Direttore generale	71
	Allegati	73
	Note tecniche per la predisposizione degli indicatori	75
	Glossario	121
	Atto deliberativo di Giunta n. 213 del 14 febbraio 2005.	135
	Introduzione del bilancio di missione nel Servizio sanitario regionale	

Presentazione

Il Servizio sanitario pubblico, basato sull'universalismo, sull'equità e sulla solidarietà, deve la sua autorevolezza e la sua affidabilità alla capacità di soddisfare in modo appropriato e tempestivo i bisogni di salute, dei singoli e delle comunità.

Sono tanti i fattori che contribuiscono a tenere alti i livelli di qualità a cui si è giunti in Emilia-Romagna, e che sono confermati anche da valutazioni indipendenti, come quella recentemente realizzata dalla CNA.

Tra questi fattori, insieme a un'organizzazione dei servizi centrata sulla persona e sulla continuità assistenziale, non sono certamente secondari gli strumenti di programmazione, verifica e controllo dell'attività di erogazione dei servizi e del corretto utilizzo delle risorse da parte delle Aziende sanitarie.

È in questo contesto che si inserisce il bilancio di missione, una nuova forma di rendicontazione - complementare al tradizionale bilancio di esercizio - con la quale le Aziende sanitarie illustrano ogni anno, in primo luogo alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria e alla Regione, i risultati delle attività realizzate e l'utilizzo delle risorse rispetto agli obiettivi di salute assegnati.

Indicare la Conferenza e la Regione come i destinatari principali del documento non significa trascurare altre relazioni istituzionali particolarmente rilevanti, quali quelle con i professionisti - responsabili del governo clinico aziendale - e con le formazioni sociali: organizzazioni sindacali, associazioni di volontariato, comitati misti, ecc.

La nostra è la prima Regione ad adottare questa forma di "rendiconto sociale", un rendiconto che riteniamo necessario per aziende pubbliche che come le Aziende sanitarie non hanno come missione la produzione di reddito ma la produzione di servizi pubblici essenziali.

Nel rispetto del principio di trasparenza questo rendiconto serve a valutare se e come il Servizio sanitario è riuscito a utilizzare al meglio le risorse a disposizione, erogando servizi adeguati alle esigenze dei cittadini.

Proprio per sottolineare con forza questa necessità, abbiamo inserito la redazione del bilancio di missione all'interno della nuova legge sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale che il Consiglio ha approvato alla fine dello scorso anno.

Il bilancio di missione deve dunque essere uno strumento ordinario di lavoro. Per diventarlo davvero, considerandone la novità, abbiamo ritenuto necessario procedere con una sperimentazione graduale e guidata, possibile grazie al lavoro di un gruppo di progetto, coordinato dall'Agenzia sanitaria regionale, che ha predisposto linee guida per la sua redazione. Sarà da questa sperimentazione che potremo trarre le indicazioni e i suggerimenti necessari a poter diffondere a tutte le Aziende sanitarie uno strumento di lavoro utile e davvero condiviso.

*Giovanni Bissoni
Assessore alle politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna*

Sommario

Che cosa è

Il bilancio di missione è lo strumento con cui le Aziende sanitarie rendono conto dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi assegnati dalla Regione e dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. È un documento strutturato, annuale, logicamente e funzionalmente coordinato con il bilancio di esercizio economico-finanziario.

Obiettivo

Il bilancio di missione si caratterizza come strumento capace di dare trasparenza all'azione istituzionale dell'Azienda sanitaria, rispondendo alle necessità informative dei soggetti ai quali deve "dare conto". Esso è finalizzato a:

- illustrare gli esiti dell'attività istituzionale svolta dall'Azienda;
- supportare in modo attivo e dinamico il sistema delle relazioni fra l'Azienda e i suoi principali interlocutori istituzionali, Regione e Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Il bilancio di missione si configura come lo strumento attraverso il quale è periodicamente possibile per tali interlocutori verificare la graduale realizzazione degli obiettivi stabiliti nella rispettiva pianificazione. La rappresentazione a consuntivo dei risultati istituzionali nell'ambito del bilancio di missione, diventa elemento da assumere a riferimento per la successiva fase di pianificazione e programmazione.

Destinatari

Tra i tanti possibili interlocutori interessati all'attività di un'Azienda sanitaria, il bilancio di missione individua come principali soggetti di riferimento:

- la Regione,
- le Conferenze territoriali sociali e sanitarie.

La Regione conferisce il mandato, assegna le risorse e deve garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) ai cittadini; gli Enti locali hanno un ruolo di indirizzo e di verifica dei risultati ottenuti dalle Aziende.

Individuare nelle Conferenze e nella Regione i principali soggetti di riferimento non implica peraltro trascurare relazioni istituzionali di particolare rilevanza, quali quelle con i professionisti - responsabili del governo clinico aziendale - e con le formazioni sociali (organizzazioni sindacali, associazioni di volontariato, comitati misti, ecc.) in considerazione del loro ruolo a tutela dell'interesse generale.

Struttura del documento

La struttura del documento elaborato dal Gruppo di progetto presenta un'articolazione in sette sezioni, precedute dalla Presentazione e seguite dalle Conclusioni del Direttore Generale. La struttura del documento è dunque la seguente:

Presentazione del Direttore generale

1. Contesto di riferimento
2. Profilo aziendale
3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali
4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione
5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione
6. Ricerca e innovazione
7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Conclusioni del Direttore generale

Nel definire la struttura e il contenuto informativo del documento, il Gruppo di progetto ha cercato di bilanciare esigenze potenzialmente contrapposte: completezza e significatività delle informazioni ed effettiva fruibilità del documento da parte dei destinatari.

Peraltro, si sottolinea che struttura e informazioni di dettaglio, così come illustrate nelle singole sezioni, definiscono il contenuto informativo minimo e comune a tutti i bilanci delle aziende sanitarie.

Le singole Aziende apporteranno di conseguenza al documento proposto ogni integrazione ritenuta necessaria od opportuna sulla base delle specifiche condizioni che ne caratterizzano la situazione di contesto e l'azione istituzionale.

Parte I.

Il bilancio di missione per le Aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna

1. Perché un bilancio di missione per le Aziende sanitarie?

Le Aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna hanno alle spalle una ormai consolidata esperienza per quanto riguarda l'utilizzo della contabilità generale e la predisposizione del bilancio di esercizio, avendo abbandonato già dagli esercizi 1995 e 1996 la contabilità finanziaria.

A conclusione del progetto Rebisan, le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna si predispongono a sostenere la revisione contabile e la certificazione dei loro bilanci, provvedendo nel frattempo ad affinare i propri sistemi informativo-contabili: schemi contabili, principi contabili di riferimento, aspetti fiscali, e quant'altro è richiesto per l'avvio operativo di tale processo.

L'obiettivo che la Regione si è prefissa con Rebisan è quello di elevare ulteriormente i livelli di certezza, trasparenza, coerenza e omogeneità dei bilanci di esercizio aziendali, così da rafforzare la loro comparabilità, sia tra diversi bilanci della medesima Azienda, sia tra bilanci di Aziende diverse, e da favorire i processi di analisi, valutazione, verifica e consolidamento dei bilanci aziendali ai superiori livelli di governo del sistema (regionale e nazionale).

Tuttavia, la certificazione non consente di superare i limiti informativi impliciti nei bilanci di esercizio di Aziende sanitarie che, in quanto pubbliche, non perseguono obiettivi reddituali, ma devono garantire il conseguimento di obiettivi istituzionali (d'ordine meta-economico) riconducibili al soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini. Ancorché certificati, dunque, i bilanci di esercizio delle Aziende sanitarie della regione non consentono di dare una strutturata risposta ai problemi specificamente connessi con l'esigenza di illustrare adeguatamente l'azione istituzionale dell'Azienda.

Da qui, la decisione della Regione Emilia-Romagna di affiancare al bilancio di esercizio generato dalla contabilità economico-patrimoniale, che conserva il proprio compito di illustrare come l'Azienda ha saputo rapportarsi col rispetto dei vincoli economici e finanziari, un nuovo strumento - il bilancio di missione - attraverso cui illustrare l'azione istituzionale svolta dall'Azienda sanitaria, allo scopo di realizzare le condizioni necessarie a dare trasparenza all'azione istituzionale, consentendo a soggetti esterni alla gestione di poter valutare le attività delle Aziende direttamente connesse col perseguimento delle finalità istituzionali e di apprezzare i risultati attraverso di esse raggiunti.

Peraltro la predisposizione di uno strumento di rendicontazione sociale scaturisce da un processo complesso, che richiede non solo il coinvolgimento dei soggetti chiamati a elaborarlo, ma anche dei soggetti cui esso è prioritariamente rivolto.

Al riguardo, con l'avvio del progetto Bilancio di missione la Regione Emilia-Romagna ha deciso di dotare le proprie Aziende sanitarie di uno strumento finalizzato a illustrare la loro azione istituzionale per rafforzare il sistema di relazioni intercorrente fra le Aziende, la Regione e le Conferenze territoriali sociali e sanitarie, percorrendo un ulteriore

e significativo passo nel processo di riforma della *governance* del sistema sanitario regionale, nel nome della trasparenza.

Nel progetto qui presentato si assumono dunque come principali destinatari del bilancio di missione la Regione e le Conferenze territoriali sociali e sanitarie.

Tale scelta è motivata dalla peculiarità delle relazioni che intercorrono fra l'Azienda e la Regione, che conferisce il mandato, assegna le risorse e deve garantire i LEA ai cittadini, e fra l'Azienda e gli Enti locali, cui spettano funzioni di programmazione sanitaria, regionale e locale, e di verifica dei risultati di salute ottenuti dalle Aziende.

L'esigenza, già manifestata da alcune Aziende, di affiancare al tradizionale bilancio di esercizio altri strumenti riconducibili alla rendicontazione sociale, viene temperata con le esigenze regionali attraverso la messa a punto di uno schema tipo di bilancio di missione che costituirà la base informativa comune a tutte le Aziende, senza che ciò pregiudichi alla singola Azienda la possibilità di integrare il quadro informativo previsto dal modello con ogni altra informazione che essa ritenesse utile fornire. Anzi, già il quadro del modello base, emergente dagli indicatori, dai parametri e dalle altre informazioni previsti dal modello, non può essere ritenuto significativo se l'azione istituzionale dell'Azienda non verrà presentata (e letta) alla luce delle peculiarità che caratterizzano il contesto sociale, economico, demografico, ambientale, geografico in cui essa opera.

In tal modo, il livello regionale potrà disporre di informazioni tali da consentire, a fianco dei singoli documenti aziendali, la predisposizione di un bilancio di missione consolidato a livello regionale.

Utile per gli amministratori degli Enti locali sarà, inoltre, il poter disporre di informazioni volte a illustrare il contributo dato dall'Azienda sanitaria allo sviluppo (in senso lato) delle condizioni economiche e sociali del territorio di riferimento, in termini di livelli occupazionali, di indotto generato sul tessuto economico per le forniture di beni e servizi, ecc.).

2. La rendicontazione sociale

A differenza degli strumenti di rendicontazione contabile a rilevanza esterna che, oltre a essere stati da tempo vincolati al rispetto di norme di legge, derivano da un'evoluzione pluricentenaria delle tecniche contabili, gli strumenti di rendicontazione sociale si presentano a tutt'oggi come strumenti ancora giovani, variegati e multiformi, la cui predisposizione non solo non è - almeno di regola - imposta da norme di legge, ma non appare nemmeno supportata da una prassi sufficientemente diffusa, stabilizzata e condivisa.

In un contesto che può ancora definirsi sperimentale, occorre anche osservare come gli esempi di bilancio sociale/rapporto sociale/bilancio di missione fino a oggi predisposti nel nostro Paese in ambito pubblico abbiano riguardato per lo più quegli enti locali che hanno sentito il bisogno di affiancare forme di rendiconto sociale (spesso parziali, in quanto limitate a specifiche problematiche o aree tematiche) ai tradizionali strumenti contabili.

La predisposizione di un modello di bilancio di missione per le Aziende sanitarie è quindi da intendersi come fortemente innovativa.

Posto che col termine bilancio di missione oggi ci si può, di fatto, riferire a oggetti fra loro quanto mai diversi per scopo, forma e contenuto, la predisposizione di un tale strumento dipende in primo luogo dalla funzione che esso è prioritariamente chiamato a svolgere.

Come già si è sottolineato, il bilancio di missione di cui al progetto regionale è uno strumento finalizzato sia a illustrare l'azione istituzionale delle Aziende sanitarie della regione, sia a rafforzare il sistema di relazioni intercorrente fra le Aziende stesse, la Regione e le Conferenze territoriali sociali e sanitarie.

L'attribuzione di questi compiti non solo individua i principali destinatari del bilancio di missione, ma produce precise implicazioni sui nessi fra questo strumento e gli altri strumenti del più vasto sistema informativo aziendale.

Al riguardo, dando per scontate le complementarietà del documento con il bilancio di esercizio, molteplici e forti appaiono le sue connessioni con gli strumenti della pianificazione e programmazione aziendale. Infatti:

- se il bilancio di missione è lo strumento che serve per dare conto agli interlocutori istituzionali su come l'Azienda sanitaria ha saputo declinare operativamente la propria *mission*, le informazioni esposte nel bilancio di missione, circa gli esiti effettivamente conseguiti a fronte delle attività poste in essere, non possono non essere collegati con vincoli, scenari prefigurati, obiettivi stabiliti, strategie e attività istituzionali connesse, contenuti nei documenti programmatici;
- il bilancio di missione viene in tal modo a configurarsi come lo strumento attraverso il quale è periodicamente possibile verificare la graduale realizzazione degli obiettivi istituzionali dichiarati nei piani;

- di conseguenza gli indicatori accolti per la rappresentazione a consuntivo degli esiti istituzionali nell'ambito del bilancio di missione diventano elementi da assumere a preventivo nella predisposizione dei piani;
- in tale accezione, il bilancio di missione viene dunque a rivestire un ruolo assolutamente centrale nell'ambito del sistema informativo aziendale, in quanto non si configura semplicemente come un documento che si aggiunge ai tanti che già le Aziende sanitarie sono chiamate a produrre, ma aiuta a ripensare (coordinando) logiche e strumenti che attualmente supportano i processi di pianificazione, programmazione e controllo in tali Aziende, divenendo una sorta di cerniera fra il passato, il presente e il futuro della gestione aziendale.

L'appartenenza dell'Azienda a un sistema - il Servizio sanitario regionale - finalizzato al soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini, impone alle Aziende di recepire, nell'ambito dei propri processi di pianificazione e di programmazione, i vincoli assegnati dai livelli istituzionali sovraordinati.

Si viene così a configurare un processo complesso, in cui il rendiconto dell'Azienda in merito ai risultati conseguiti attraverso la sua azione istituzionale diventa strumento essenziale alla verifica, da parte della Regione, del grado di attuazione delle indicazioni dalla stessa fornite e alla re-impostazione delle ulteriori fasi della programmazione regionale, oltre che locale.

La formulazione di una proposta in tema di bilancio di missione per un'Azienda sanitaria deve dunque tenere in considerazione anche il processo di programmazione posto in essere dai soggetti con i quali l'Azienda istituzionalmente interagisce.

3. I livelli della programmazione sanitaria

Con il Piano sanitario regionale, accanto alla tradizionale programmazione dei servizi sanitari, si è avviata una politica per la salute che si realizza attraverso un processo di programmazione negoziata tra diversi soggetti istituzionali - Regione, Aziende sanitarie, Conferenze territoriali sociali e sanitarie - e con il coinvolgimento delle diverse forme di rappresentanza dei cittadini.

La programmazione negoziata, oggetto negli ultimi anni di una ricchissima produzione legislativa, da istituto di carattere settoriale, per la cura di interessi pubblici specifici, diventa strumento di programmazione di carattere generale, volto a realizzare nuove forme di *governance*, basate sulla responsabilizzazione di tutte le parti coinvolte (soggetti pubblici e privati, interni ed esterni al sistema sanitario).

Alla programmazione dei servizi sanitari viene attribuito il ruolo di sancire la compatibilità tra:

- gli obiettivi da perseguire al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza;
- le regole di funzionamento;
- le risorse da destinare al conseguimento degli obiettivi.

Nel definire organizzazione e funzionamento, attribuzioni di responsabilità e predisposizione di strumenti, le Aziende devono tenere nel dovuto conto il complesso sistema di relazioni che legano l'Azienda sanitaria ai vari livelli della programmazione e perciò:

- alla Regione, nei confronti della quale esse si configurano come enti strumentali per la realizzazione dei livelli essenziali di assistenza;
- alle politiche degli Enti locali, concorrendo alla formulazione dei Piani per la salute e alla realizzazione degli obiettivi individuati.

La legislazione regionale attribuisce in particolare alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria una funzione di programmazione e indirizzo generale, e valorizza il ruolo degli Enti locali anche a livello distrettuale, coinvolgendoli nella predisposizione, verifica e controllo dei Piani delle attività territoriali e dei piani di zona.

Intorno agli Enti locali, insieme con le Aziende sanitarie, si aggregano perciò una serie di risorse e di competenze, di istanze e di soggetti che, attraverso le proprie azioni, concorrono alla costruzione delle politiche per la salute.

4. Le scelte operate nella formulazione del progetto

4.1. Obiettivi e destinatari

Coerentemente con tutto quanto è stato fin qui premesso, il progetto regionale per la formulazione di un bilancio di missione da parte delle Aziende sanitarie ha privilegiato:

- i seguenti due ordini di obiettivi da perseguire contestualmente:
 - illustrare gli esiti dell'attività istituzionale dell'Azienda;
 - offrire informazioni utili ai soggetti cui istituzionalmente spetta un'azione di indirizzo, coordinamento, controllo;
- quali principali destinatari:
 - le Conferenze territoriali sociali e sanitarie
 - la Regione.

Le Conferenze si pongono come interlocutori naturali nei confronti dell'Azienda, in quanto garanti dei bisogni sanitari e socio-assistenziali delle comunità.

La Regione è il soggetto cui istituzionalmente fa capo la responsabilità di governo dell'intero sistema e di garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei confronti dei propri cittadini, garanzia che persegue definendo gli obiettivi di salute e assegnando le risorse finanziarie necessarie.

L'individuare nelle Conferenze e nella Regione i destinatari principali del documento non implica, peraltro, trascurare altre relazioni istituzionali di particolare rilevanza, quali quelle con i professionisti, responsabili del governo clinico aziendale, e con le formazioni sociali (organizzazioni sindacali, associazioni di volontariato, comitati misti, ecc.) in considerazione del ruolo ad esse riconosciuto a tutela dell'interesse generale. Anche di ciò si è dunque conto nella predisposizione del modello di bilancio di missione.

4.2. I principi guida seguiti nella progettazione dello strumento

Il modello di bilancio di missione progettato per le Aziende sanitarie della regione si basa sui seguenti principi di fondo:

- è concepito come un documento annuale: logicamente, temporalmente e funzionalmente coordinato col tradizionale bilancio di esercizio, del quale deve costituire il complemento in chiave di informativa istituzionale;
- deve possedere una sua fruibilità e leggibilità autonoma, nel senso che dalle informazioni in esso contenute deve essere possibile il formarsi di un giudizio sulle *performance* istituzionali conseguite anche in relazione alla situazione economico-finanziario-patrimoniale che caratterizza l'Azienda;

- è un documento aperto, tale da permettere cioè da un lato il rispetto di un predefinito vincolo informativo standard e dall'altro (essendo un documento aziendale) l'accoglimento di ogni ulteriore informazione ritenuta utile allo scopo di meglio illustrare le *performance* istituzionali dell'Azienda;
- cerca di compendiare la completezza con la selettività delle informazioni, in modo da consentire un complessivo apprezzamento dell'azione istituzionale dell'Azienda, senza però appesantimenti inutili per la pretesa di fornire informazioni di dettaglio su tutti gli aspetti istituzionali della gestione. È però previsto lo sviluppo di quelle particolari tematiche istituzionali che, rispetto a linee di indirizzo e obiettivi strategici, sono da considerarsi particolarmente critiche nei rapporti con il livello regionale e quello locale;
- deve essere un documento tecnico leggibile, nel senso che deve saper mediare la duplice esigenza di fornire informazioni rigorose sul piano tecnico, assumendo tuttavia le forme di rappresentazione più opportune, perché esse risultino il più possibile comprensibili anche a fruitori non specialisti;
- deve porsi come un ponte fra il passato, il presente e il futuro dell'Azienda, andando a ricoprire, nell'ambito del processo di pianificazione, programmazione e controllo, un ruolo di documento cerniera fra lo stato, lo stante e il divenire della gestione aziendale.

5. Note metodologiche relative al percorso di sviluppo operativo del progetto

Lo sviluppo del progetto è stato condotto attraverso due fasi. Nella prima fase, sono stati concepiti e successivamente affinati gli obiettivi del progetto, gli ambiti istituzionali di riferimento, il ruolo, i collegamenti e l'ipotesi di macrostruttura del documento, anche attraverso incontri e presentazioni che hanno visto coinvolti direttori generali, direttori amministrativi e direttori sanitari delle Aziende, rappresentanti delle conferenze territoriali sociali e sanitarie e degli enti locali, dirigenti dell'Agenzia sanitaria e della Direzione generale Sanità e Politiche sociali della Regione Emilia-Romagna.

La seconda fase ha riguardato lo sviluppo analitico del modello di bilancio di missione.

È stato costituito un Gruppo di progetto coordinato dall'Agenzia sanitaria regionale e composto da:

- Direttori generali e funzionari delle Aziende sanitarie sperimentatrici;
- da dirigenti della Direzione generale Sanità e Politiche sociali e dell'Agenzia sanitaria regionale;
- un docente di Economia aziendale dell'Università degli studi di Bologna.

Il Gruppo di progetto si è inoltre avvalso della collaborazione di dirigenti dell'Assessorato e delle Aziende, in relazione agli approfondimenti connessi a specifiche problematiche di loro competenza.

Il Gruppo di progetto ha condotto i propri lavori tenendo conto della necessità di:

- contenere i tempi di attuazione di questa fase del progetto, al fine di consentire a tutte le altre Aziende della regione la più rapida adozione dello strumento;
- censire esperienze, documenti, informazioni già esistenti e utili al soddisfacimento dei fabbisogni informativi più direttamente connessi alla realizzazione del progetto;
- raccogliere, validare e selezionare le informazioni, i dati e gli indicatori, potenzialmente utili allo sviluppo operativo del progetto, già disponibili all'interno delle Aziende sanitarie;
- ricercare e individuare altre informazioni o indicatori utili;
- predisporre uno strumento in cui fossero bilanciate le esigenze potenzialmente contrastanti della completezza e della effettiva fruibilità informativa.

Occorre sottolineare nuovamente che l'attività di sviluppo qui prefigurata riguarda il nucleo delle informazioni comuni previste nel bilancio di missione.

Le singole Aziende potranno (dovranno) integrare tale quadro informativo con le ulteriori informazioni ritenute utili (o localmente richieste) per declinare la funzione del documento nell'ambito delle specificità che caratterizzano il contesto di riferimento e il sistema di relazioni della specifica Azienda.

Parte II.

La struttura del documento

Premessa

La struttura del documento presenta un'articolazione in sette sezioni, precedute dalla Presentazione e seguite dalle Conclusioni del Direttore generale, così come di seguito indicato:

Presentazione del Direttore generale

1. Contesto di riferimento
2. Profilo aziendale
3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali
4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione
5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione
6. Ricerca e innovazione
7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Conclusioni del Direttore generale

Nel definire la struttura e il contenuto informativo del documento si è cercato di bilanciare esigenze potenzialmente contrapposte: completezza e significatività delle informazioni ed effettiva fruibilità del documento da parte dei destinatari.

Struttura e informazioni di dettaglio, così come illustrate nelle singole sezioni, definiscono il contenuto informativo minimo e comune a tutti i bilanci delle Aziende USL.

Le singole Aziende apporteranno di conseguenza al documento ogni integrazione ritenuta necessaria od opportuna sulla base delle specifiche condizioni che ne caratterizzano la situazione di contesto e l'azione istituzionale.

Presentazione del Direttore generale

La struttura del documento prevede la predisposizione di una presentazione del bilancio di missione da parte del Direttore generale dell'Azienda sanitaria.

Quella in oggetto non è quindi una prima sezione del documento, bensì un'introduzione alla lettura del bilancio di missione stesso, nella quale l'organo a cui competono al più alto livello i poteri e le responsabilità della gestione aziendale illustra in via prolusiva le circostanze ritenute necessarie ai destinatari per poter fruire pienamente delle informazioni contenute nel documento.

Considerando la natura di documento aperto dello strumento, in essa devono essere opportunamente evidenziate le specificità del bilancio di missione adottato dall'Azienda, sia rispetto alle integrazioni informative apportate al quadro informativo minimo richiesto dal modello illustrato in questo documento, sia rispetto alle decisioni assunte nel declinare a livello aziendale gli approfondimenti specifici connessi con il perseguimento di obiettivi di particolare rilevanza istituzionale, previsti dalla settima e ultima sezione del modello di bilancio di missione qui proposto.

Tutto ciò premesso, e quindi ferma restando ovviamente la possibilità di fornire ogni altra indicazione e informazione ritenuta utile, nella Presentazione del Direttore generale dovranno comunque essere:

- richiamate le finalità perseguite attraverso la predisposizione del documento;
- indicati i soggetti ai quali esso si rivolge in via prioritaria;
- evidenziate e motivate le principali integrazioni apportate al modello di bilancio di missione adottato dall'Azienda rispetto al modello standard di riferimento regionale;
- illustrati gli aspetti connessi con gli eventi a più forte impatto sul sistema delle relazioni fra l'Azienda e i suoi interlocutori istituzionali intervenuti nel periodo;
- evidenziate e motivate le principali differenze, in termini di contenuti e approfondimenti informativi, rispetto al documento relativo all'anno precedente.

1. Contesto di riferimento

1.1. Contesto di riferimento

Il contesto di riferimento costituisce lo sfondo sul quale l'Azienda agisce. È scomposto in sette ambiti di illustrazione, ognuno dei quali è volto a cogliere caratteristiche e aspetti del territorio di afferenza aziendale che incidono sulle scelte programmatiche, influenzano l'andamento dei consumi dei servizi, condizionano il perseguimento degli obiettivi.

1.1.1. Territorio

In relazione al territorio sono stati ritenuti rilevanti due fattori:

- la distribuzione territoriale della popolazione residente. Le informazioni dovrebbero essere riferite sia all'ambito territoriale aziendale, sia a quello distrettuale, per cogliere differenze che possono influire sul diverso assorbimento di risorse;
- le caratteristiche e la collocazione geografica del territorio. L'obiettivo informativo è quello di illustrare ubicazione, viabilità, caratteristiche del territorio che influenzino flussi di mobilità sanitaria da e verso i territori confinanti.

1.1.2. Ambiente

La salubrità (o l'insalubrità) dell'ambiente è certamente un fattore determinante per le condizioni di salute della popolazione. Poiché è oggi riconosciuta l'associazione che lega il livello di inquinamento atmosferico con numerose patologie dagli effetti acuti e cronici, è stato selezionato uno degli indicatori di monitoraggio (percentuale di giornate su base annua in cui la concentrazione di PM₁₀ rimane entro i parametri predefiniti) della qualità dell'aria.

L'obiettivo informativo specifico è quello di monitorare l'andamento di una delle forme di inquinamento ritenute più pericolose per la salute della popolazione residente nelle maggiori concentrazioni urbane (centri abitati con più di 50.000 abitanti).

1.1.3. Popolazione

Le caratteristiche demografiche della popolazione residente e dei nuclei familiari, unitamente alle condizioni socio-economiche di cui al successivo punto, incidono sui fabbisogni presenti e prospettici da soddisfare, sulla connessa domanda di servizi che l'Azienda deve/dovrà fronteggiare, sulla definizione degli obiettivi aziendali e perciò sui connessi processi di pianificazione e programmazione dell'attività. La popolazione viene rappresentata nei principali aspetti che ne delineano la struttura:

- evoluzione,
- indice di invecchiamento,
- incidenza delle famiglie unipersonali,
- presenza di cittadini stranieri,

- speranza di vita,
- tasso di natalità, ecc.

Tali aspetti sono colti attraverso l'ultimo dato disponibile, o attraverso una serie storica di dati precedenti, in modo da delinearne le possibili tendenze. Ove possibile, le informazioni sono disaggregate anche su base distrettuale.

1.1.4. Condizioni socio-economiche

Livello di istruzione, capacità di reddito e di spesa, caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro, sono i determinanti selezionati per descrivere le condizioni socio-economiche della popolazione. Sono fattori ritenuti rilevanti per l'impatto ad essi attribuito sullo stato di benessere e sui comportamenti individuali. Si è infatti implicitamente accolta l'esistenza di una correlazione fra grado di istruzione e condizioni economiche da una lato, e uso appropriato dei servizi sanitari dall'altro.

Del tessuto produttivo del territorio di riferimento aziendale si rilevano la distribuzione delle attività economiche e i tassi di attività e di occupazione, ma anche la presenza di particolari tipologie di contratto di lavoro (atipici e interinali) o di lavoratori (stranieri). Ove possibile, i dati sono disaggregati su base distrettuale.

1.1.5. Osservazioni epidemiologiche

Il quadro epidemiologico di un territorio - ossia lo studio della frequenza, della distribuzione e dei determinanti di salute e malattia nella popolazione residente - costituisce un punto di riferimento per l'Azienda sanitaria che su quel territorio è chiamata a mantenere e migliorare lo stato di salute dei cittadini.

Secondo l'accezione più tradizionale e più ristretta di epidemiologia, il documento riporta le variabili che esplicitano in modo diretto lo stato di salute della popolazione, in particolare rispetto agli ambiti della mortalità (principali cause di morte) e della morbosità (patologie e malattie più diffuse). Sono quindi le informazioni che più direttamente attengono alla definizione delle priorità aziendali attraverso l'identificazione dei bisogni assistenziali e la relativa formulazione di interventi efficaci e appropriati: di fatto le informazioni che stanno al centro della programmazione aziendale.

1.1.6. Stili di vita

Comportamenti e abitudini personali (gli stili di vita) incidono in misura rilevante sulle condizioni di salute della popolazione. Ad essi è infatti ascrivibile il sorgere di patologie che generalmente si manifestano con più frequenza all'aumentare del tenore di vita della popolazione (le cosiddette patologie da benessere) e che sono legate ad aspetti quali alimentazione (e, più nello specifico, obesità nell'infanzia), fumo, alcool e attività fisica.

A fronte di un'attenzione crescente rispetto a queste tematiche, non sono attualmente disponibili, se non come esperienze sporadiche, sistemi di rilevazione aziendali e conseguenti flussi informativi regionali. Si è conseguentemente deciso di prevedere un

unico indicatore standard - quello dell'obesità nell'infanzia - e di rimettere alle singole Aziende la presentazione di altre informazioni utili a descrivere gli stili di vita della popolazione residente.

1.1.7. Sicurezza

La sicurezza, nell'accezione assunta in questa sede, comprende situazioni anche molto diverse fra loro, il cui denominatore comune è rappresentato dal verificarsi di infortuni, qui classificati in incidenti stradali, infortuni sul lavoro e infortuni domestici.

In relazione agli infortuni stradali, le informazioni selezionate sono l'indice di incidenza, il numero totale degli incidenti e il numero degli incidenti mortali, il numero di morti e di feriti. In relazione agli infortuni sul lavoro, l'indicatore selezionato è l'indice di incidenza degli infortuni sul lavoro riconosciuti dall'INAIL. In relazione agli infortuni domestici, occorrerà attivare procedure per la raccolta e l'elaborazione dei dati da parte delle Aziende.¹

1.2. Tavola di sviluppo²

Ambito	Informazione	Indicatore
1.1. Territorio	Distribuzione territoriale della popolazione residente	• distribuzione della popolazione per zone altimetriche a livello aziendale e distrettuale • densità per kmq a livello: - aziendale (con indicazione dei Distretti con densità massima e minima) - distrettuale (con indicazione dei Comuni con densità massima e minima)
	Collocazione geografica	• regioni e province confinanti con rispettivi capoluoghi*
1.2. Ambiente	Inquinamento atmosferico	• % giornate/anno con concentrazione di PM₁₀ entro la norma nei centri urbani
1.3. Popolazione	Struttura demografica della popolazione residente	• variazione assoluta e percentuale della popolazione • indice di invecchiamento • percentuale di anziani e grandi anziani • famiglie unipersonali • presenza di stranieri • speranza di vita alla nascita • speranza di vita a 65 anni • natalità

¹ Allo stato attuale è in corso una sperimentazione presso l'Azienda USL di Forlì.

² Per la predisposizione degli indicatori selezionati si vedano le note tecniche (*Allegati*).

Tavola di sviluppo (continua)

1.4. Condizioni socio-economiche	Livello di istruzione	• indice di scolarizzazione
	Caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro	• tasso di attività • tasso di occupazione • tasso di disoccupazione • distribuzione attività economiche per settore • lavoratori con contratto interinale • lavoratori stranieri per settore di attività
	Tenore di vita	• reddito medio <i>pro capite</i> • consumo medio <i>pro capite</i>
1.5. Osservazioni epidemiologiche	Mortalità	• tasso standardizzato di mortalità - per tumori: totale, alla mammella, al collo dell'utero, al colon retto - per traumatismi e avvelenamenti - per malattie: del sistema circolatorio, dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente • anni medi di vita potenziali persi • mortalità evitabile • cause di morte specifiche a rilevanza aziendale
	Morbosità	• patologie croniche • malattie infettive: tubercolosi, AIDS • altre patologie significative a livello aziendale
1.6. Stili di vita	Principali comportamenti della popolazione influenti sullo stato di salute	• obesità nell'infanzia • altri comportamenti rilevanti (ad es. alimentazione, attività fisica, fumo, alcool)
1.7. Sicurezza	Infortuni stradali	• rapporto di mortalità, lesività, pericolosità • numero di incidenti totale, di morti e feriti
	Infortuni sul lavoro	• tasso grezzo degli infortuni indennizzati dall'INAIL • tasso standardizzato degli infortuni indennizzati dall'INAIL
	Infortuni domestici	• dato provvisorio **

Legenda

* Arricchita da una breve nota sulle principali vie di comunicazione (ferrovie, autostrade, strade statali) che collegano il territorio di riferimento ai poli di attrazione regionali ed extraregionali.

** È attualmente in corso un'interessante sperimentazione a Forlì, ma per il momento questi sono i soli dati affidabili.

2. Profilo aziendale

2.1. Profilo aziendale

Questa sezione del documento è volta a tratteggiare alcuni caratteri e specificità che contraddistinguono l'Azienda nel sistema regionale. L'obiettivo informativo specifico è quello di fornire una sorta di carta d'identità dell'Azienda, che consenta di delinearne alcuni tratti morfologici con elementi utili alla conoscenza e interpretazione della specifica situazione aziendale.

A tal riguardo, ove possibile, le informazioni e gli indicatori selezionati dovranno essere esposti anche attraverso serie storiche, che facilitino una lettura del profilo in chiave dinamico-evolutiva, così da risultare propedeutici all'esame delle informazioni esposte nelle successive sezioni - e in particolare nella terza - in relazione agli obiettivi più significativi che l'Azienda si è data, alle strategie che ha deciso di adottare e agli esiti attesi dal perseguimento degli stessi, in relazione alle finalità che il sistema pone in capo ad essa.

In altri termini, la sezione qui presentata offre una serie di informazioni sul passato e sul presente dell'Azienda e tali informazioni sintetizzano l'effetto indotto da decisioni pregresse su alcuni aspetti ritenuti particolarmente rilevanti non solo per valutare lo stato dell'Azienda, ma anche per cogliere le tendenze evolutive in atto e per leggere e apprezzare le informazioni contenute nella terza sezione in relazione alle scelte strategiche che stanno incidendo/incideranno sul divenire dell'Azienda stessa.

A tale scopo sono stati selezionati tre aspetti, rispettivamente in relazione a:

- sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale;
- impatto sul contesto territoriale;
- livelli essenziali di assistenza.

In tal modo si è cercato di tratteggiare il profilo dell'Azienda essenzialmente in relazione a due dimensioni che vincolano/caratterizzano l'azione aziendale nel perseguimento dei propri obiettivi, cercando di offrire una rappresentazione dell'Azienda contestualmente sotto l'ottica economico-finanziaria e sotto quella dell'attività istituzionale, considerando (in questa accezione) le informazioni relative all'impatto sul contesto territoriale come una sorta di corollario a più forte valenza economica.

Ciascuno degli aspetti selezionati viene esplorato attraverso una scomposizione volta a enfatizzare lineamenti specifici, ritenuti di particolare rilievo informativo.

2.1.1. *Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale*

Il compito di illustrare ufficialmente gli effetti economici e patrimoniali indotti dallo svolgersi dell'azione istituzionale dell'Azienda nel perseguimento delle proprie finalità spetta al bilancio di esercizio. Tuttavia l'esigenza di tratteggiare il profilo aziendale nell'ambito del bilancio di missione non può prescindere dal proporre una selezione di dati

e indicatori atti a delineare come l'Azienda si stia rapportando ai vincoli di sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale posti al suo agire istituzionale, così da permettere una lettura integrata e una valutazione più consapevole delle altre informazioni contenute nel documento. A tale proposito il bilancio di missione consente la fruizione di gradi di libertà più ampi rispetto a quelli che discendono dal quadro normativo che disciplina la redazione del bilancio di esercizio.

Tenendo dunque conto che da un lato esiste già uno specifico documento - il bilancio di esercizio - preposto a fornire tutte le informazioni ritenute necessarie per soddisfare le esigenze conoscitive connesse con la situazione economica e patrimoniale delle Aziende, ma anche che, dall'altro, le informazioni in esso contenute non sempre esprimono con piena efficacia determinati aspetti rilevanti, si è ritenuto opportuno proporre dati, indicatori e informazioni che solo in minima parte si prefigurano come mere reiterazioni di ciò che è già esposto nel bilancio di esercizio.

Sono quindi in larga parte proposti indicatori, indici e prospetti che, attraverso rielaborazioni dei dati ufficiali ottenute utilizzando strumenti mutuati dalle tecniche di analisi del bilancio, dovrebbero essere più efficacemente in grado di esprimere le dinamiche economiche e finanziarie in atto, oltre che l'impatto di queste sulla struttura patrimoniale dell'Azienda. In particolare:

- la sostenibilità economica viene in larga parte rappresentata attraverso indici volti a:
 - apprezzare le cause gestionali che hanno portato a un dato risultato economico di periodo;
 - valutare il grado di incidenza dei costi connessi con l'utilizzo dei principali fattori produttivi sulle risorse che l'Azienda è stata in grado di trattenere/acquisire per alimentare i propri processi produttivi;
 - investigare la composizione dei costi caratteristici aziendali.
- la sostenibilità finanziaria viene invece indagata attraverso:
 - una rappresentazione opportunamente condensata delle entrate e delle uscite di mezzi monetari intervenuti nel periodo;
 - indici atti a esprimere la durata media (tempi medi di pagamento) dei debiti verso i fornitori.
- la sostenibilità patrimoniale viene infine indagata attraverso:
 - una rappresentazione grafica dello stato patrimoniale, idonea a evidenziare la struttura degli investimenti e dei finanziamenti aziendali, nonché alcune relazioni fra questi intercorrenti;
 - indici e valori volti a informare sulle dinamiche di investimento in atto, con particolare riferimento ai tassi di rinnovamento degli investimenti e al grado di obsolescenza degli stessi.

2.1.2. *Impatto sul contesto territoriale*

Nello svolgimento delle proprie attività le Aziende sanitarie producono un impatto sul territorio di riferimento che travalica quello direttamente connesso con il perseguimento della *mission* istituzionale.

A questo riguardo, si è cercato di esplorare alcuni aspetti ritenuti di particolare rilievo ai fini esterni e precisamente:

- impatto economico;
- impatto sociale;
- impatto culturale.

È indubbio che l'attività delle Aziende sanitarie produca effetti economici assai rilevanti sul territorio su cui esse insistono. Infatti esse risultano spesso fra le maggiori aziende presenti in ambito provinciale, e comunque non sono mai attori marginali in relazione al numero di soggetti direttamente occupati e all'effetto di volano economico e occupazionale indotto sul complessivo tessuto economico attraverso i rapporti di fornitura. Questo aspetto viene quindi espresso attraverso alcune informazioni volte a delineare il contributo che l'Azienda sanitaria offre all'economia del territorio in termini occupazionali e di risorse economico-finanziarie erogate.

È apparso inoltre interessante cercare di cogliere il riconoscimento della funzione sociale svolta dall'Azienda sanitaria attraverso i segnali di ritorno trasmessi dalla comunità che vive sul territorio di riferimento dell'Azienda e che con essa interagisce. A fronte della difficoltà oggettiva di misurare tale fenomeno, è sembrato ragionevole ipotizzare l'esistenza di una relazione fra il riconoscimento della funzione sociale svolta e l'ammontare di donazioni, lasciti e contributi ricevuti dall'Azienda stessa su iniziativa di cittadini, fondazioni di origine bancaria e altri soggetti, oltre alla ricca rete di volontariato e partecipazione sociale che in ogni territorio si mobilita intorno ai servizi sanitari.

Le Aziende sanitarie sono poi quasi tutte proprietarie di importanti opere d'arte. I problemi connessi allo studio, al restauro e alla tutela di tali beni sono da alcuni anni oggetto di interventi che - attraverso diverse forme di collaborazione con Regione, Province, Comuni, Soprintendenze per i beni artistici e storici, Istituto regionale per i beni culturali - delineano spesso ambiziose strategie di conservazione e valorizzazione.

Pur non essendo riconducibili al perseguimento in senso stretto delle finalità istituzionali, le attività che le Aziende svolgono in tale campo rivestono un'importante ruolo sociale. Sono richieste al riguardo specifiche informazioni volte a illustrare gli interventi realizzati e le iniziative promosse dall'Azienda - sia direttamente che in collaborazione con altri soggetti - per la conservazione, fruizione, valorizzazione del proprio patrimonio storico, artistico e culturale.

2.1.3. Livelli essenziali di assistenza

Con l'individuazione dei livelli essenziali di assistenza, la legislazione nazionale e regionale si è proposta di definire operativamente il contenuto dell'assistenza posta a carico dello Stato da garantire uniformemente su tutto il territorio. I LEA connotano di fatto il diritto esigibile da parte del cittadino nei confronti del Sistema sanitario nazionale.

In linea con l'evoluzione del Servizio sanitario regionale, la LR 29/2004 valorizza l'autonomia delle Aziende nel definire i propri assetti organizzativi interni e rafforza al contempo la loro integrazione nel sistema regionale. In particolare, in esso si riafferma che:

- alla Regione spetta garantire i LEA, i quali sono assicurati tramite le Aziende sanitarie;
- è dovere di ciascuna Azienda e del Servizio sanitario regionale nel suo complesso offrire prestazioni e servizi di elevata qualità tecnica, professionale e relazionale. L'obbligo di qualità si esprime - a livello di sistema - con l'accreditamento e gli accordi di fornitura e - a livello aziendale - con il governo clinico;
- l'azione delle Aziende sanitarie deve improntarsi all'obbligo di trasparenza e di partecipazione, secondo quanto previsto dalla Carta dei servizi e dall'Atto aziendale, per favorire la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali dei cittadini, degli utenti e delle loro organizzazioni.

Contestualmente alle informazioni di natura economica-finanziaria-patrimoniale tese a esprimere la sostenibilità nel tempo dell'azione istituzionale, in questa parte del documento si intende cogliere il profilo dell'Azienda in relazione alle tre aree di offerta in cui si declina il contenuto assistenziale del Servizio sanitario nazionale, dando conto della quantità di risorse più specificamente assorbite dall'erogazione di prestazioni e servizi per ognuno dei tre macrolivelli assistenziali:

- assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera.

Per ognuna delle tre aree, le informazioni riguardano, inoltre:

- mappatura delle strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sui territori aziendali e distrettuali;
- *trend* di spesa per cittadino assistito a confronto con il valore medio regionale;
- struttura e caratteristiche dell'offerta;
- livelli di copertura della popolazione *target*;
- indici di attrazione;
- indici di consumo e di attività.

Infine, alcuni indicatori (di processo e di risultato) tentano di cogliere, seppure in modo molto parziale e ancora insufficiente, alcuni aspetti della qualità dell'assistenza. Essi costituiscono un primo limitato *set* di informazioni che potrà arricchirsi nel tempo con altri indicatori in grado di descrivere gli effetti delle politiche aziendali per la qualità, in relazione al diffondersi di pratiche condivise di *audit* clinico e di monitoraggio.

Gli indicatori selezionati costituiscono il contenuto stabilizzato (in grado di descrivere un tratto del profilo aziendale seguendo la sua evoluzione negli anni) rispetto a un tema (quello dell'obbligo di qualità) che per rilevanza deve caratterizzare più complessivamente il governo aziendale. Come tale, esso viene ripreso nelle altre sezioni del documento, al fine di cogliere percorsi, modalità, strumenti, azioni messi in atto dalle Aziende per rispondere a questo delicato aspetto del mandato istituzionale.

2.2. Tavole di sviluppo³

2.2.1. *Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale*

Sostenibilità	Informazione	Indicatore
Economica	Rispetto del vincolo di bilancio assegnato dalla programmazione regionale	Risultato netto dell'esercizio
	Contributo della gestione caratteristica e della gestione non caratteristica nella formazione del risultato netto	Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto
	Apporto della gestione aziendale alla <i>performance</i> complessiva di sistema	Risultati netti d'esercizio dell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento / risultati complessivi regionali
	<i>Trend</i> della <i>performance</i> della gestione caratteristica dell'Azienda, a confronto con il <i>trend</i> regionale	Risultati della gestione caratteristica (ROC) dell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento / ricavi disponibili, a confronto con i medesimi indicatori di livello regionale
	Assorbimento di risorse per aggregazione di fattori direttamente impiegati nel processo di produzione aziendale, nell'ultimo triennio e rispetto ai corrispondenti valori medi regionali	Principali aggregati di fattori produttivi / ricavi disponibili dell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento, a confronto con regione
	Struttura dei costi aziendali	Composizione percentuale dei costi d'esercizio annuali
	Grado di attrazione delle strutture aziendali	Mobilità attiva / mobilità passiva

³ Per la predisposizione degli indicatori selezionati si vedano le note tecniche (*Allegati*).

Tavola di sviluppo 2.2.1. (continua)

Finanziaria	Dinamica dei flussi monetari - modalità di finanziamento e tipologia di impiego delle fonti finanziarie - relativi all'esercizio	Rendiconto finanziario di liquidità (Fonti - impieghi condensato)
	Durata media dell'esposizione verso fornitori	Debiti medi per forniture in conto esercizio / (costi per beni e servizi / 360)
Patrimoniale	Riclassificazione delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale sulla base della scansione temporale dei realizzi/rimborsi delle operazioni di investimento/ finanziamento	Rappresentazione grafica dello stato patrimoniale riclassificato in chiave finanziaria
	Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici	Contributi in conto capitale / investimenti in immobilizzazioni materiali nette
	Rappresentazione dei nuovi investimenti effettuati nell'esercizio nel loro ammontare complessivo e per singola tipologia	Valore assoluto nuovi investimenti Investimenti effettuati per: immobilizzazioni immateriali fabbricati indisponibili impianti e macchinari attrezzature sanitarie mobili e arredi mobili e arredi di valore artistico beni strumentali diversi immobilizzazioni materiali in corso e acconti
	Grado di rinnovo del patrimonio aziendale	Nuovi investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali / totale investimenti lordi
	Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale	Valore residuo beni durevoli / totale investimenti lordi beni durevoli

2.2.2. *Impatto sul contesto territoriale*

Impatto	Informazione	Indicatore
Economico	Contributo dell'Azienda all'economia del territorio	• Numero dipendenti totale e suddiviso per ruolo • Numero MMG, pediatri di libera scelta e medici ambulatoriali • Numero dipendenti/totale occupati nell'ambito territoriale • Numero dipendenti dell'Azienda residenti nell'ambito territoriale • Volume emolumenti erogati per personale dipendente e convenzionato • Volume beni e servizi acquistati da aziende dell'ambito territoriale e della regione
Sociale	Riconoscimento da parte della comunità della funzione sociale dell'Azienda	• Lasciti e donazioni ricevuti da cittadini (numero e importo totale) • Donazioni e contributi da Fondazioni di origine bancaria e da altri soggetti (numero e importo totale)
Culturale	Contributo dell'Azienda allo sviluppo di più ampie politiche di valorizzazione del patrimonio storico, artistico, culturale presente sul territorio	• Interventi effettuati sul patrimonio aziendale artistico e culturale: immobiliare, mobiliare, librario, archivistico • Iniziative pubbliche effettuate (mostre, cataloghi, ecc.) • Collaborazioni con altri Enti per la valorizzazione del patrimonio

2.2.3. Livelli essenziali di assistenza

LEA	Informazione	Indicatore
Costi	Risorse finanziarie impiegate per l'erogazione di servizi e prestazioni (LEA)	- Costo <i>pro capite</i> ponderato a confronto con quello medio regionale - Finanziamento <i>pro capite</i> ponderato per i cittadini residenti a confronto con quello <i>pro capite</i> regionale - Costo <i>pro capite</i> ponderato per livello di assistenza a confronto con quello <i>pro capite</i> medio regionale
Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	Sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero e della mammella	% di adesione nell'anno allo <i>screening</i> per la prevenzione dei tumori (collo dell'utero e mammella)
	Copertura vaccinale nei bambini	Tasso di copertura per 100 bambini per le vaccinazioni contro alcune malattie (meningite da emofilo, poliomelite, morbillo, pertosse)
	Copertura vaccinazione nella popolazione anziana	Tasso di copertura per vaccinazione antinfluenzale per 100 abitanti di età oltre i 65 anni (%)
	Controlli sugli ambienti di lavoro	% di aziende con infrazioni
	Controllo sugli allevamenti e sulle industrie alimentari	% aziende controllate % aziende con infrazioni % sopralluoghi per allevamento
Assistenza distrettuale	Assetto organizzativo	- Mappa delle strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sui territori distrettuali: - Servizi territoriali (Consultori, Nuclei di cure primarie, poliambulatori, centri di prenotazione, Sportello unico, Centri di salute mentale, ecc.) - Residenze sanitarie e socio-sanitarie
	Assistenza residenziale e semiresidenziale (per anziani, handicap, psichiatria, dipendenze patologiche)	n. posti letto per 1.000 abitanti (per gli anziani PL su 100 abitanti di età ≥ 75)
	La rete delle cure palliative: ADI e <i>hospice</i>	% pazienti assistiti per età / totale assistiti a domicilio % di TAD per livello di intensità assistenziale % di TAD per tipologia di assistenza n. posti letto n. pazienti dimessi - degenza media

(continua)

Il bilancio di missione
Parte II

	Consultori familiari	• % donne seguite in gravidanza n. utenti su popolazione target Distribuzione % dell'attività
	Salute mentale	• Dimissioni/10.000 ab. • n. TSO • Persone trattate /10.000
	Assistenza farmaceutica	• Composizione spesa farmaceutica distinta per quota distribuita tramite farmacie convenzionate e per quota a distribuzione diretta • Consumo <i>pro capite</i> di alcune categorie terapeutiche di farmaci a confronto con la <i>best practice</i> regionale
	Assistenza specialistica ambulatoriale	• Indice di consumo standardizzato per età specifico per raggruppamenti • Tempi d'attesa osservati per visite e diagnostica
Assistenza ospedaliera	Struttura dell'offerta: presidi pubblici e privati accreditati	• PL/1000 abitanti per acuti (ordinario e DH) • PL/1000 abitanti per l'ingodegenza e riabilitazione • Mappa regionale dei centri HUB
	Grado di attrazione delle strutture aziendali	• Indice di attrazione da altre regioni e da altre aziende della regione
	Assistenza ospedaliera	• <i>Trend</i> del tasso standardizzato di ospedalizzazione per ricovero ordinario, DH medico e DH chirurgico • Liste d'attesa per ricoveri programmati secondo l'accordo Stato-Regioni (cataratta, chemioterapia, coronarografia, neoplasia colon retto-mammella-polmone, protesi d'anca) • Piano sangue: raccolta e consumi
Qualità dell'assistenza	Alcuni indicatori di processo e di risultato	• Basso peso alla nascita • Ricoveri per polmoniti e influenza negli anziani • Diabete, complicazioni a breve e a lungo termine • Parti con taglio cesareo • Mortalità intraospedaliera a seguito di alcuni interventi chirurgici in elezione e a basso rischio • Mortalità per infarto miocardico acuto • Tasso di ospedalizzazioni evitabile (diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, asma, patologia respiratoria ostruttiva)

3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

3.1. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Come si è detto nella parte introduttiva, il bilancio di missione si configura come il documento strutturato attraverso il quale l'Azienda sanitaria rende conto del perseguimento degli obiettivi di salute ad essa assegnati dalla Regione e dalle Conferenze territoriali sociali e sanitarie.

Questa terza sezione del bilancio, finalizzata a esplicitare i principali obiettivi attraverso i quali l'Azienda interpreta i suoi doveri istituzionali e concorre al perseguimento delle finalità del SSR, si può dire costituisca il cuore del documento. Qui dovrebbe essere colta la capacità dell'Azienda a realizzare a livello individuale eguaglianze di opportunità e a contribuire a livello collettivo alla creazione di capitale sociale, coesione sociale, sviluppo dell'identità di una comunità.

I contenuti informativi di questa parte del documento devono essere coerenti e coordinati con quanto previsto dagli strumenti di pianificazione e programmazione aziendale e devono permettere di cogliere decisioni e percorsi, assetti organizzativi e modalità di funzionamento, attraverso i quali l'Azienda corrisponde ai suoi obblighi verso il cittadino e verso il sistema, in relazione a:

- trasparenza e partecipazione, per favorire la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali dei cittadini, degli utenti e delle loro organizzazioni;
- partecipazione degli Enti locali, alla programmazione delle attività e alla verifica dei risultati di salute, secondo il ruolo ad essi assegnato nell'ordinamento regionale di attuazione del Titolo V della Costituzione;
- universalità ed equità di accesso, in relazione a quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza e alla portabilità dei diritti;
- qualità ed efficienza, come dovere di ciascuna Azienda e del Sistema sanitario regionale nel suo complesso di offrire prestazioni e servizi di elevata qualità tecnica, professionale e relazionale, nel rispetto dell'utilizzo razionale delle risorse.

I contenuti informativi di questa sezione vengono completati dallo sviluppo delle altre tre sezioni del documento relative rispettivamente alle Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione, al Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione, e alla Ricerca e innovazione, argomenti che per la rilevanza rivestita vengono trattati in specifiche sezioni pur essendo elementi intrinsecamente correlati alle materie trattate in questa parte del documento.

In questa sede, le informazioni sono dunque organizzate nelle già rilevate quattro aree, che configurano il modo di essere e di operare della Aziende. In relazione ad esse, in particolare si osserva quanto segue.

- Centralità del cittadino.

L'ordinamento regionale riconosce in capo al cittadino - in quanto titolare del diritto alla salute - un ruolo attivo di partecipazione alla definizione delle prestazioni, dell'organizzazione dei servizi e della loro valutazione. A tal fine, l'organizzazione del Sistema sanitario regionale è chiamata a garantire la trasparenza nei confronti dei cittadini, degli utenti e delle loro rappresentanze organizzate.

- Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria.

Nell'ambito dell'organizzazione del Servizio sanitario regionale, gli Enti locali sono chiamati a esercitare un ruolo peculiare nella programmazione e nella verifica dei risultati di salute ottenuti dalle Aziende sanitarie. La già citata LR 29/2004 definisce un nuovo e più ampio ruolo degli Enti locali nelle relazioni con la Regione e con le Aziende sanitarie, per quanto riguarda:

- poteri in materia di nomina;
- verifica e revoca del Direttore generale delle Aziende;
- partecipazione alla definizione dei piani attuativi locali;
- sviluppo di strategie e interventi volti alla promozione della salute e alla prevenzione;
- partecipazione dei Consigli comunali e provinciali alle più significative attività della Conferenza territoriale sociale e sanitaria (prevista dalla LR 2/2003);
- competenze della Conferenza e del Comitato di Distretto nell'individuazione dei distretti, localizzazione delle strutture, programmazione delle attività.

La Legge regionale prevede inoltre che il Comitato di Distretto disciplini le forme di partecipazione e di consultazione delle assemblee elettive e della popolazione riguardo alla definizione del più significativo atto di programmazione del Distretto, il Piano delle attività distrettuali.

Allo scopo di potenziare i propri poteri di indirizzo e di controllo nei confronti dell'Azienda, la Conferenza può istituire un'apposita struttura tecnica di supporto alla sua attività, utilizzando risorse dell'Azienda. Più in generale, la legislazione regionale prevede il concorso degli Enti locali alla definizione di politiche integrate tra i diversi settori della vita sociale e in particolare in materia di politiche sociali, sanitarie, educative e formative, oltre che del lavoro, culturali, urbanistiche e abitative.

Attraverso la sperimentazione dei Piani per la salute si è inteso adottare la partecipazione come pratica per la valutazione dei bisogni di salute della popolazione locale, e per l'attivazione di politiche concertate, volte a promuovere lo stato di benessere fisico, psichico e sociale della persona e della comunità, attraverso il coinvolgimento di più settori dentro un'istituzione e più istituzioni/soggetti nell'ambito dello stesso territorio. In base all'art. 3, comma 3 della LR 2/2003, i Comuni - attraverso il Piano di zona - sono chiamati a esercitare le funzioni di programmazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, in coerenza con il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali e in raccordo con la programmazione sanitaria.

- Universalità ed equità di accesso.
Si intende qui conoscere con quali modalità le Aziende si apprestano a rimuovere eventuali ostacoli alla piena esigibilità dei diritti garantiti dai livelli essenziali di assistenza, declinati secondo i principi generali del SSN e gli indirizzi organizzativi specifici del SSR.
- Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale.
Si colgono tre differenti e complementari aspetti dell'azione istituzionale per la qualità, relativi rispettivamente alle caratteristiche delle prestazioni e dell'organizzazione (la qualità è declinata nei suoi diversi aspetti di accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, efficienza, efficacia, sicurezza), delle garanzie (aderenza a requisiti predefiniti), e dell'attenzione alla soddisfazione del cittadino-utente (continuità delle cure, rilevazione/miglioramento della soddisfazione del paziente).

Per ognuna delle quattro aree sopra indicate, l'Azienda dovrebbe descrivere i macro-obiettivi che, in coerenza con la pianificazione regionale e gli indirizzi territoriali, essa è impegnata a conseguire. Dovrebbe inoltre illustrare le strategie attraverso cui essa ha inteso operare e formulare una valutazione di quanto ha realizzato, indicando il percorso compiuto e il grado di applicazione operativa, nonché i risultati conseguiti come base sulla quale innestare le linee di miglioramento o ulteriore sviluppo.

Degli obiettivi indicati, dovrà contemporaneamente essere messo in evidenza il contenuto sotto il profilo del prevalente orientamento all'innovatività, rafforzamento di azioni intraprese o finalizzazione al perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario, secondo la seguente classificazione:

- obiettivi di sviluppo, quando riguardino l'introduzione di innovazioni tecnologiche, cliniche e organizzative, sia in applicazione dei programmi regionali, sia come attivazione di programmi di innovazione (tecnologica e organizzativa) e di formazione aziendali;
- obiettivi di miglioramento, quando riguardino indicazioni volte a completare e affinare processi già avviati, sia in relazione alle forme dell'organizzazione, sia per quanto attiene agli strumenti del governo clinico-assistenziale e di sviluppo della qualità dei servizi;
- obiettivi di sostenibilità, se tesi prioritariamente al rispetto del vincolo di bilancio, ad assicurare cioè la compatibilità tra mantenimento e sviluppo dei livelli assistenziali alla popolazione di riferimento e risorse complessivamente rese disponibili dalla collettività.

Concettualmente, quindi, questa parte del documento sarà organizzata secondo una logica sintetizzata dal seguente schema.

Schema di riferimento per lo sviluppo della Sezione 3

Obiettivi di:	Centralità del cittadino	Partecipazione Enti locali alla programmazione sanitaria	Universalità ed equità di accesso	Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale
sviluppo				
miglioramento				
sostenibilità				

3.2. Note indicative per lo sviluppo

Il contenuto informativo di questa sezione è rappresentato, con gli adattamenti necessari per cogliere le specificità delle singole aree di interesse, da:

- descrizione degli obiettivi più significativi che l'Azienda ha formulato nei propri strumenti di pianificazione e programmazione, corredata dalla indicazione degli eventuali vincoli normativi e di indirizzi programmatici, regionali e locali;
- illustrazione delle strategie adottate per il loro perseguimento;
- impatto sull'organizzazione e sul sistema informativo;
- esiti e risultati attesi (supportati, ove possibile, da parametri quantitativi);
- valutazione dello stato di avanzamento e illustrazione dei risultati conseguiti.

Centralità del cittadino

Nell'ottica di un cittadino che, titolare del diritto di salute, è chiamato a svolgere un ruolo attivo di partecipazione nell'organizzazione del servizio sanitario e nella loro valutazione, rivestono particolare importanza gli interventi che l'Azienda ha messo in atto al fine di:

- garantire la partecipazione dei cittadini alla progettazione, condivisione e valutazione dei servizi, in quanto incidente sul sistema di valori, bisogni e aspettative importanti per far sì che l'organizzazione risponda al meglio alla sua missione.

I contenuti informativi riguarderanno: verifiche organizzate su aspetti di interesse e con il contributo dei cittadini (*audit* civico, APQ); esperienze di ascolto di tipo qualitativo; forme di garanzia per le dimissioni protette (esistenza di protocolli di dimissioni protette che prevedano il coinvolgimento del territorio);

- acquisire la valutazione della soddisfazione dei servizi sanitari da parte del cittadino-utente. I contenuti informativi riguarderanno i risultati delle indagini condotte anche attraverso gli strumenti regionali previsti per il monitoraggio del giudizio di soddisfazione dei servizi sanitari (ospedale, assistenza domiciliare, assistenza specialistica, assistenza ambulatoriale, assistenza ai malati cronici) e le azioni conseguentemente adottate;
- esplicitare e verificare gli impegni che l'Azienda assume nei confronti dei cittadini per facilitarne l'accesso e la fruizione delle prestazioni (per es. Carte dei servizi).

Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria

Per quanto riguarda la programmazione, il ruolo degli Enti locali viene attualmente esercitato attraverso tre strumenti specifici, di cui due di ambito provinciale - il Piano attuativo locale e il Piano per la salute - e uno di ambito distrettuale - il Piano di zona.

Il contenuto informativo che qui si chiede di sviluppare riguarderà:

- percorsi, modalità e strumenti che supportano le interazioni tra l'Azienda e gli Enti locali, sia per quanto riguarda il processo di programmazione, sia per quanto riguarda la verifica dei risultati dell'Azienda;
- modalità con le quali si sono sviluppati, sotto il profilo delle procedure e delle reciproche responsabilità, i rapporti tra Azienda ed Enti locali per le principali attività ad alta integrazione: assistenza programmata a domicilio; assistenza sanitaria e socio-sanitaria in favore di particolari fasce di popolazione (persone e/o famiglie con problemi psichici, malati terminali, anziani, persone affette da AIDS, ...);
- organizzazione e strumenti delle strutture di supporto alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Universalità ed equità di accesso

Come si è detto, spetta allo Stato e alla Regione garantire ai cittadini, in un sistema solidale, universalità ed equità di accesso. Qui si vogliono cogliere gli interventi che l'Azienda attiva per assicurare i livelli essenziali di assistenza secondo quanto previsto dal DPCM 29 novembre 2001 e dai relativi provvedimenti applicativi regionali. In particolare, il contenuto informativo di questa parte del documento riguarderà:

- interventi sulla struttura dell'offerta di servizi per conseguire l'omogeneità rispetto agli standard regionali;
- azioni di sostegno all'accesso dei servizi per le persone con grave disabilità acquisita (es. Rete integrata ospedale-territorio);
- integrazione delle politiche sanitarie e socio-assistenziali per le aree di maggiore disagio (disuguaglianze);
- gestione dell'assegno di cura secondo criteri di omogeneità ed equità a livello regionale;
- equità distributiva tra Distretti;
- programmi di sorveglianza e tutela nei casi di maggiore fragilità e solitudine dell'anziano.

Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

Il contenuto informativo di questa parte del documento riguarda le principali azioni e i risultati, espressi ove possibile con indicatori e comparazioni, relativamente alla qualità di servizi, declinata come segue.

- Accessibilità: offerta di servizi coerente con i bisogni assistenziali della popolazione. Tempi di accesso funzionali agli effettivi bisogni assistenziali.

- Appropriata clinica: erogazione di interventi diagnostico-terapeutici efficaci nei pazienti idonei per caratteristiche a trarne effettivo beneficio clinico.
- efficienza: uso ottimale delle risorse nell'iter diagnostico e terapeutico dei pazienti e nell'organizzazione dei servizi.
- Appropriata organizzativa: erogazione di interventi diagnostico-terapeutici efficaci nei contesti assistenziali idonei, in relazione alla complessità degli interventi stessi e alle caratteristiche dei pazienti.
- Efficacia: effetto degli interventi erogati sulle condizioni di salute dei pazienti.
- Sicurezza: è l'assenza di rischio. Poiché nessuna attività umana può essere assolutamente sicura (probabilità che non accadano incidenti = 1), la sicurezza nelle organizzazioni e nei servizi sanitari si definisce operativamente come la capacità di una situazione, processo, strumento, di limitare i rischi di incidenti al di sotto di livelli di rischio specifici e accettabili.⁴ Obiettivo: la preoccupazione per sicurezza nelle organizzazioni sanitarie e nei processi di cura deve essere basilare e trasversale, e deve essere resa evidente tramite l'adozione di sistemi (struttura, risorse, procedure, strumenti) per promuoverla e per gestire i rischi.
- Conformità: in generale è la corrispondenza di una persona, organizzazione, situazione, processo e risultato a requisiti prestabiliti. Nelle organizzazioni/servizi sanitari la conformità dei processi tecnico-professionali si confronta con procedure, linee guida, standard di prodotto, indicazioni operative sovraordinate. La conformità dei comportamenti organizzativi si esprime in riferimento ai requisiti per l'accreditamento istituzionale (generali e specifici). Obiettivo: dimostrare che si danno garanzie di rispetto della programmazione regionale e che si danno garanzie di aderenza delle organizzazioni sanitarie e dei processi assistenziali a requisiti predefiniti di comportamento (valutazione *ex ante*) e di risultato (valutazione *ex post*) di interesse per il committente e l'utente.
- Continuità delle cure: la proprietà caratteristica dell'assistenza che garantisce al paziente - nel tempo preso a riferimento - un'esperienza di passaggio governato da un livello di cura a un altro e fra professionisti e organizzazioni. Esprime la capacità di progettazione, controllo, efficienza e attenzione al paziente dell'erogatore. Obiettivo: migliorare la continuità delle cure per aumentare la soddisfazione degli utenti, la fiducia nell'erogatore, ridurre la dispersione di tempo e risorse.
- Soddisfazione: è il sentimento di gratificazione e di arricchimento che deriva da un'esperienza positiva. La soddisfazione del paziente non è funzione solo delle oggettive prestazioni dell'erogatore, ma anche dei bisogni soggettivi del paziente,

⁴ Il senso soggettivo di sicurezza dipende da componenti molteplici: personalità, giudizio di rischio accettabile, precedenti esperienze, fiducia riposta nelle conoscenze e nelle capacità dell'erogatore dei servizi di controllare la probabilità e la gravità di eventi sfavorevoli tramite barriere e controlli.

impliciti, espressi e latenti. La soddisfazione del paziente è uno degli elementi di valutazione dell'azione organizzativa e professionale e veicolo di legittimazione sociale. Obiettivo: rilevare/migliorare la soddisfazione del paziente.

- Qualità della vita: condizione complessiva di benessere fisico, psichico e sociale e suo apprezzamento da parte di un individuo. La misurazione della qualità della vita, oltre a dare indicazioni sull'efficacia, appropriatezza e qualità dell'assistenza, consente di adattare l'attività sanitaria ai bisogni del singolo e di valutare il risultato su popolazioni. Obiettivo: sviluppare l'attenzione delle organizzazioni sanitarie alla valutazione della qualità della vita per documentare gli esiti a distanza delle cure.

Al fine della predisposizione del documento per l'illustrazione delle iniziative di miglioramento e sviluppo della qualità intraprese, l'Azienda dovrà documentare sinteticamente gli aspetti sopra citati sulla base del seguente percorso:

- il razionale, vale a dire le motivazioni che sono state alla base dell'intervento adottato;
- quali obiettivi specifici ci si prefiggeva di ottenere;
- la metodologia di lavoro utilizzata per l'implementazione dell'intervento;
- quali indicatori siano stati considerati per valutarne l'efficacia;
- i risultati ottenuti;
- le conclusioni derivate dall'esperienza.

4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

4.1. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Questa sezione del documento è volta a illustrare le scelte aziendali per la valorizzazione delle competenze professionali. Gli operatori sono infatti lo strumento essenziale per assicurare il buon funzionamento del servizio sanitario, l'efficacia degli interventi e la soddisfazione dei cittadini.

L'Azienda, nella considerazione che il patrimonio di conoscenze e competenze costituito dal proprio personale rappresenta la maggiore ricchezza posseduta o comunque la parte pregiata dei propri *asset*, dovrà qui descrivere le azioni con cui favorisce un clima organizzativo capace di riconoscere, diffondere e arricchire detto patrimonio, e assicura che gli ambienti di lavoro sostengano il cambiamento migliorativo.

La valorizzazione delle competenze professionali può trovare diverse declinazioni a seconda dell'accezione e degli strumenti organizzativi che ciascuna Azienda privilegia anche in relazione agli specifici mandati ricevuti.

Ciò premesso, sono stati qui individuati i punti rispetto ai quali qualsiasi politica di valorizzazione del personale in ambito sanitario, in Emilia-Romagna, si deve comunque confrontare, e precisamente:

- partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa;
- gestione del rischio e sicurezza;
- ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali;
- sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti;
- formazione;
- sistema informativo del personale;
- struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le loro rappresentanze.

Va osservato che nello sviluppo della sezione gli argomenti connessi ai punti sopra richiamati saranno illustrati con modalità descrittive. Ove possibile, le informazioni saranno supportate da parametri di tipo quantitativo.

4.1.1. Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa

L'esigenza della partecipazione dei professionisti alla definizione delle strategie aziendali trova una conferma nell'enfasi espressa a tale riguardo dalla Regione Emilia-Romagna nelle sue *Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale* (LR 29/2004). Essa si esprime con l'individuazione di modalità strutturate di formazione delle decisioni strategiche, di coinvolgimento della struttura dipartimentale, e con l'attribuzione di più significative funzioni al Collegio di Direzione anche in prospettiva evolutiva.

Nel bilancio di missione, le Aziende dovrebbero perciò descrivere quali specifiche azioni sono state adottate, dando particolare evidenza ai processi di revisione, più o meno formalizzati, delle modalità in essere per la partecipazione degli operatori alle decisioni di governo aziendale, all'organizzazione dei servizi, alla revisione continua e sistematica della qualità dei servizi e dell'appropriatezza delle prestazioni.

Per quanto riguarda la gestione operativa, un'organizzazione professionale come quella sanitaria dovrebbe fondare la sua attività su regole e modalità che assicurino l'aderenza a standard professionali condivisi. Quando questi non siano univoci o non esistano, i meccanismi di gestione dovrebbero comunque assicurare l'assunzione di decisioni ragionevoli o tali da esplicitare la loro base razionale in modo da poter essere oggetto di costante revisione e miglioramento.

In questo senso appare decisivo l'apporto di commissioni tecnico-professionali, locali/regionali/nazionali (Commissione terapeutica locale, Agenzia del farmaco, CIO, ecc.), anche a supporto dell'attività del Collegio di Direzione, per l'assolvimento delle funzioni ad esso affidate dalla normativa regionale.

Rispetto a tale attività, nel bilancio di missione l'Azienda dovrebbe descrivere il livello di utilizzazione da parte dei professionisti, o specularmente il grado di diffusione degli orientamenti espressi dalle commissioni nella pratica professionale dell'Azienda.

4.1.2. Gestione del rischio e sicurezza

Strettamente connessa ai meccanismi della gestione operativa attraverso l'esplicitazione e l'applicazione di pratiche di provata efficacia, è il tema della gestione del rischio.

La prevenzione del rischio e la promozione della sicurezza necessitano di una cultura organizzativa e di metodi che portino a superare le divisioni tra strutture e operatori, a integrare discipline, professionalità, competenze presenti in Azienda (personale sanitario con esclusive responsabilità professionali, personale sanitario con responsabilità di gestione e di orientamento professionale, legali, ...), a condividere strumenti di analisi, trattamento e prevenzione.

Gli adempimenti di legge in tema di sicurezza costituiscono da questo punto di vista una guida alla realizzazione delle condizioni migliori di lavoro, piuttosto che una lista di prescrizioni cui attenersi (più o meno) burocraticamente.

L'approccio dovrebbe essere infatti quello che più coerentemente ci si attende da un'Azienda che produce servizi per la salute, e non esclusivamente dal punto di vista curativo: un'Azienda cioè che ha la pretesa di integrare la prevenzione nelle sue diverse declinazioni - primaria e secondaria - alle cure e alla riabilitazione, deve considerare la sicurezza come il terreno minimo di lavoro.

Va inoltre sottolineato il forte legame che esiste tra la qualità dell'agire professionale, la diminuzione del relativo rischio e la promozione di un ambiente lavorativo sicuro. La gestione integrata secondo qualità delle attività cliniche e assistenziali e delle strutture e delle modalità operative che diminuiscano il rischio di infortuni e malattie professionali deve essere sottolineata e perseguita come obiettivo da ogni organizzazione sanitaria.

In questa parte del documento, le Aziende dovranno descrivere le attività che conducono a questo obiettivo. Le valutazioni saranno accompagnate da informazioni di tipo quantitativo, quali il livello di contenzioso con la clientela, gli eventuali suoi miglioramenti nel tempo come conseguenza di politiche di miglioramento, ecc.

4.1.3. Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali

I processi di cambiamento organizzativo introdotti nell'ultimo decennio nel Servizio sanitario regionale hanno portato a nuovi principi di gestione, connotati da una più forte responsabilità diretta degli operatori nelle scelte tecniche e organizzative ai diversi livelli del sistema.

Accanto alle professioni mediche, emergono e acquisiscono un ruolo più rilevante rispetto a quello del passato le professioni sanitarie che, non più semplicemente ausiliarie alla gestione medica dei pazienti, devono vedere riconosciuta una specifica responsabilità negli assetti delle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna.

In questa parte del documento, le Aziende dovranno descrivere le politiche adottate in relazione al ridisegno dei processi produttivi e dell'articolazione delle responsabilità finalizzato allo sviluppo delle competenze e del ruolo delle professioni infermieristiche e tecniche. In particolare, le Aziende dovrebbero illustrare le azioni intraprese allo scopo di:

- ampliare le responsabilità organizzative di tali profili professionali, attraverso l'attribuzione della responsabilità di articolazioni produttive (unità operative, *équipe* di assistenza domiciliare, servizi, ecc);
- sviluppare l'apporto specialistico di tali professioni all'elaborazione di indirizzi (linee guida) e di modalità di comportamento (istruzioni operative) per la gestione delle attività assistenziali più critiche, anche attraverso un confronto tra le professioni e con le discipline mediche in merito ai campi di applicazione e di integrazione più opportuni.

Da tali esperienze nella riorganizzazione dei servizi e nell'attribuzione di nuove competenze, possono inoltre derivare elementi utili alle Aziende e al sistema per la definizione della programmazione quali-quantitativa della formazione delle diverse

professioni. A tale proposito, le Aziende dovrebbero indicare in questa parte del documento le possibili e auspiccate aree di miglioramento, e illustrare esperienze positive e/o progetti formativi attivati.

4.1.4. Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

Maggiore autonomia sul lavoro, specializzazione dei contenuti professionali della prestazione lavorativa, individuazione di percorsi di carriera e retribuzioni basate più sui risultati che sugli aspetti formali, rappresentano le innovazioni introdotte nell'organizzazione e nei rapporti di lavoro delle Aziende sanitarie, sia dalla normativa che dai contratti nazionali di lavoro.

L'obiettivo informativo di questa parte del documento è quello di conoscere se l'Azienda ha costruito un sistema strutturato di valutazione delle competenze e di conoscerne l'uso: percorsi di sviluppo di carriera, applicazione di sistemi premianti, orientamento degli investimenti formativi, ecc.

4.1.5. Formazione

La cura dell'Azienda rispetto allo sviluppo del proprio patrimonio professionale dovrebbe indurre a considerare il tema della formazione come uno dei più rilevanti della gestione delle risorse umane.

L'obiettivo informativo di questa parte del documento è quello di cogliere lo sforzo profuso dall'Azienda sia nella produzione di eventi formativi in grado di garantire l'acquisizione dei necessari crediti ECM da parte dei professionisti, sia nella definizione di politiche formative in grado di assicurare:

- coerenza delle tematiche e delle tecniche della formazione con gli obiettivi di sviluppo del governo aziendale;
- sostegno a quei meccanismi della gestione operativa che diminuiscono il rischio professionale e favoriscono l'individuazione e l'adozione di buone pratiche;
- sviluppo di un ambiente culturale favorevole al programma regionale per la ricerca e l'innovazione (di cui alla specifica successiva sezione di questo documento).

Estremamente significativo, anche nel campo della formazione, è il ruolo del Collegio di Direzione, chiamato a elaborare e approvare i piani formativi annuali, oltre che a formulare le linee di sviluppo della formazione in relazione all'evoluzione delle organizzazioni sanitarie di lunga durata.

Il contenuto informativo del documento sarà costituito da indicatori quantitativi (percentuale di copertura dei crediti formativi prodotti, risorse economiche impiegate, ecc.) e da relazioni illustrative di programmi e attività intrapresi.

4.1.6. Sistema informativo del personale

La cura dell'Azienda per il proprio patrimonio di competenze dovrebbe stimolare la riunificazione della gestione informativa del personale in modo che questo sia funzionale non solo alla gestione operativa delle strutture di produzione, agli adempimenti di legge relativi alle registrazioni documentali e agli atti normativamente previsti, ma anche a descrivere le esperienze lavorative, i bisogni formativi e le competenze acquisite. Questa gestione unitaria dei sistemi informativi faciliterebbe la stessa gestione operativa e aumenterebbe la trasparenza delle decisioni dell'amministrazione, rendendo possibile la rendicontazione quali-quantitativa delle decisioni di allocazione del personale.

L'obiettivo di questa parte del documento non coincide quindi con la descrizione delle caratteristiche delle funzioni di un sistema informativo del personale e con le motivazioni della sua implementazione; lo scopo è piuttosto quello di descrivere il grado di implementazione nella pratica routinaria dei criteri guida di gestione del personale con la possibilità di esporre gli effetti - anche quantitativi (come ad esempio la formazione di *backup* di personale di sala operatoria, che diminuisce il rischio di carenze improvvise, o la mancanza di flessibilità nella produzione nei periodi di maggior richiesta) - della gestione stessa.

L'implementazione del sistema informativo - o i progetti ad essa relativi - costituiscono anche la base necessaria per la gestione esplicita dei profili di carriera e per lo sviluppo delle competenze interne che qualsiasi politica del personale è chiamata a perseguire come intenti primari.

4.1.7. Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le loro rappresentanze

Questa parte del documento è volta a illustrare il sistema di relazioni tra l'Azienda e il personale, con particolare riferimento alle modalità con le quali l'Azienda:

- affronta e dirime i conflitti nascenti dal rapporto di lavoro;
- accoglie i suggerimenti degli operatori sui temi di interesse generale;
- sviluppa il confronto e la concertazione con le organizzazioni sindacali;
- valorizza gli apporti delle istanze e organismi rappresentativi delle professioni.

Il contenuto informativo qui esposto completerà quanto sviluppato nella successiva sezione rispetto al punto 5.1.4. riguardante la comunicazione interna aziendale.

4.2. Scheda di sviluppo

Ambito	Obiettivi specifici	Informazioni	Modalità/strumenti
4.1.1. Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa	Creare le condizioni perché gli operatori possano attivamente concorrere alla formazione delle decisioni.	Quali funzioni esercita, e con quali modalità, il Collegio di Direzione nel governo aziendale? Quali azioni sono state intraprese per il coinvolgimento delle strutture dipartimentali?	Relazione qualitativa.
4.1.2. Gestione del rischio e sicurezza	Valutazione dei rischi Sorveglianza sanitaria Formazione Gestione degli infortuni Gestione delle emergenze	Procedure intraprese per la rilevazione degli eventi e la gestione del rischio.	Relazione qualitativa, con eventuali indicatori aziendali.
4.1.3. Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali	Sviluppare competenze e ruoli delle professioni sanitarie. Individuare le aree e le modalità di declinazione innovativa delle responsabilità, organizzative e professionali, del personale infermieristico e tecnico.	Aree e modalità innovative di declinazione delle responsabilità organizzative del personale infermieristico e tecnico. Partecipazione delle professioni sanitarie all'elaborazione di indirizzi (linee guida) e modalità di comportamento (istruzioni operative). Modalità di valutazione del fabbisogno formativo di supporto alla riorganizzazione dei servizi.	Relazione qualitativa. Informazioni quali-quantitative su: • nuove unità operative a direzione infermieristica e tecnica; • linee guida e istruzioni operative prodotte con la collaborazione delle professioni sanitarie.

Scheda di sviluppo (continua)

4.1.4. Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti	Modalità di valutazione delle competenze. Percorsi di sviluppo (professionale e di carriera). Sistemi di valutazione delle <i>performance</i> professionali. Sistemi di incentivazione.	Modalità con le quali l'Azienda ha strutturato il sistema di valutazione delle <i>performance</i> professionali. Aree di miglioramento attese e programmi/ iniziative ad esse correlati. Risorse utilizzate per il sostegno alle politiche di miglioramento delle <i>performance</i>. Modalità di utilizzo dei risultati della valutazione nei percorsi di carriera e di sviluppo del personale. Relazioni con i piani di formazione. Valutazione del grado di influenza del sistema premiante nel governo aziendale e nello sviluppo delle attività.	Relazione qualitativa sulla struttura del sistema di valutazione e di incentivazione del miglioramento nelle <i>performance</i> professionali adottato dall'Azienda. Strumenti di mappatura delle competenze. Strumenti di valutazione e sviluppo delle competenze (quali competenze l'Azienda ritiene di dover sviluppare). Risorse collegate al salario variabile ai diversi livelli organizzativi e per profilo professionale. Percentuale della retribuzione variabile in rapporto alla retribuzione fissa.
4.1.5. Formazione	Sviluppare il patrimonio professionale presente in Azienda attraverso la produzione di eventi coerenti con i piani ECM e l'adozione di piani formativi a supporto dello sviluppo strategico aziendale, della riduzione del rischio e dell'adozione di buone pratiche professionali, della soddisfazione dell'utenza, della ricerca e innovazione.	Dati aggiornati su numero e tipologie delle iniziative formative.	Aree tematiche ritenute prioritarie. Corsi/seminari organizzati. Percentuale di copertura dei crediti formativi acquisiti nell'anno dal personale. Modalità di definizione dei bisogni formativi e di elaborazione/ approvazione dei piani formativi annuali.

Scheda di sviluppo (continua)

4.1.6. Sistema informativo del personale	Creare un sistema informativo integrato.	Grado di implementazione del sistema informativo.	Relazione.
4.1.7. Struttura delle relazioni con il personale dipendente e le sue rappresentanze	Creare un ambiente aperto alla negoziazione come sistema necessario per la riflessione sulla qualità dei processi aziendali.	Investimenti e modalità per una positiva negoziazione con gli operatori, le istanze professionali, le rappresentanze sindacali. Modalità con le quali l'Azienda dirime i conflitti derivanti dai rapporti di lavoro. Sistema strutturato di valorizzazione dei suggerimenti degli operatori sulla revisione organizzativa. Sistema di relazioni (informazione, confronto, concertazione) con le organizzazioni sindacali. Sistema di relazioni per la valorizzazione degli organismi di rappresentanza delle professioni.	Relazione qualitativa. Indicazione degli organismi aziendali, di consultazione, confronto, concertazione con le rappresentanze - sindacali e professionali - del personale. Entità del contenzioso con il personale in materia di lavoro (per i diversi profili professionali). Tempo e modalità di risoluzione delle dispute di lavoro. Modalità di gestione delle relazioni con: • il personale; • le organizzazioni sindacali; • gli organismi di rappresentanza delle professioni.

5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

5.1. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Quello della comunicazione per la salute è un tema assai ampio che include molte diverse attività.

Le tecnologie, le strutture, le competenze e le modalità operative specifiche dedicate alla comunicazione (URP, Sportelli, *front office* di servizio, Uffici stampa, Uffici comunicazione, Servizi di educazione alla salute, comunicazione del rischio, ecc.) configurano nel loro complesso un Sistema comunicazione il cui funzionamento è di solito guidato da un Piano comunicativo aziendale.

La comunicazione per la salute, tuttavia, è anche largamente determinata da aspetti informali e dai comportamenti comunicativi delle articolazioni dell'organizzazione, delle strutture fisiche e, soprattutto, dei singoli operatori.

Tutto ciò premesso, questa sezione del documento è finalizzata a illustrare gli interventi realizzati e le azioni intraprese dall'Azienda per potenziare o qualificare il sistema delle relazioni e gli strumenti di comunicazione sia con i soggetti interni sia coi soggetti esterni ad essa (utenti, cittadini, loro rappresentanze sociali e istituzionali).

A tale proposito, sono stati individuati quattro distinti ambiti e precisamente:

- la comunicazione per l'accesso ai servizi;
- la comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza;
- la comunicazione per le scelte di interesse della comunità;
- la comunicazione interna aziendale.

Ognuno di questi ambiti si riferisce a un particolare contesto comunicazionale, caratterizzato da specifiche finalità. Essi hanno tuttavia in comune l'essere di elevata valenza strategica, nel condizionare il grado di conseguimento degli obiettivi istituzionali aziendali.

Il contenuto di questa sezione del documento avrà un carattere essenzialmente descrittivo. Scopo delle indicazioni che seguono è evidenziare finalità e sviluppo delle informazioni specificamente attribuite a ognuno dei contesti in cui si articola la sezione.

5.1.1. La comunicazione per l'accesso ai servizi

Questo primo ambito di comunicazione è finalizzato a mettere i cittadini in grado di utilizzare al meglio le opportunità esistenti e di far conoscere le informazioni essenziali sui problemi di salute. In particolare, esso persegue gli obiettivi di orientare i cittadini nell'uso dei servizi sanitari, spiegando i diritti, descrivendo le procedure, accogliendo le osservazioni critiche.

In estrema sintesi, le iniziative che ricadono in questa prima fattispecie sono accomunate dal cercare di facilitare l'accesso ai servizi a tutti i cittadini-utenti, con particolare attenzione a coloro che possono incontrare maggiori difficoltà ad accedere alle informazioni e ai servizi sanitari, quali gli anziani, gli immigrati, i disabili, i reclusi, ecc.

Le sue linee di sviluppo sono attualmente da individuarsi nella ricerca di una maggiore prossimità fra l'organizzazione e il cittadino, attraverso una più ampia integrazione tra i sistemi informativi, con particolare riferimento a quelli sanitario e sociale.

Nel bilancio di missione le Aziende dovranno dunque descrivere quali specifiche azioni sono state realizzate, sono in corso di attuazione e sono in progetto nell'ambito della comunicazione per l'accesso ai servizi, specificando gli strumenti attraverso cui si è agito, si sta agendo, si intende agire (URP, Carta dei servizi, Sportelli informativi, Numeri verdi, siti *web*, ecc.).

5.1.2. La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza

Questo secondo ambito di comunicazione è finalizzato a promuovere scelte diagnostiche e assistenziali consapevoli, a gestire al meglio le risorse disponibili, a controllare rischi possibili. Esso può anche perseguire l'obiettivo di orientare a livello individuale le abitudini e i comportamenti che hanno effetti sulla salute, con particolare riferimento alla prevenzione (abitudini alimentari, vaccinazioni, *screening*, gestione delle emergenze, ecc.).

Questo tipo di comunicazione si realizza tra pazienti, operatori sanitari, familiari, e più genericamente fra tutti coloro che sono coinvolti nella gestione di un problema di salute.

Essa non coinvolge in modo specifico gli specialisti della comunicazione se non in casi specifici, come la comunicazione della diagnosi e l'assistenza nelle fasi terminali della vita. Presenta notevoli criticità sia sotto il profilo della riservatezza sia nella comunicazione fra operatori sanitari. Può utilizzare strumenti specifici come il documento per il consenso informato o la lettera di dimissioni.

Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione trovano qui terreni nuovi da esplorare sia per ridurre tempi e spostamenti sia per avvicinare tra loro gli esperti (telemedicina, cartella clinica elettronica, ecc.).

Nel bilancio di missione le Aziende dovranno dunque descrivere quali specifiche azioni sono state realizzate, sono in corso di attuazione e sono in progetto in relazione alla comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza, specificando gli strumenti attraverso cui si è agito, si sta agendo, si intende agire.

5.1.3. La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità

Questo terzo ambito di comunicazione è finalizzato a descrivere situazioni, impegni, problemi, a orientare scelte e a definire azioni di tutela della salute e di politica sanitaria di interesse per l'intera comunità.

Questo tipo di comunicazione si rivolge in generale a tutte le persone, ma si realizza in particolare nei confronti dei cittadini competenti, cioè di coloro che hanno maggiore

influenza sulle scelte per la salute di una comunità (amministratori locali, rappresentanti di enti, di organizzazioni, di forze sociali, giornalisti, educatori, operatori sanitari, ecc.).

Essa si avvale sia di strumenti per la comunicazione di massa, sia di tecniche di coinvolgimento e di animazione sociale per la comunicazione con gruppi di persone. Richiede competenze specifiche, in particolare nella comunicazione del rischio.

Nel bilancio di missione, le Aziende dovranno dunque descrivere le iniziative e gli strumenti attraverso cui l'Azienda ha agito, sta agendo, intende agire.

5.1.4. La comunicazione interna aziendale

Questo quarto ambito di comunicazione risponde a finalità assai diverse, in quanto ricomprende azioni che possono spaziare dalle attività connesse con la predisposizione del *budget*, alla predisposizione formalizzata degli atti a carattere amministrativo, dall'accesso alla documentazione scientifica alla gestione delle informazioni sanitarie, ecc.

Si tratta dunque di un ambito che ha in comune il riferimento a tutte quelle azioni che sono volte a migliorare i meccanismi di funzionamento dell'organizzazione e il clima aziendale. In esso sono potenzialmente coinvolti tutte le aree e tutti i livelli gerarchici.

Al riguardo, nel bilancio di missione l'Azienda dovrà dunque descrivere le principali iniziative e i connessi strumenti volti a migliorare il sistema delle relazioni interne.

5.2. Scheda di sviluppo

Ambito	Obiettivi specifici	Informazioni
5.1.1. La comunicazione per l'accesso ai servizi	Fare in modo che i cittadini conoscano le modalità per accedere ai servizi e alle prestazioni. Rendere disponibili procedure specifiche per facilitare l'accesso a gruppi specifici (anziani, disabili, immigrati, reclusi, ecc.). Attivare gli strumenti per facilitare l'accesso (collaborazione al Numero verde regionale, sito <i>web</i> aziendale, sportelli distrettuali, ecc.). Predisporre manuali per facilitare la risposta a domande esplicite relative a varie situazioni e procedure.	Esistono strumenti informativi per l'accesso ai servizi. Sono presenti programmi di formazione per operatori dedicati. Sono attivi strumenti e strutture previsti da norme e regolamenti: • Carta dei servizi; • Ufficio relazioni con il pubblico; • Sportello per la prevenzione; • Sportello unico distrettuale. Esistono sperimentazione di strumenti innovativi: • sito <i>web</i> interattivo; • percorsi speciali. Esistono studi valutativi su efficacia di attività in questo campo.

Scheda di sviluppo (continua)

5.1.2. La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza	Formare gli operatori per comprendere i bisogni dei cittadini e orientare la domanda di prestazioni. Sperimentare situazioni in cui i cittadini vengono coinvolti nelle scelte assistenziali che li riguardano attraverso un'informazione adeguata e opportunità di fare ascoltare le proprie idee. Realizzare azioni per orientare i cittadini verso l'adozione di comportamenti più sani e sicuri. Realizzare azioni per contrastare la cattiva informazione. Sperimentare condizioni che facilitino la comunicazione tra i pazienti (loro familiari, associazioni) e gli operatori.	È disponibile un piano con le strategie e le iniziative di formazione continua finalizzate agli aspetti comunicativi. Sono disponibili indicazioni operative e valutazioni sull'utilizzazione di procedure per: • il consenso informato; • la comunicazione nella dimissione; • l'informazione sul rischio nelle strutture sanitarie. Descrizioni su nuovi programmi di educazione alla salute. Descrizioni su eventuali sperimentazioni di laboratori o strumenti per il paziente informato. Esistono studi valutativi sulle condizioni di comunicazione con i pazienti.
5.1.3. La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità	Mettere in opera azioni e studi per comprendere i bisogni dei cittadini. Mettere i cittadini competenti nelle condizioni di poter effettuare scelte di priorità nelle politiche sanitarie. Realizzare azioni per migliorare l'immagine dell'Azienda. Valorizzare con azioni specifiche le eccellenze (la buona qualità) presenti nell'Azienda. Realizzare azioni per contrastare la cattiva informazione su problemi rilevanti di salute. Creare le condizioni opportune per realizzare processi di comunicazione sul rischio con la partecipazione dei cittadini interessati. Definire procedure, responsabilità e strumenti per la gestione delle emergenze sanitarie.	Esistono risultati di sperimentazioni di situazioni per favorire la partecipazione della comunità a scelte che riguardano la salute. Sono disponibili analisi su modalità e sul livello di collaborazione con le Conferenze socio-sanitarie territoriali. Sono disponibili descrizioni di modalità di sviluppo e risultati dei Piani per la salute. Descrizione di nuove campagne di informazione. Sono disponibili analisi sulle modalità e sul livello di collaborazione con i <i>mass media</i> per azioni per la salute. Descrizione delle modalità per l'applicazione del logo del SSR.
5.1.4. La comunicazione interna aziendale	Attuare iniziative comunicative utili a promuovere l'innovazione e a creare climi positivi.	Sarebbe utile scegliere alcuni aspetti.

6. Ricerca e innovazione

6.1. Ricerca e innovazione

Nessuno oggi mette in dubbio che la partecipazione attiva ad attività di ricerca e innovazione costituiscano condizione necessaria perché i servizi sanitari possano assolvere compiutamente la propria missione. Il tipo di ricerca di cui deve essere capace il Servizio sanitario riguarda soprattutto il sapere accogliere in modo tempestivo, efficace e compatibile le innovazioni che la ricerca propone, contribuendo - laddove possibile - a orientarne le applicazioni verso i bisogni assistenziali prioritari.

Tradizionalmente, i sistemi sanitari hanno affrontato l'innovazione attraverso un'attività di filtro critico, che si è andata organizzando nella disciplina del cosiddetto *technology assessment* (TA). Con il termine TA si indica quell'insieme di metodologie/strumenti utili alla valutazione epidemiologica, clinica, economica e organizzativa delle tecnologie. Tuttavia il TA - anche laddove ha goduto di riconoscimenti e investimenti significativi - si è caratterizzato come:

- un approccio alla valutazione sostanzialmente retrospettivo (si cerca di governare l'innovazione quando è già diffusa e ha stabilito, in modo più o meno autonomo, le sue caratteristiche e condizioni di utilizzo);
- un'attenzione alla definizione di criteri di uso appropriato *post hoc*, in assenza di una preliminare discussione sulle attese legittime rispetto alle nuove tecnologie, negoziate con i produttori e i potenziali utilizzatori;
- una concentrazione quasi esclusiva sugli aspetti di sicurezza ed efficacia e poco attenta alle implicazioni organizzative, sociali ed economiche delle nuove tecnologie;
- una scarsa capacità di indirizzare la ricerca necessaria a colmare l'immatunità di sviluppo (incompletezza) con la quale molte tecnologie entrano comunque nell'uso routinario dei servizi sanitari.

Da qui nasce la consapevolezza per i servizi sanitari di dover investire sul terreno dell'innovazione, soprattutto attraverso l'avvio di programmi di ricerca/intervento mirati a verificare le criticità sul piano dell'efficacia clinica, delle implicazioni organizzative e delle necessità formative che possono condizionarne la piena utilizzazione. Produrre informazioni funzionali al perseguimento di questi obiettivi richiede un investimento culturale, scientifico ed economico di medio-lungo periodo che porti a evidenziare quali sono:

- le condizioni necessarie perché un qualsiasi nuovo intervento/tecnologia possa diventare effettiva innovazione per il servizio sanitario;
- gli snodi del processo di sviluppo di un intervento/tecnologia nel quale il servizio sanitario può intervenire - attraverso interventi di sostegno e stimolo alla ricerca, formazione e valutazione.

Ciò comporta per il servizio sanitario - integrando le sue diverse articolazioni, regionale e nazionale - la capacità di:

- sviluppare collaborazioni nelle fasi molto iniziali di ideazione di una tecnologia/intervento, per rendere la tecnologia più adatta alle esigenze del sistema;
- esplicitare le tappe necessarie perché un nuovo intervento/tecnologia possa trasformarsi in effettiva innovazione;
- identificare in quali snodi di questo processo il Servizio sanitario debba intervenire con iniziative di ricerca e sviluppo caratterizzate dalla combinazione tra ricerca, valutazione e formazione.

Negli ultimi anni la Regione Emilia-Romagna ha sostenuto diverse azioni di stimolo e sviluppo alla partecipazione delle Aziende sanitarie alla ricerca e innovazione. Tali azioni sono state organizzate in filoni quali:

- progetti di modernizzazione;
- progetti di eccellenza;
- progetti *ad hoc* per la telemedicina, ecc.

Alla realizzazione di tali programmi/progetti sono state allocate crescenti risorse finanziarie ma non ha corrisposto uno sforzo organizzato per sviluppare la funzione di ricerca come attività sistematica e costitutiva della *mission* aziendale.

La logica evoluzione dell'attività di ricerca sin qui sostenuta viene ora individuata e concretizzata nell'avvio di un programma pluriennale denominato Programma Ricerca e Innovazione Emilia-Romagna (PRI E-R) che ha come scopo fondamentale quello di orientare parte delle attività di ricerca sanitarie verso lo sviluppo di interventi mirati a promuovere l'introduzione tempestiva delle innovazioni tecnologiche, cliniche e clinico-organizzative nell'attività del Servizio sanitario regionale. Questo programma sarà sostenuto con risorse proprie della Regione e con il contributo dei diversi soggetti, pubblici e privati, che operano nel settore della sanità e che condividono gli obiettivi del PRI E-R. Il coordinamento scientifico e organizzativo del programma sarà in capo all'Agenzia sanitaria regionale e verrà sviluppato in stretto contatto con le Aziende sanitarie che - dal canto loro - dovranno sviluppare le funzioni che la nuova legge regionale affida ai Collegi di Direzione e adeguare la propria organizzazione alle necessità che lo sviluppo interno della funzione di ricerca richiede.

Le informazioni che le Aziende sanitarie dovranno produrre in questa sezione del documento riguardano le azioni promosse per l'esercizio di una piena responsabilità da parte del sistema sanitario pubblico nel campo del governo della ricerca, e in particolare per:

- la promozione delle attività attraverso l'individuazione degli strumenti più idonei a spingere le articolazioni operative aziendali a impegnarsi nella progettazione e realizzazione di progetti di ricerca;
- il miglioramento della capacità di partecipare alla ricerca in un modo qualitativamente adeguato favorendo momenti di formazione e discussione specifica su temi-chiave di interesse prioritario per la erogazione di prestazioni di buona qualità;

- l'impegno diretto nell'acquisizione di capacità di attrazione di finanziamenti per la ricerca;
- l'impegno diretto, anche avviando meccanismi di collaborazione interaziendale, e in stretta collaborazione con la Regione, attraverso la destinazione di specifiche quote del proprio bilancio per progetti collaborativi di particolare rilevanza;
- il miglioramento dell'integrazione tra direzione strategica e comitato etico aziendale per il monitoraggio continuo della eticità delle attività di ricerca e di sperimentazione clinica. Particolare attenzione in questo caso dovrà essere data al ruolo di salvaguardia e protezione degli operatori e dei pazienti nel rapporto con gli sponsor della ricerca.

In concreto, ai fini dello sviluppo di questa sezione sono stati individuati i seguenti ambiti per la descrizione delle principali azioni attivate dalle Aziende:

- creazione della infrastruttura locale per la Ricerca e l'innovazione, con particolare riferimento a:
 - integrazione tra i vari sottosistemi aziendali (Collegio di Direzione, Comitato etico locale, uffici formazione, ecc.);
 - collaborazioni con altre Aziende;
 - sviluppo della capacità di attrazione da parte della/e Azienda/e di risorse finanziarie;
 - coerenza degli investimenti per un utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche;
- sviluppo di un ambiente culturale favorevole, con particolare riferimento a:
 - attività di formazione del personale;
 - creazione di *database* sulle opportunità di partecipazione a programmi di ricerca;
 - sviluppo di progetti di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie della Provincia, della Regione, nazionali, europee ed extraeuropee;
 - sostegno dell'integrazione sia tra le diverse discipline e professioni, sia tra competenze clinico-assistenziali e competenze gestionali;
- garanzie di trasparenza, con particolare riferimento a:
 - censimento delle attività di ricerca svolte e delle risorse organizzative/finanziarie dedicate a ricerca e innovazione;
 - assetto di regole per assicurare trasparenza nei confronti dei finanziatori privati;
 - evidenziazione delle scelte di priorità effettuate, risorse impegnate, risultati raggiunti;
 - valorizzazione del ruolo del Comitato etico locale.

6.2. Scheda di sviluppo

Creazione dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione

Area di attività	Obiettivi	Informazioni
Sviluppo della infrastruttura locale	Sviluppare la capacità di produrre ricerca e sviluppo e gestire l'attività come funzione istituzionale, intrinseca alla primaria funzione assistenziale. Creare le condizioni perché gli operatori possano identificare le priorità e partecipare ad attività di ricerca.	Quali azioni sono state intraprese.
Integrazione tra i vari sotto-sistemi aziendali	Creare un linguaggio comune, una condivisione di obiettivi e una capacità di lavoro integrato relativamente alle competenze dei singoli.	Analisi qualitativa delle attività svolte.
Collaborazioni con altre Aziende	Incentivare lo sviluppo di collaborazioni tra le Aziende e con le strutture regionali. Mettere a punto strumenti condivisi di rilevazione e rendicontazione dell'attività/risorse/costi dell'attività di ricerca.	Mappatura delle collaborazioni attivate. Tipologie degli strumenti di rilevazione delle attività, delle risorse e dei costi della ricerca, nonché dei soggetti proponenti.
Capacità di attrazione da parte dell'Azienda di risorse finanziarie	Acquisire capacità di attrazione di finanziamenti dedicati.	Informazioni su modalità/fonti/quantità di finanziamenti.
Utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche	Promuovere la coerenza tra investimenti ed evidenza dei benefici.	Informazioni sul processo di introduzione nell'Azienda di innovazioni tecnologiche.

Sviluppo di un ambiente culturale favorevole

Area di attività	Obiettivi	Informazioni
Attività di formazione del personale	Sviluppare cultura relativa alla ricerca sanitaria.	Dati aggiornati su numero e tipologie delle iniziative formative
Accessibilità alla informazione e documentazione scientifica	Facilitare l'accesso alle conoscenze e alle competenze per il corretto utilizzo dell'informazione scientifica.	Relazione descrittiva delle azioni intraprese.
<i>Database</i> sulle opportunità di partecipazione a programmi di ricerca	Dare a tutti l'opportunità di accedere alle fonti di finanziamento e alla conoscenza delle diverse opportunità.	Informazioni aggiornate sulle opportunità di finanziamento e partecipazione a programmi di ricerca.
Supporto allo sviluppo di progetti di Ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie (nazionali e straniere)	Mettere a disposizione della organizzazione strumenti per facilitare la realizzazione di progetti con altre istituzioni.	Quali azioni sono state realizzate? • Struttura di supporto (ufficio, funzioni, professionalità) con competenze specifiche per lo sviluppo di progetti in rete. • Struttura per al ricerca di fondi nazionali ed europei.
Sostegno dell'integrazione tra diverse discipline/professioni e tra competenze clinico-assistenziali e gestionali	Sviluppare la ricerca integrata tra diverse specialità come strumento di miglioramento della integrazione all'interno dell'organizzazione.	Numero e tipologia dei progetti multidisciplinari.

Garanzie di trasparenza

Area di attività	Obiettivi	Informazioni
Censimento delle attività di ricerca svolte e delle risorse organizzative/finanziarie dedicate a R & I, e valutazione dei risultati ottenuti	Individuare le aree di maggiore interesse ed eccellenza. Attivare un sistema di rilevazione delle risorse impiegate nei singoli progetti.	Mappatura aggiornata delle aree di attività. Rendicontazione delle risorse impiegate nella ricerca.
Assetto di regole per la trasparenza verso finanziatori privati	Offrire garanzie ai finanziatori privati riguardo alla gestione trasparente ed efficiente delle risorse messe a disposizione.	Esistono sistemi codificati di rilevazione dei costi della ricerca? Esistono procedure e modelli di rendicontazione delle risorse finanziarie ottenute? Esistono sistemi codificati per l'identificazione della proprietà intellettuale? Esiste un sistema codificato delle responsabilità e dei ruoli nella ricerca?
Valorizzazione ruolo del Comitato etico	Garantire che la ricerca sia condotta secondo criteri di correttezza e ammissibilità etica e scientifica. Evitare la duplicazione su temi già noti o la non appropriata gestione delle risorse. Investire i CE della funzione di valutazione critica e proposizione relativamente a scelte di tipo organizzativo-gestionale che possono avere implicazioni etiche.	Esistono procedure e modalità operative atte a garantire che tutte le iniziative di ricerca che si svolgono in Azienda siano valutate dal CE? Esistono modalità di verifica e valutazione della qualità della conduzione delle ricerche in ambito aziendale con particolare riferimento alla sicurezza e al consenso informato? Quali iniziative sono state intraprese a seguito del Decreto ministeriale sulle sperimentazioni di particolare rilevanza per il SSN (approvato nel novembre 2004)?

7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

7.1. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

La settima e ultima sezione del documento è volta a fornire informazioni sull'attività istituzionale svolta per il perseguimento di obiettivi specifici e di particolare rilevanza, locale o regionale.

A differenza delle sezioni che precedono, questa costituisce una parte a contenuto non predeterminato per ora, né - almeno potenzialmente - costante nel tempo, intendendosi con essa cogliere aspetti salienti e/o situazioni critiche, per il Servizio sanitario regionale e il governo aziendale. Avrà perciò a oggetto talora fasce di popolazione *target* e talaltra aree tematiche di particolare interesse sociale e sanitario.

Per l'elaborazione del primo bilancio, il progetto ha individuato nella popolazione anziana l'area di interesse regionale.

L'aumento della popolazione anziana, sia in termini assoluti che percentuali, costringe infatti Regione e Aziende a nuove strategie per assicurare equità al sistema, mantenendo al contempo il massimo dell'efficacia e dell'efficienza in un quadro di compatibilità con la sostenibilità finanziaria di medio e lungo periodo.

Costruire un sistema di valutazione dei bisogni per determinare a chi, con più equità, andranno erogate le diverse tipologie di prestazioni e, contemporaneamente, un sistema di valutazione di efficacia degli interventi posti in essere diventa essenziale per il governo del settore.

Allo sviluppo di questa sezione si dedicherà perciò una particolare attenzione, al fine di selezionare - in coerenza con le indicazioni del prossimo Piano sociale e sanitario - un insieme significativo di indicatori da raccogliere sistematicamente e con modalità comuni e condivise dalle Aziende sanitarie.

Chiaramente, oltre al tema di interesse regionale - comune a tutte le Aziende - la sezione potrà sviluppare anche altre tematiche ritenute particolarmente rilevanti dalla singola Azienda e/o dalle locali Conferenze territoriali sociali e sanitarie.

Conclusioni del Direttore generale

Così come ad apertura del documento è stata prevista una Presentazione da parte del Direttore generale dell'Azienda sanitaria, nella struttura del modello di bilancio di missione proposto si prevede che al Direttore competa anche di chiudere il documento offrendo le proprie Conclusioni.

Quindi, in piena simmetria con quanto già indicato in relazione alla Presentazione, anche quella in oggetto non è l'ultima sezione del documento, bensì l'ambito in cui il Direttore generale presenta ai destinatari del bilancio di missione una propria sintesi valutativa sull'azione istituzionale dell'Azienda.

La natura e il contenuto del documento richiedono, tuttavia, che tali considerazioni conclusive non si limitino a commentare le azioni dell'Azienda, ma offrano un quadro complessivo anche in relazione allo stante e al futuro dell'attività aziendale.

Alla luce dei contenuti informativi specifici presentati nel bilancio di missione, le Conclusioni dovrebbero offrire una sintesi ragionata delle scelte da cui è dipeso, dipende, dipenderà il percorso evolutivo dell'Azienda e della sua azione istituzionale, così da consentire una verifica nel tempo degli esiti istituzionali ed economico-finanziari derivanti dalle scelte strategiche intraprese.

In tal senso, dovrebbero risultare del tutto evidenti le connessioni esistenti fra il bilancio di missione, la relazione del Direttore generale allegata al bilancio di esercizio e i documenti di pianificazione e programmazione aziendale.

Tutto ciò premesso, attraverso le Conclusioni si dovrebbe quindi dispiegare un percorso che, con particolare riferimento all'azione istituzionale dell'Azienda, sequenzialmente proponga:

- un commento consuntivo complessivo;
- anticipazioni sull'andamento in essere;
- considerazioni sulle tendenze prospettiche.

Allegati

Note tecniche per la predisposizione degli indicatori⁵

1. Contesto di riferimento

1.1. Territorio

Distribuzione territoriale della popolazione residente

Distribuzione della popolazione per zone altimetriche

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	percentuale di popolazione residente che, rispetto all'ambito territoriale di riferimento, popola le zone altimetriche di pianura, collina e montagna ⁶
FORMULA DI CALCOLO:	$\frac{\text{popolazione residente in ciascuna zona altimetrica}}{\text{popolazione totale del territorio di riferimento}}$
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale e distrettuale
ANNO DI RIFERIMENTO:	2003
FONTE:	Regione Emilia-Romagna
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	mappa tematica

⁵ Per gli indicatori che nelle pagine seguenti sono semplicemente citati ma non approfonditi, la descrizione analitica e il reperimento delle fonti sono ancora in fase di studio. Il Gruppo di progetto ha deciso di mantenerli come parte integrante del documento anche al fine di stimolare in prospettiva la discussione su indicatori non sempre supportati da dati omogenei e univocamente interpretabili.

⁶ Per zona altimetrica, secondo la definizione ISTAT, si intende il risultato della ripartizione del territorio nazionale in zone omogenee derivanti dall'aggregazione di comuni contigui sulla base di valori soglia altimetrici. Si distinguono zone altimetriche di montagna, di collina e di pianura.

Zona altimetrica di pianura: territorio basso e pianeggiante caratterizzato dall'assenza di masse rilevate, non superiore ai 300 metri di altezza.

Zona altimetrica di collina: territorio caratterizzato dalla presenza di diffuse masse rilevate aventi altitudini, di regola, inferiori a 600 metri nell'Italia settentrionale e 700 metri nell'Italia centro-meridionale e insulare.

Zona altimetrica di montagna: territorio caratterizzato dalla presenza di notevoli masse rilevate aventi altitudini, di norma, non inferiori a 600 metri nell'Italia settentrionale e 700 metri nell'Italia centro-meridionale e insulare.

Densità per Km²

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	numero di abitanti per chilometro quadrato sul territorio di riferimento
FORMULA DI CALCOLO:	numero di abitanti presenti sul territorio di riferimento / estensione in chilometri quadrati del territorio di riferimento
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale e distrettuale
ANNO DI RIFERIMENTO:	2003
FONTE:	Regione Emilia-Romagna
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	mappa tematica

Collocazione geografica

Regioni e province confinanti con rispettivi capoluoghi

Queste informazioni saranno ricomprese nelle mappe tematiche relative alla distribuzione territoriale della popolazione residente.

1.2. Ambiente

Inquinamento atmosferico

Percentuale di giornate/anno con concentrazione di PM₁₀ entro la norma nei centri urbani

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	indica la percentuale di giornate/anno in cui il PM ₁₀ , ⁷ insieme di polveri inquinanti solide e liquide altamente nocive per l'uomo, rimane nei centri urbani entro i limiti di tollerabilità fissati dalla legge
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	provinciale (capoluoghi di provincia e città con più di 50.000 abitanti)
ANNO DI RIFERIMENTO:	2001-2004
FONTE:	ARPA
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	mappa, grafici e tabelle

⁷ Il PM₁₀ (*particulate matter* < 10 µm) viene infatti indicato dagli epidemiologi come il migliore indicatore delle relazioni tra inquinamento atmosferico e salute. Le particelle di diametro inferiore a 10 µm costituiscono infatti la cosiddetta frazione inalabile, in grado di raggiungere l'area bronco-tracheale dell'apparato respiratorio.

1.3. Popolazione

Struttura demografica della popolazione residente

Variazione assoluta e percentuale della popolazione

FORMULA DI CALCOLO:	differenza assoluta e percentuale tra uno o più anni
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	regionale e provinciale. Può essere interessante anche il livello distrettuale
ANNO DI RIFERIMENTO:	2000-2004
FONTE:	rilevazione regionale e/o provinciale
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	mappa, grafici

Indice di invecchiamento

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	indica il peso delle classi anziane, oltre i 65 anni, sul totale della popolazione e assume particolare rilevanza in conseguenza del declino progressivo avvenuto durante l'ultimo secolo
FORMULA DI CALCOLO:	$I_{inv} = \frac{P_{\geq 65}}{P_{tot.}} * 100$
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	regionale e provinciale. Può essere interessante anche il livello distrettuale
ANNO DI RIFERIMENTO:	2000-2004
FONTE:	rilevazione regionale e/o provinciale
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	mappa, grafici

Percentuale di anziani e grandi anziani

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	percentuale di anziani - ultra 75enni - e grandi anziani - ultra 85enni
FORMULA DI CALCOLO:	$I_{75} = \frac{P_{\geq 75}}{P_{tot.}} * 100 \quad I_{85} = \frac{P_{\geq 85}}{P_{tot.}} * 100$
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	regionale e provinciale. Può essere interessante anche il livello distrettuale
Anno di riferimento:	2000-2004
FONTE:	rilevazione regionale e/o provinciale
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	mappa, grafici

Famiglie unipersonali

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	esprime la percentuale di famiglie unipersonali sul totale delle famiglie
FORMULA DI CALCOLO:	$F = \frac{F_1}{F_{\text{tot.}}} * 100$
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	regionale e provinciale
ANNO DI RIFERIMENTO:	1999-2001; censimento 2001
FONTE:	indagine multiscopo ISTAT, censimento
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	mappa, grafici

Presenza di stranieri

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	esprime il peso della componente di popolazione straniera sul totale della popolazione residente
FORMULA DI CALCOLO:	$\text{Stranieri} = \frac{P_{\text{straniera}}}{P_{\text{totale}}} * 100$
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	regionale e aziendale. Per alcune realtà può essere importante anche il livello distrettuale
ANNO DI RIFERIMENTO:	2000-2004
FONTE:	rilevazioni provinciali
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	mappa, grafici

Speranza di vita alla nascita (per genere)

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	è un indicatore indiretto di benessere ed esprime il numero di anni che mediamente ci si attende di vivere alla nascita
FORMULA DI CALCOLO:	è uno degli indicatori che si calcola con le tavole di mortalità/sopravvivenza
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	regionale, provinciale
ANNO DI RIFERIMENTO:	su base triennale 1997-1999 e 2000-2002
FONTE:	Registro di mortalità regionale e popolazione regionale
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	mappa e grafici

Speranza di vita a 65 anni (per genere)

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	esprime il numero di anni che mediamente ci si attende di vivere all'età di 65 anni
FORMULA DI CALCOLO:	è uno degli indicatori che si calcola con le tavole di mortalità/sopravvivenza
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	regionale e provinciale
ANNO DI RIFERIMENTO:	su base triennale 1997-1999 e 2000-2002
FONTE:	Registro di mortalità regionale e popolazione regionale
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	mappa e grafici

Natalità

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: descrive l'impatto delle nascite sulla popolazione complessiva

FORMULA DI CALCOLO:
$$T_{\text{natalità}} = \frac{N}{P_m} * 1000$$

dove:

N = nati nell'anno di riferimento

P_m = popolazione media dell'anno di riferimento

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	regionale, aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	1999-2003
FONTE:	Cedap e popolazione regionale
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	mappa e grafici

1.4. Condizioni socio-economiche

Livello di istruzione

Indice di scolarizzazione

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	classificazione della popolazione residente per titolo di studio (con possibilità di analisi distinte per genere, età, ecc.)
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale, distrettuale
ANNO DI RIFERIMENTO:	2001
FONTE:	ISTAT, censimento 2001
ELABORAZIONE:	a cura del Servizio controllo di gestione e sistemi statistici RER
RAPPRESENTAZIONE:	grafici e tabelle

Caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro

Tasso di attività (per genere)

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	rapporto tra le persone appartenenti alle forze di lavoro e la popolazione compresa fra 15 e 64 anni
FORMULA DI CALCOLO:	$\frac{\text{forze di lavoro (occupati + persone in cerca di occupazione)}}{\text{popolazione 15-64 anni}}$
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	provinciale
ANNO DI RIFERIMENTO:	1995, 2001, 2002, 2003
FONTE:	ISTAT, rilevazione trimestrale sulle forze di lavoro
ELABORAZIONE:	a cura dell'Agenzia Emilia-Romagna Lavoro
RAPPRESENTAZIONE:	tabella

Tasso di occupazione (per genere)

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	rapporto tra gli occupati e la popolazione compresa fra 15 e 64 anni
FORMULA DI CALCOLO:	$\frac{\text{occupati}}{\text{popolazione 15-64 anni}}$
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	provinciale
ANNO DI RIFERIMENTO:	1995, 2001, 2002, 2003
FONTE:	ISTAT, rilevazione trimestrale sulle forze di lavoro
ELABORAZIONE:	a cura dell'Agenzia Emilia-Romagna Lavoro
RAPPRESENTAZIONE:	tabella

Tasso di disoccupazione (per genere)

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	rapporto tra le persone in cerca di occupazione e le forze di lavoro
FORMULA DI CALCOLO:	$\frac{\text{persone in cerca di occupazione}}{\text{forze di lavoro (occupati + persone in cerca di occupazione)}}$
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	provinciale
ANNO DI RIFERIMENTO:	1995, 2001, 2002, 2003
FONTE:	ISTAT, Rilevazione trimestrale sulle Forze di Lavoro
ELABORAZIONE:	a cura dell'Agenzia Emilia-Romagna Lavoro
RAPPRESENTAZIONE:	tabella

Distribuzione delle attività economiche per settore

Lavoratori con contratto interinale (per genere)

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	numero di lavoratori assunti tramite contratto di lavoro temporaneo nell'anno di riferimento
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	provinciale
ANNO DI RIFERIMENTO:	2001-2003
FONTE:	Agenzia Emilia-Romagna Lavoro
ELABORAZIONE:	a cura dell'Agenzia Emilia-Romagna Lavoro
RAPPRESENTAZIONE:	tabella

Lavoratori stranieri per settore di attività

Tenore di vita

Reddito medio *pro capite*

FORMULA DI CALCOLO:	reddito disponibile di famiglie e istituzioni sociali e private (ISP) / popolazione residente a metà anno
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	provincia
ANNO DI RIFERIMENTO:	2003
FONTE:	Agenzia Emilia-Romagna Lavoro
ELABORAZIONE:	a cura dell'Agenzia Emilia-Romagna Lavoro
RAPPRESENTAZIONE:	grafico e tabella

Consumo medio *pro capite*

FORMULA DI CALCOLO:	spesa per consumi finali delle famiglie / popolazione residente a metà anno
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	provincia
ANNO DI RIFERIMENTO:	2003
FONTE:	Agenzia Emilia-Romagna Lavoro
ELABORAZIONE:	a cura dell'Agenzia Emilia-Romagna Lavoro
RAPPRESENTAZIONE:	grafico e tabella

1.5. Osservazioni epidemiologiche

Mortalità

Tasso standardizzato di mortalità

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: per tasso standardizzato con metodo diretto si intende la media ponderata dei tassi specifici per genere e per età. La standardizzazione viene utilizzata per eliminare l'effetto della diversa composizione per genere e per età delle popolazioni esaminate, e consente pertanto di porre a confronto popolazioni diverse. Il tasso standardizzato viene calcolato per alcune cause di morte di cui si forniscono di seguito le specifiche di calcolo.

Tasso standardizzato di mortalità per tumori (cod. ICD-IX 140-239)

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{\sum_y \frac{D_{x,y,z,a}}{P_{x,y,a}} * PR_{x,y}}{\sum_y PR_{x,y}} * 100.000$$

dove:

$D_{x,y,z,a}$ = deceduti residenti nell'ambito territoriale oggetto di studio, di sesso x, appartenenti alla classe di età y e morti per la causa z (cod. ICD-IX 140-239) nell'anno a

$P_{x,y,a}$ = popolazione residente nell'ambito territoriale oggetto di studio nell'anno a, di sesso x, appartenente alla classe di età y

$PR_{x,y}$ = popolazione residente in regione al 31/12/1998, di sesso x, appartenente alla classe di età y

STANDARD DI RIFERIMENTO: popolazione regionale al 31/12/1998

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale e aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 1998-2000-2003

FONTE: Registro di mortalità regionale (REM)

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: mappa e grafici

Tasso standardizzato di mortalità per tumori alla mammella (cod. ICD-IX 174)

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{\sum_y \frac{D_{x,y,z}}{P_{x,y}} * PR_{x,y}}{\sum_y PR_{x,y}} * 100.000$$

dove:

$D_{x,y,z}$ = deceduti residenti nell'ambito territoriale oggetto di studio, di sesso x, appartenenti alla classe di età y e morti per la causa z (ICD-IX 174)

$P_{x,y}$ = popolazione residente nell'ambito territoriale oggetto di studio, di sesso x, appartenente alla classe di età y

$PR_{x,y}$ = popolazione residente in regione, di sesso x, appartenente alla classe di età y

STANDARD DI RIFERIMENTO: popolazione regionale al 31/12/1998

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale e aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 1998-2000-2003

FONTE: Registro di mortalità regionale (REM)

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: mappa e grafici

Tasso standardizzato di mortalità per tumori al collo dell'utero (cod. ICD-IX 180)

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{\sum_y \frac{D_{x,y,z}}{P_{x,y}} * PR_{x,y}}{\sum_y PR_{x,y}} * 100.000$$

dove:

$D_{x,y,z}$ = deceduti residenti nell'ambito territoriale oggetto di studio, di sesso x, appartenenti alla classe di età y e morti per la causa z (ICD-IX 180)

$P_{x,y}$ = popolazione residente nell'ambito territoriale oggetto di studio, di sesso x, appartenente alla classe di età y

$PR_{x,y}$ = popolazione residente in regione, di sesso x, appartenente alla classe di età y

STANDARD DI RIFERIMENTO: popolazione regionale al 31/12/1998

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale e aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 1998-2000-2003

FONTE: Registro di mortalità regionale (REM)

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: mappa e grafici

Tasso standardizzato di mortalità per tumori al colon retto (cod. ICD-IX 153-154)

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{\sum_y \frac{D_{x,y,z}}{P_{x,y}} * PR_{x,y}}{\sum_y PR_{x,y}} * 100.000$$

dove:

$D_{x,y,z}$ = deceduti residenti nell'ambito territoriale oggetto di studio, di sesso x, appartenenti alla classe di età y e morti per la causa z (ICD-IX 153-154)

$P_{x,y}$ = popolazione residente nell'ambito territoriale oggetto di studio, di sesso x, appartenente alla classe di età y

$PR_{x,y}$ = popolazione residente in regione, di sesso x, appartenente alla classe di età y

STANDARD DI RIFERIMENTO: popolazione regionale al 31/12/1998

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale e aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 1998-2000-2003

FONTE: Registro di mortalità regionale (REM)

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: mappa e grafici

Tasso standardizzato di mortalità per traumatismi e avvelenamenti (cod. ICD-IX 800-999)

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{\sum_y \frac{D_{x,y,z}}{P_{x,y}} * PR_{x,y}}{\sum_y PR_{x,y}} * 100.000$$

dove:

$D_{x,y,z}$ = deceduti residenti nell'ambito territoriale oggetto di studio, di sesso x, appartenenti alla classe di età y e morti per la causa z (ICD-IX 800-999)

$P_{x,y}$ = popolazione residente nell'ambito territoriale oggetto di studio, di sesso x, appartenente alla classe di età y

$PR_{x,y}$ = popolazione residente in regione, di sesso x, appartenente alla classe di età y

STANDARD DI RIFERIMENTO: popolazione regionale al 31/12/1998

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale e aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 1998-2000-2003

FONTE: Registro di mortalità regionale (REM)

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: mappa e grafici

Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio (cod. ICD-IX 390-459)

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{\sum_y \frac{D_{x,y,z}}{P_{x,y}} * PR_{x,y}}{\sum_y PR_{x,y}} * 100.000$$

dove:

$D_{x,y,z}$ = deceduti residenti nell'ambito territoriale oggetto di studio, di sesso x, appartenenti alla classe di età y e morti per la causa z (ICD-IX 390-459)

$P_{x,y}$ = popolazione residente nell'ambito territoriale oggetto di studio, di sesso x, appartenente alla classe di età y

$PR_{x,y}$ = popolazione residente in regione, di sesso x, appartenente alla classe di età y

STANDARD DI RIFERIMENTO: popolazione regionale al 31/12/1998

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale e aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 1998-2000-2003

FONTE: Registro di mortalità regionale (REM)

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: mappa e grafici

Tasso standardizzato di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio (cod. ICD-IX 460-519)

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{\sum_y \frac{D_{x,y,z}}{P_{x,y}} * PR_{x,y}}{\sum_y PR_{x,y}} * 100.000$$

dove:

$D_{x,y,z}$ = deceduti residenti nell'ambito territoriale oggetto di studio, di sesso x, appartenenti alla classe di età y e morti per la causa z (ICD-IX 460-519)

$P_{x,y}$ = popolazione residente nell'ambito territoriale oggetto di studio, di sesso x, appartenente alla classe di età y

$PR_{x,y}$ = popolazione residente in regione, di sesso x, appartenente alla classe di età y

STANDARD DI RIFERIMENTO: popolazione regionale al 31/12/1998

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale e aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 1998-2000-2003

FONTE: Registro di mortalità regionale (REM)

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: mappa e grafici

Tasso standardizzato di mortalità per malattie dell'apparato digerente (cod. ICD-IX 520-579)

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{\sum_y \frac{D_{x,y,z}}{P_{x,y}} * PR_{x,y}}{\sum_y PR_{x,y}} * 100.000$$

dove:

$D_{x,y,z}$ = deceduti residenti nell'ambito territoriale oggetto di studio, di sesso x, appartenenti alla classe di età y e morti per la causa z (ICD-IX 520-579)

$P_{x,y}$ = popolazione residente nell'ambito territoriale oggetto di studio, di sesso x, appartenente alla classe di età y

$PR_{x,y}$ = popolazione residente in regione, di sesso x, appartenente alla classe di età y

STANDARD DI RIFERIMENTO: popolazione regionale al 31/12/1998

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale e aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 1998-2000-2003

FONTE: Registro di mortalità regionale (REM)

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: mappa e grafici

Anni medi di vita potenziali persi

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: indica il numero medio di anni di vita persi da coloro che muoiono prima di raggiungere l'età coincidente con la speranza di vita alla nascita della popolazione oggetto di studio. Le cause di decesso esaminate sono: mortalità generale (cioè tutte le cause di morte), tutti i tumori, tumori al colon-retto, alla mammella, al collo dell'utero; malattie del sistema circolatorio, dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente; traumatismi e avvelenamenti.

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{\sum (e_{0,s} - EM_{s,c})}{\sum D_{s,c}}$$

dove:

$e_{0,s}$ = speranza di vita alla nascita calcolata nella popolazione oggetto di studio, di sesso s

$EM_{s,c}$ = età alla morte dei deceduti di sesso s, morti per la causa c a un'età precedente alla speranza di vita alla nascita

$D_{s,c}$ = deceduti residenti nell'ambito territoriale oggetto di studio, di sesso s, morti per la causa c a un'età precedente alla speranza di vita alla nascita

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale e aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 1998, 2000, 2002

FONTE: registro di mortalità regionale (REM)

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: grafici e tabelle

Mortalità evitabile

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	misura la frequenza di morti precoci (che per la loro natura denunciano un evento evitabile, cosiddetto evento sentinella) per cause specifiche, comprese fra 5 e 64 anni di età, che teoricamente sarebbero evitabili attraverso una corretta applicazione di interventi di tipo preventivo, diagnostico e terapeutico.
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	regionale e aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	1998-2000-2003
FONTE:	Registro di mortalità regionale (REM)
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	mappa e grafici

Cause di morte specifiche a rilevanza aziendale

Di cui fornire il tasso standardizzato di mortalità come fatto per le precedenti cause di morte.

Morbosità

Tasso di prevalenza di alcune patologie croniche (asma bronchiale e malattie allergiche, artrosi e artrite, diabete)

Malattie infettive: tubercolosi, AIDS

Altre patologie significative a livello aziendale

1.6. Stili di vita

Principali comportamenti della popolazione influenti sullo stato di salute

Obesità nell'infanzia

Altri comportamenti rilevanti

Selezionati in base all'incidenza sullo stato di salute della popolazione (ad esempio abitudini alimentari, attività fisica, consumo di alcool, fumo).

1.7. Sicurezza

Infortunati stradali

Rapporto di mortalità

FORMULA DI CALCOLO:	$RM = \frac{TotaleMorti}{TotaleIncidenti}$
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	Aziende sanitarie locali
ANNO DI RIFERIMENTO:	2003
FONTE:	ISTAT
ELABORAZIONE:	a cura del Servizio controllo di gestione e sistemi statistici RER
RAPPRESENTAZIONE:	grafici e tabelle

Rapporto di lesività

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	rapporto di mortalità (RM), rapporto di lesività (RL), rapporto di pericolosità (RP, detto anche indice di gravità)
FORMULA DI CALCOLO:	$RL = \frac{TotaleFeriti}{TotaleIncidenti}$
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	Aziende sanitarie locali
ANNO DI RIFERIMENTO:	2003
FONTE:	ISTAT
ELABORAZIONE:	a cura del Servizio controllo di gestione e sistemi statistici RER
RAPPRESENTAZIONE:	grafici e tabelle

Rapporto di pericolosità

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	rapporto di mortalità (RM), rapporto di lesività (RL), rapporto di pericolosità (RP, detto anche indice di gravità)
FORMULA DI CALCOLO:	$RP = \frac{TotaleMorti}{(TotaleMorti + TotaleFeriti)}$
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	Aziende sanitarie locali
ANNO DI RIFERIMENTO:	2003
FONTE:	ISTAT
ELABORAZIONE:	a cura del Servizio controllo di gestione e sistemi statistici RER
RAPPRESENTAZIONE:	grafici e tabelle

Numero di incidenti totale, di morti e feriti

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	Aziende sanitarie locali
ANNO DI RIFERIMENTO:	2003
FONTE:	ISTAT
ELABORAZIONE:	a cura del Servizio controllo di gestione e sistemi statistici RER
RAPPRESENTAZIONE:	grafici e tabelle

Infortuni sul lavoro

Tasso grezzo degli infortuni indennizzati⁸

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: rappresenta la più comune misura dell'impatto esercitato dagli infortuni sulla popolazione lavorativa. È conosciuto anche come indice di incidenza. È costituito dal rapporto tra numero di infortuni avvenuti in un certo anno (e successivamente indennizzati) e numero di addetti relativo al medesimo anno e non tiene in alcun conto la gravità degli eventi lesivi

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{\text{numero di infortuni indennizzati nell'anno}}{\text{totale addetti Inail nell'anno}} * 100$$

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	regionale e provinciale
ANNO DI RIFERIMENTO:	2002
FONTE:	Banca dati INAIL
ELABORAZIONE:	regionale (mediante l'Osservatorio regionale infortuni, AUSL Reggio Emilia)
RAPPRESENTAZIONE:	tabella, grafico

⁸ Per poter confrontare la situazione infortunistica di aree territoriali diverse non può essere usato il tasso grezzo degli infortuni indennizzati che è espressione dell'articolazione per attività lavorativa dell'area rispetto alla quale è calcolato. Occorre invece calcolare, per le aree a confronto, tassi standardizzati per comparto produttivo che considerano i livelli infortunistici che si sarebbero registrati nelle aree in studio se la distribuzione delle attività economiche praticate fosse coincisa con una distribuzione di riferimento assunta come standard. Nei dati forniti si è considerata come distribuzione standard quella degli addetti dell'industria e dei Servizi nell'intero territorio nazionale.

Tasso standardizzato degli infortuni indennizzati

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: il tasso standardizzato diretto misura l'incidenza di infortuni che sperimenterebbe la popolazione in studio (es. gli addetti in provincia di Bologna) se la distribuzione per comparto produttivo fosse quella della popolazione standard (gli addetti in Italia)

FORMULA DI CALCOLO:

$$TSD = \frac{\sum_i (TS_i * N_i)}{\sum_i N_i} * 100$$

dove:

TSD = tasso standardizzato

TS_i = tasso specifico nella popolazione in studio nella i esima classe di Grande Gruppo INAIL

N_i = addetti in Italia nella i esima classe di Grande Gruppo INAIL

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale e provinciale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2002

FONTE: Banca dati INAIL

ELABORAZIONE: regionale (mediante l'Osservatorio regionale infortuni, AUSL Reggio Emilia)

RAPPRESENTAZIONE: tabella, grafico

Infortuni domestici

È attualmente in corso una interessante sperimentazione a Forlì, ma per il momento questi sono i soli dati affidabili. Le Aziende che avessero già raccolto o stessero raccogliendo dati a tale riguardo possono segnalare qui le informazioni di cui sono in possesso.

2. Profilo aziendale

2.1. *Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale*

Economica

Risultato netto di esercizio

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	rispetto del vincolo di bilancio assegnato dalla programmazione regionale
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	2002-2004
FONTE:	bilancio di esercizio
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	dato

Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	contributo della gestione caratteristica e della gestione non caratteristica nella formazione del risultato netto
--------------------------	---

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{RN}{ROC} * 100$$

dove:

RN = risultato netto

ROC = risultato operativo caratteristico

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	2001-2003
FONTE:	bilancio di esercizio e riclassificato regionale
ELABORAZIONE:	aziendale, regionale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico: istogrammi

Risultati netti di esercizio dell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento / risultati complessivi regionali

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: apporto della gestione aziendale alla *performance* complessiva di sistema

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{RN}{RIS\ COMPL\ REG} * 100$$

dove:

RN = risultato netto aziendale dell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento

$RIS\ COMPL\ REG$ = risultati complessivi regionali dell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale, regionale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2001-2003

FONTE: bilancio di esercizio, consolidato regionale

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: grafico: linee (*trend*)

Risultati della gestione caratteristica (ROC) dell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento / ricavi disponibili, a confronto con i medesimi indicatori di livello regionale

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: *trend* della *performance* della gestione caratteristica dell'Azienda, a confronto con il *trend* regionale

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{ROC}{RICAVI\ DISP} * 100$$

dove:

ROC = risultato operativo caratteristico dell'ultimo triennio (aziendale - regionale)

$RICAVI\ DISP$ = ricavi disponibili, come da schema di riclassificazione elaborato RER (aziendale - regionale)

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale, regionale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2001-2003

FONTE: riclassificato regionale

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: grafico

Principali aggregati di fattori produttivi / ricavi disponibili, dell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento, a confronto con Regione

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: assorbimento di risorse per aggregazione di fattori direttamente impiegati nel processo di produzione aziendale, nell'ultimo triennio e rispetto ai corrispondenti valori medi regionali

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{FP_1, FP_2, \dots}{RICAVI DISP} * 100$$

dove:

FP_1, FP_2 = principali aggregati di fattori produttivi

$RICAVI DISP$ = ricavi disponibili dell'ultimo triennio, come da schema di riclassificazione elaborato RER (aziendale - regionale)

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale, regionale
ANNO DI RIFERIMENTO: 2001-2003
FONTE: riclassificato regionale
ELABORAZIONE: regionale
RAPPRESENTAZIONE: grafico (istogramma)

Composizione percentuale dei costi di esercizio annuali

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: struttura dei costi aziendali

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{C_1, C_2, \dots}{COSTI} * 100$$

dove:

$C_1, C_2, \dots$ = categorie di costi, come da schema di riclassificazione regionale

C = costi complessivi, come da schema di riclassificazione regionale

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale, regionale
ANNO DI RIFERIMENTO: 2001-2003
FONTE: riclassificato regionale
ELABORAZIONE: regionale
RAPPRESENTAZIONE: grafico

Mobilità attiva / mobilità passiva

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: grado di attrazione delle strutture aziendali

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{MOB \text{ ATT}}{MOB \text{ PASS}}$$

dove:

MOBATT = mobilità attiva

MOBPASS = mobilità passiva

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale, regionale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2001-2003

FONTE: riclassificato regionale

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: grafico

Finanziaria

Rendiconto finanziario di liquidità (*Fonti impieghi condensato*)

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: dinamica dei flussi monetari - modalità di finanziamento e tipologia di impiego delle fonti finanziarie - relativi all'esercizio

FORMULA DI CALCOLO: rendiconto finanziario di liquidità

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2004 incrementale (fino a raggiungere un triennio)

FONTE: COGE

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico: istogrammi

Debiti medi per forniture in conto esercizio / (costi per beni e servizi/360)

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: durata media dell'esposizione verso fornitori

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{[(debiti \text{ iniziali} + debiti \text{ finali})/2]}{(costi \text{ per beni e servizi})/360}$$

dove:

debiti iniziali, debiti finali = debiti per forniture in conto esercizio

costi per beni e servizi = costi per acquisti di beni e servizi

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2004 incrementale (fino a raggiungere un triennio)

FONTE: bilancio di esercizio aziendale

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: dato

Patrimoniale

Rappresentazione grafica dello stato patrimoniale riclassificato in chiave finanziaria

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	riclassificazione delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale sulla base della scansione temporale dei realizzi/rimborsi delle operazioni di investimento/finanziamento
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	2004 incrementale per Aziende (2001-2003 Regione)
FONTE:	riclassificato bilancio di esercizio
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	dato

Contributi in conto capitale / investimenti in immobilizzazioni materiali nette

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici
--------------------------	--

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{CONTRIBUTI\ C / CAPITALE}{INV\ IMM\ MAT\ NETTE}$$

dove:

CONTRIBUTI C / CAPITALE = contributi in conto capitale

INV IMM MAT NETTE = investimenti in immobilizzazioni materiali nette

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	2002 - 2004
FONTE:	bilancio di esercizio
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico: linee (<i>trend</i>)

Valore assoluto nuovi investimenti

Investimenti effettuati per:

Immobilizzazioni immateriali
Fabbricati indisponibili
Impianti e macchinari
Attrezzature sanitarie
Mobili e arredi
Mobili e arredi di valore artistico
Beni strumentali diversi
Immobilizzazioni materiali in corso e acconti

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: rappresentazione dei nuovi investimenti effettuati nell'esercizio nel loro ammontare complessivo e per singola tipologia
LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO: 2002 - 2004
FONTE: nota integrativa
ELABORAZIONE: aziendale
RAPPRESENTAZIONE: grafico: istogrammi e linee (*trend*), per categoria e per Azienda

Nuovi investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali / totale investimenti lordi

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: grado di rinnovo del patrimonio aziendale

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{NUOVIINVIMM}{TOTINV LORDI}$$

dove:

NUOVIINVIMM = nuovi investimenti in immobilizzazioni materiali e immateriali

TOTINV LORDI = totale investimenti lordi in immobilizzazioni

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO: 2002 - 2004
FONTE: nota integrativa
ELABORAZIONE: aziendale
RAPPRESENTAZIONE: grafico: linee (*trend*)

Valore residuo beni durevoli / totale investimenti lordi beni durevoli

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{VAL RESIDUO}{TOT INV LORDI}$$

dove:

VAL RESIDUO = valore residuo beni durevoli

TOT INV LORDI = totale investimenti lordi in beni durevoli

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2002 - 2004

FONTE: nota integrativa

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico: linee (*trend*)

2.2. Impatto sul contesto territoriale

Economico

Numero di dipendenti totale e suddiviso per ruolo

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: numero di dipendenti presenti in Azienda al 31/12 di ogni anno

ANNO DI RIFERIMENTO: 2001-2004

ELABORAZIONE: aziendale

Numero di MMG, pediatri di libera scelta e medici ambulatoriali

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: numero di medici in convenzione presenti in Azienda al 31/12 di ogni anno

ANNO DI RIFERIMENTO: 2001-2004

ELABORAZIONE: aziendale

Numero di dipendenti sul totale occupati nell'ambito territoriale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2001-2004

ELABORAZIONE: aziendale

Numero di dipendenti dell'Azienda residenti nell'ambito territoriale

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: numero di dipendenti presenti in Azienda al 31/12 residenti nell'ambito territoriale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2001-2004

ELABORAZIONE: aziendale

Volume degli emolumenti erogati per il personale dipendente e convenzionato

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: somme erogate (importi netti) al personale dipendente e convenzionato nei singoli anni
ANNO DI RIFERIMENTO: 2001-2004
ELABORAZIONE: aziendale

Volume dei beni e servizi acquistati da Aziende dell'ambito territoriale e della regione

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: costi per acquisto di beni e servizi da imprese produttive con sede legale nel territorio: aziendale; regionale
ANNO DI RIFERIMENTO: 2004 e anni precedenti in base ai dati disponibili in relazione all'ultimo triennio
ELABORAZIONE: aziendale

Sociale

Lasciti e donazioni ricevuti da cittadini (numero e importo totale)

ANNO DI RIFERIMENTO: 2001-2004
ELABORAZIONE: aziendale

Donazioni e contributi ricevuti da Fondazioni di origine bancaria e da altri soggetti (numero e importo totale)

ANNO DI RIFERIMENTO: 2001-2004
ELABORAZIONE: aziendale

Culturale

Interventi effettuati sul patrimonio aziendale artistico e culturale: immobiliare, mobiliare, librario, archivistico

Relazione descrittiva da parte dell'Azienda in relazione agli anni 2001-2004.

Iniziative pubbliche effettuate (mostre, cataloghi, ecc.)

Relazione descrittiva da parte dell'Azienda in relazione agli anni 2001-2004.

Collaborazioni con altri enti per la valorizzazione del patrimonio

Relazione descrittiva da parte dell'Azienda in relazione agli anni 2001-2004.

2.3. *Livelli essenziali di assistenza*

Costi

Costo *pro capite* ponderato a confronto con quello medio regionale

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO: 2001-2003
FONTE: modelli COA
ELABORAZIONE: regionale
RAPPRESENTAZIONE: grafico (*trend*)

Finanziamento *pro capite* ponderato per i cittadini residenti a confronto con quello *pro capite* regionale

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO: 2001-2003
ELABORAZIONE: regionale
RAPPRESENTAZIONE: grafico (*trend*)

Costo *pro capite* ponderato per livello di assistenza a confronto con quello *pro capite* medio regionale

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO: 2001-2003
ELABORAZIONE: regionale
RAPPRESENTAZIONE: grafico (*trend*)

Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero e della mammella

Percentuale di adesione allo *screening* per la prevenzione del tumore del collo dell'utero nell'anno

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{DS_x}{D_x} * 100$

dove:

$DS_x =$ donne di età 25-64 anni che hanno risposto allo *screening* per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, comprese le aderenti spontanee e le donne temporaneamente escluse per *pap test* recente documentato o perché in *follow up* per patologia

$D_x =$ popolazione *target* annuale (1/3 delle donne di età 25-64 anni alle quali vanno sottratte 1/3 delle donne escluse in via definitiva)

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale, distrettuale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: Sistema informativo *screening*

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Percentuale di adesione allo *screening* per la prevenzione del tumore della mammella nell'anno

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{DS_x}{D_x} * 100$

dove:

$DS_x =$ donne di età 50-69 anni che hanno risposto allo *screening* per la prevenzione del tumore della mammella, comprese le aderenti spontanee e le donne temporaneamente escluse per mammografia recente documentata o perché in *follow up* per patologia

$D_x =$ popolazione *target* annuale (1/2 delle donne di età 50-69 anni alle quali vanno sottratte 1/2 delle donne escluse in via definitiva)

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale, distrettuale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: Sistema informativo *screening*

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Copertura vaccinale nei bambini

Tasso di copertura per vaccinazione contro la meningite da emofilo (anti Hib) nei bambini di 2 anni

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{PV_x}{P_x} * 100$

dove:

PV_x = bambini residenti nati nel (anno di rilevazione -2) che al 24° mese di età hanno ricevuto almeno 3 dosi di vaccino anti-HBV

P_x = popolazione residente di 2 anni (al 31/12 dell'anno di rilevazione)

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: flusso sulle coperture vaccinali della Pediatria di comunità gestito dal Servizio di sanità pubblica

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Tasso di copertura per vaccinazione contro la poliomelite nei bambini di 2 anni

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{PV_x}{P_x} * 100$

dove:

PV_x = bambini residenti nati nel (anno di rilevazione -2) che al 24° mese di età hanno ricevuto almeno 3 dosi di vaccino anti-polio

P_x = popolazione residente di 2 anni (al 31/12 dell'anno di rilevazione)

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: flusso sulle coperture vaccinali della Pediatria di comunità gestito dal Servizio di sanità pubblica

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Tasso di copertura per vaccinazione contro il morbillo nei bambini di 2 anni

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{PV_x}{P_x} * 100$

dove:

PV_x = bambini residenti nati nel (anno di rilevazione -2) che al 24° mese di età hanno effettuato la vaccinazione contro il morbillo

P_x = popolazione residente di 2 anni (al 31/12 dell'anno di rilevazione)

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: flusso sulle coperture vaccinali della Pediatria di comunità gestito dal Servizio di sanità pubblica

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Tasso di copertura per vaccinazione contro la pertosse nei bambini di 2 anni

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{PV_x}{P_x} * 100$

dove:

PV_x = bambini residenti nati nel (anno di rilevazione -2) che al 24° mese di età hanno ricevuto almeno 3 dosi di vaccino anti-pertosse

P_x = popolazione residente di 2 anni (al 31/12 dell'anno di rilevazione)

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: flusso sulle coperture vaccinali della Pediatria di comunità gestito dal Servizio di sanità pubblica

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Copertura vaccinale nella popolazione anziana

Tasso di copertura per vaccinazione antinfluenzale nella popolazione anziana

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{PV_x}{P_x} * 100$

dove:

PV_x = popolazione di età superiore ai 64 anni che ha effettuato la vaccinazione antinfluenzale

P_x = popolazione residente di età superiore ai 64 anni al 31/12 dell'anno di inizio campagna

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: flusso *ad hoc*

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Controlli sugli ambienti di lavoro

Percentuale di Aziende con infrazioni

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{A_{i,x}}{A_x} * 100$

dove:

$A_{i,x}$ = Aziende con infrazioni alle norme di sicurezza nel lavoro, appartenenti ai singoli comparti (metalmecanico, edilizia, legno, sanità⁹)

A_x = Aziende appartenenti ai singoli comparti e sottoposte a controlli

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale, distrettuale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: Sistema informativo DSP

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Controllo sugli allevamenti e sulle industrie alimentari

Percentuale di aziende alimentari controllate

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{A_c}{A} * 100$

dove:

A_c = aziende di trasformazione, lavorazione e confezionamento di alimenti controllate

A = numero totale di aziende di trasformazione, lavorazione e confezionamento di alimenti in attività sul territorio

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale, distrettuale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: Sistema informativo DSP

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

⁹ Intesa come settore sanità nel suo complesso: sanità pubblica (ospedali e ambulatori) e privata.

Percentuale di aziende alimentari controllate con infrazioni

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{A_i}{A_c} * 100$

dove:

A_i = aziende di trasformazione, lavorazione e confezionamento di alimenti con irregolarità

A_c = totale aziende di trasformazione, lavorazione e confezionamento di alimenti sottoposte a controlli

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale, distrettuale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: Sistema informativo DSP

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Percentuale di aziende controllate nell'ambito della ristorazione

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{A_c}{A} * 100$

dove:

A_c = aziende di ristorazione (bar e affini, ristoranti e affini, mense e gastronomie) controllate

A = numero totale di aziende di ristorazione (bar e affini, ristoranti e affini, mense e gastronomie) in attività sul territorio

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale, distrettuale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: Sistema informativo DSP

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Percentuale di aziende controllate nell'ambito della ristorazione con infrazioni

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{A_i}{A_c} * 100$

dove:

A_i = aziende di trasformazione, lavorazione e confezionamento di alimenti con irregolarità

A_c = totale aziende di trasformazione, lavorazione e confezionamento di alimenti sottoposte a controlli

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale, distrettuale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: Sistema informativo DSP

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Percentuale di sopralluoghi per allevamento

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{S}{A} * 100$

dove:

S = numero di sopralluoghi

A = numero di allevamenti

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale, distrettuale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: Sistema informativo DSP

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Assistenza distrettuale

Assistenza residenziale e semiresidenziale (per anziani, handicap, psichiatria, dipendenze patologiche)

Numero di posti letto per 1.000 abitanti anziani

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{PL_s}{P_x} * 1.000$

dove:

PL_s = numero di posti letto destinati ad anziani per tipo di struttura (residenziale o semiresidenziale) al 31/12 dell'anno oggetto di studio

P_x = popolazione residente di età ≥ 75 anni al 31/12 dell'anno oggetto di studio

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale, distrettuale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: flussi ministeriali

ELABORAZIONE: regionale/aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Numero di posti letto destinati a portatori di *handicap* per 1.000 abitanti

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{PL_s}{P} * 1.000$

dove:

PL_s = numero di posti letto destinati a persone con handicap per tipo di struttura (residenziale o semiresidenziale) al 31/12 dell'anno oggetto di studio

P = popolazione residente al 31/12 dell'anno oggetto di studio

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale, distrettuale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: flussi ministeriali

ELABORAZIONE: regionale/aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Numero di posti letto destinati alla psichiatria per 1.000 abitanti

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{PL_s}{P} * 1.000$

dove:

PL_s = numero di posti letto destinati alla psichiatria per tipo di struttura (residenziale o semiresidenziale) al 31/12 dell'anno oggetto di studio

P = popolazione residente al 31/12 dell'anno oggetto di studio

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale, distrettuale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: flussi ministeriali

ELABORAZIONE: regionale/aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Numero di posti letto destinati a persone con dipendenze patologiche per 1.000 abitanti

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{PL_s}{P} * 1.000$

dove:

PL_s = numero di posti letto destinati a persone con dipendenze patologiche per tipo di struttura (residenziale o semiresidenziale) al 31/12 dell'anno oggetto di studio

P = popolazione residente al 31/12 dell'anno oggetto di studio

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale, distrettuale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: flussi ministeriali

ELABORAZIONE: regionale/aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

La rete delle cure palliative: ADI e hospice

Percentuale di pazienti assistiti per classi di età

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{paz_x}{paz} * 100$

dove:

paz_x = pazienti seguiti in assistenza domiciliare, nell'anno oggetto di studio, appartenenti alla classe di età x

paz = numero totale di pazienti assistiti al domicilio nell'anno oggetto di studio

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale, distrettuale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2002-2003

FONTE: Sistema informativo dell'assistenza domiciliare integrata (Flusso Repetto SI-ADI)

ELABORAZIONE: regionale, aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Percentuale di TAD per livello di intensità assistenziale

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{TAD_i}{TAD} * 100$

dove:

TAD_i = numero di TAD appartenenti al livello di intensità assistenziale i (bassa, media o alta) nell'anno di rilevazione

TAD = numero totale di TAD nell'anno di rilevazione

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale, distrettuale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2002-2003

FONTE: Sistema informativo dell'assistenza domiciliare integrata (Flusso Repetto SI-ADI)

ELABORAZIONE: regionale, aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Percentuale di TAD per tipologia di assistenza

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{TAD_t}{TAD} * 100$

dove:

TAD_t = numero di TAD di tipologia di assistenza t (assistenza di medicina generale, infermieristica, specialistica, sociale, del volontariato) nell'anno di rilevazione

TAD = numero totale di TAD nell'anno di rilevazione

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale, distrettuale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2002-2003

FONTE: Sistema informativo dell'assistenza domiciliare integrata (Flusso Repetto SI-ADI)

ELABORAZIONE: regionale, aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Numero di posti letto

FORMULA DI CALCOLO: $\sum PL$

dove:

PL = posti letto al 31/12 dell'anno oggetto di studio

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale e aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2002-2003

FONTE: Sistema informativo Assistenza residenziale *hospice*

ELABORAZIONE: regionale, aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Numero di pazienti dimessi

FORMULA DI CALCOLO: $\sum DIM$

dove:

DIM = numero di pazienti dimessi dall'*hospice* al 31/12 dell'anno oggetto di studio

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale e aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2002-2003

FONTE: Sistema informativo Assistenza residenziale *hospice*

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Degenza media

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{GG}{DIM}$

dove:

GG = giornate di degenza in *hospice* al 31/12 dell'anno oggetto di studio

DIM = numero di dimessi dall'*hospice* al 31/12 dell'anno oggetto di studio

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2002-2003

FONTE: Sistema informativo Assistenza residenziale *hospice*

ELABORAZIONE: regionale, aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Consultori familiari

Percentuale di donne seguite in gravidanza

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{DG_c}{DG} * 100$

dove:

DG_c = donne in gravidanza seguite dai consultori familiari nell'anno di rilevazione

DG = numero totale di donne in gravidanza nell'anno di rilevazione

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: Sistema informativo Consultori

ELABORAZIONE: regionale, aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Numero utenti su popolazione *target*

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{D_c}{D} * 100$

dove:

D_c = donne seguite dai consultori familiari nell'anno di rilevazione

D = numero totale di donne *target* (età 15-64) nell'anno di rilevazione

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: Sistema Informativo Consultori

ELABORAZIONE: regionale, aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Distribuzione percentuale dell'attività

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{P_c}{P} * 100$

dove:

P_c = prestazioni effettuate dai consultori familiari nell'anno di rilevazione nel singolo settore di attività c (menopausa, contraccezione, gravidanza, IVG, psicologia, puerperio, ginecologia, prevenzione tumori)

P = numero totale di prestazioni effettuate dai consultori nell'anno di rilevazione

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale, distrettuale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: Sistema informativo Consultori

ELABORAZIONE: regionale, aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Salute mentale

Dimissioni su 10.000 abitanti

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{DIM}{P} * 10.000$

dove:

DIM = dimissioni dal reparto di diagnosi e cura al 31/12 dell'anno oggetto di studio

P = totale popolazione residente al 31/12 dell'anno oggetto di studio

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

Fonte: Sistema informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)

ELABORAZIONE: regionale, aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Trattamenti sanitari obbligatori (TSO)

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{TSO}{Dim} * 100$

dove:

TSO = numero di ricoveri TSO eseguiti nell'anno di rilevazione

DIM = totale dimissioni dal reparto di diagnosi e cura al 31/12 dell'anno oggetto di studio

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

Fonte: Sistema informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)

ELABORAZIONE: regionale, aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Persone trattate su 10.000

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{paz}{P} * 10.000$

dove:

paz = numero di pazienti seguiti dal dipartimento salute mentale nell'anno di rilevazione

P = popolazione residente al 31/12 dell'anno di rilevazione

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

Fonte: Sistema informativo psichiatria

ELABORAZIONE: regionale, aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Assistenza farmaceutica

Composizione spesa farmaceutica distinta per quota distribuita tramite farmacie convenzionate e per quota a distribuzione diretta

FORMULA DI CALCOLO: $(\sum P * S) + (\sum UP * C_{UP})$

dove:

$P * S =$ pezzi per spesa unitaria nell'anno in esame

$UP * C_{UP} =$ unità posologiche per costo delle unità posologiche nell'anno in esame (la quota a distribuzione diretta si riferisce a farmaci erogati a soggetti con patologie croniche, o a pazienti al momento della loro dimissione)

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2002-2003

FONTE: flussi informativi assistenza farmaceutica territoriale (AFT) e assistenza farmaceutica ospedaliera (AFO)

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Consumo *pro capite* di alcune categorie terapeutiche di farmaci a confronto con la *best practice* regionale

FORMULA DI CALCOLO: $\text{consumo } pro \text{ capite} = \frac{DDD_A}{365 * P_A} * 1.000$ (la *best practice* regionale coincide con il valore minimo aziendale di consumo *pro capite*)

dove:

$DDD_A =$ numero totale di dosi di farmaco consumate nell'anno esaminato nell'azienda A

$P_A =$ popolazione residente al 31/12 dell'anno esaminato nell'azienda A

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2002-2003

FONTE: Sistema informativo AFT

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Assistenza specialistica ambulatoriale

Indice di consumo standardizzato per età specifico per raggruppamenti

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{\sum_e \frac{PT_{e,x,y}}{Pop_{e,x}} * Pop_{e,s}}{\sum_e Pop_{e,s}}$$

dove:

$PT_{e,x,y}$ = totale delle prestazioni consumate nell'ambito del raggruppamento y (diagnostica, laboratorio, riabilitazione, terapia, visite) da persone di età e, residenti nella popolazione x al 31/12 dell'anno considerato

$Pop_{e,x}$ = popolazione di età e al 31/12 dell'anno considerato

$Pop_{e,s}$ = popolazione regionale di età e al 31/12/2001

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale, distrettuale
ANNO DI RIFERIMENTO: 2002-2003
FONTE: Sistema informativo assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)
ELABORAZIONE: regionale
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Tempi di attesa osservati per visite e diagnostica

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: l'indicatore è rappresentato dalla percentuale di prestazioni (visite, diagnostica, ecc.) relative a una determinata classe di giorni di attesa (entro 30 gg, 45 gg, 60 gg, 75 gg, 90 gg, oltre 90 gg) sul totale delle prestazioni in questione. Di queste prestazioni si prendono in considerazione le sole prestazioni programmate (non urgenti) a carico del SSN.

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO: 2002-2003
FONTE: Sistema informativo assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)
ELABORAZIONE: regionale
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Assistenza ospedaliera

Struttura dell'offerta: presidi pubblici e privati accreditati

Posti letto su 1.000 abitanti per acuti (ordinario e DH)¹⁰

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{PL_i}{P} * 1.000$

dove:

PL_i = numero di posti letto per acuti in regime di ricovero i (ordinario o DH) al 31/12 dell'anno esaminato

P = popolazione residente al 31/12 dell'anno esaminato

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003 / *trend*

FONTE: flussi ministeriali

ELABORAZIONE: regionale, aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Posti letto su 1.000 abitanti per lungodegenza e riabilitazione

FORMULA DI CALCOLO: $\frac{PL_x}{P} * 1.000$

dove:

PL_x = numero di posti letto al 31/12 dell'anno esaminato, per reparto x (lungodegenza, riabilitazione)

P = popolazione residente al 31/12 dell'anno esaminato

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003 / *trend*

FONTE: flussi ministeriali

ELABORAZIONE: regionale, aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

¹⁰ Nel calcolo dei posti letto vanno compresi quelli delle Aziende ospedaliere e delle strutture private accreditate che insistono sul territorio dell'Azienda USL.

Grado di attrazione delle strutture aziendali

Indice di attrazione da altre regioni e da altre Aziende della regione

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: l'indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione delle Aziende USL (IDSP) esprime percentualmente per ciascuna struttura/Azienda produttrice la provenienza dei propri dimessi, ed è un indicatore della capacità di attrazione di una struttura ospedaliera.

FORMULA DI CALCOLO:
$$\frac{D_{x,y}}{D_y} * 100$$

dove:

$D_{x,y}$ = dimessi dalla struttura y residenti nella popolazione x al 31/12/aa dove x è un ambito territoriale diverso da quello della struttura

D_y = dimessi dalla struttura y al 31/12/aa

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: Sistema informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)

ELABORAZIONE: regionale, aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Assistenza ospedaliera

Tasso standardizzato di ospedalizzazione per ricovero ordinario, DH medico e DH chirurgico

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: il tasso standardizzato con metodo diretto è una media ponderata dei tassi specifici per età. La standardizzazione viene utilizzata per eliminare l'effetto della diversa composizione per età delle popolazioni esaminate e consente, pertanto, di porre a confronto popolazioni diverse.

FORMULA DI CALCOLO:

$$\frac{\left(\sum_x \left(\frac{DIM_{x,y,a}}{P_{x,a}} * PR_x \right) \right)}{\sum_x PR_x} * 1.000$$

dove:

$DIM_{x,y,a}$ = dimessi al 31/12 dell'anno a, per regime di ricovero y (ordinario, DH medico, DH chirurgico) appartenenti alla classe di età x

$P_{x,a}$ = popolazione residente al 31/12 dell'anno a appartenente alla classe di età x

PR_x = popolazione regionale al 31/12 di un determinato anno (popolazione tipo)

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003 / *trend*

FONTE: Sistema informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)

ELABORAZIONE: regionale, aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Tempi di attesa per ricoveri programmati secondo l'accordo Stato-Regioni

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: si tratta di prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio regionale definite critiche per i tempi di attesa. Di queste prestazioni si prendono in considerazione i ricoveri per acuti programmati (non urgenti) a carico del SSN sia in regime ordinario che *day hospital*. L'indicatore è rappresentato dalla percentuale di queste prestazioni relative a una determinata classe di giorni di attesa (entro 30 gg, entro 90 gg, entro 180 gg, oltre 180 gg) sul totale delle prestazioni in questione. Gli interventi monitorati sono: cataratta, chemioterapia, coronarografia, neoplasia del colon retto, della mammella, del polmone, o protesi d'anca.

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: Sistema informativo della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Piano sangue: raccolta e consumi

FORMULA DI CALCOLO: $\sum U$

dove:

U = totale unità di sangue raccolte e unità rosse consumate nel triennio

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: 2000-2003

FONTE: Sistema informativo del Centro regionale sangue

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: tabella

Qualità dell'assistenza

Alcuni indicatori di processo e di risultato

Basso peso alla nascita

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: ambiti con percentuale particolarmente elevata di neonati di basso peso possono evidenziare un problema di accesso alle cure prenatali.

FORMULA DI CALCOLO: *numeratore*: numero di nati con codice di diagnosi, in qualsiasi posizione, con indicazione di un peso inferiore ai 2.500 grammi. Vengono inoltre escluse le dimissioni MDC 15 (periodo neonatale) e i trasferimenti da altro ospedale.
denominatore: nati vivi

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale, distrettuale

ANNO DI RIFERIMENTO: fino al 2004

FONTE: scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Ricoveri per polmoniti e influenza negli anziani

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: alti tassi di ospedalizzazione per polmoniti e influenza tra la popolazione anziana possono rilevare una bassa percentuale di vaccinazione.

FORMULA DI CALCOLO: *numeratore*: dimissioni con codice di diagnosi, in qualsiasi posizione, di polmonite (pneumococcica) o influenza in pazienti con età ≥ 65 anni. Vengono inoltre escluse le dimissioni con MDC 14 (gravidanza, parto e puerperio) e MDC 15 (periodo neonatale).
denominatore: popolazione residente di età ≥ 65 anni

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale, distrettuale

ANNO DI RIFERIMENTO: fino al 2004

FONTE: scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

Diabete, complicazioni a breve termine

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	le complicazioni acute severe del diabete includono l'ipoglicemia e il coma diabetico. Il coma diabetico è un condizione che richiede un trattamento in emergenza e include il coma ipoglicemico (coma diabetico chetoacidotico e iperosmolare), coma ipoglicemico diabetico e acidosi lattica. Queste complicazioni si manifestano frequentemente in pazienti che non seguono adeguatamente la terapia o per scarsa informazione o per inadeguato monitoraggio e sorveglianza da parte di personale qualificato
FORMULA DI CALCOLO:	<i>numeratore:</i> dimissioni con codice di diagnosi di complicazioni a breve termine (chetoacidosi, coma) per diabete, in qualsiasi posizione, limitatamente ai soli casi con età ≥ 18 anni. Vengono inoltre escluse le dimissioni con MDC 14 (gravidanza, parto e puerperio) e MDC 15 (periodo neonatale) e i trasferimenti da altro ospedale. <i>denominatore:</i> popolazione residente
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale, distrettuale
ANNO DI RIFERIMENTO:	fino al 2004
FONTE:	scheda di dimissione ospedaliera (SDO)
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	tabella, grafico

Diabete, complicazioni a lungo termine

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	le complicazioni del diabete a lungo termine includono: retinopatie, malattie microvascolari (incluse malattie coronariche, cerebrovascolari e disturbi vascolari periferici che portano all'amputazione), Neuropatie, compromissioni renali. Tali complicazioni possono essere diminuite o ritardate se il paziente controlla correttamente la glicemia e se riceve un adeguato e tempestivo trattamento negli stadi iniziali delle complicazioni.
FORMULA DI CALCOLO:	<i>numeratore:</i> dimissioni con codice di diagnosi di complicazioni a lungo termine (renale, occhio, apparato circolatorio o altrimenti non specificata) per diabete, in qualsiasi posizione, limitatamente ai soli casi con età ≥ 18 anni. Vengono inoltre escluse le dimissioni con MDC 14 (gravidanza, parto e puerperio) e MDC 15 (periodo neonatale) e i trasferimenti da altro ospedale. <i>denominatore:</i> popolazione residente <i>Nota: si consiglia l'uso di un valore aggiustato per fattori rischio (genere ed età)</i>
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale, distrettuale
ANNO DI RIFERIMENTO:	fino al 2004
FONTE:	scheda di dimissione ospedaliera (SDO)
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	tabella, grafico

Parti con taglio cesareo

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	nonostante l'elevata percentuale di cesarei non rappresenti in assoluto una misura di inappropriatazza, la valutazione della variabilità tra ospedali (oltre al confronto con standard nazionali e internazionali) può consentire l'identificazione di aree in cui può essere ridotta
FORMULA DI CALCOLO:	parti con taglio cesareo (DRG 370, 371) / dimissioni con DRG di parto (370 - 375)
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale, distrettuale
ANNO DI RIFERIMENTO:	fino al 2004
FONTE:	scheda di dimissione ospedaliera (SDO)
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	tabella, grafico

Mortalità intraospedaliera a seguito di alcuni interventi chirurgici in elezione e a basso rischio

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	sebbene un qualsiasi intervento chirurgico preveda un certo grado di rischio, la mortalità per alcune procedure elettive per i casi non complicati dovrebbe essere rara
FORMULA DI CALCOLO:	<i>numeratore</i> : numero dei pazienti deceduti <i>denominatore</i> : ricerca dei codici di procedura in qualsiasi posizione: per <i>l'isterectomia</i> si escludono i tumori agli organi genitali femminili e i traumi pelvici; per la <i>laminectomia</i> / <i>fusione</i> spinale vengono incluse solo gli spostamenti semplici delle vertebre; per la <i>colecistectomia</i> si includono solo le colecistiti e/o colelitiasi non acute e non complicate; per la <i>prostatectomia transuretrale</i> si includono sole le iperplasie prostatiche; per la <i>sostituzione dell'anca</i> si include solo l'osteoartrosi dell'anca; per la <i>sostituzione del ginocchio</i> si include solo l'osteoartrosi del ginocchio età maggiore di 17 anni. Si escludono i dimessi con MDC 14 (gravidanza, parto e puerperio) e 15 (periodo neonatale) e i trasferiti ad altro istituto di ricovero.
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale, distrettuale
ANNO DI RIFERIMENTO:	fino al 2004
FONTE:	scheda di dimissione ospedaliera (SDO)
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	tabella, grafico

Mortalità intraospedaliera per infarto miocardico acuto

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	la mortalità per questa condizione viene assunta come indicatore della tempestività e della appropriatezza delle cure erogate.
FORMULA DI CALCOLO:	<i>numeratore</i> : numero dei pazienti deceduti <i>denominatore</i> : numero dei pazienti con ricovero in regime ordinario presso un ospedale della regione Emilia-Romagna in cui risulta segnalato, in qualsiasi posizione, un codice ICD-IX-CM di diagnosi 410._1 (Episodio iniziale di assistenza) e con ammissione nei reparti di cardiocirurgia (07), cardiologia (08), geriatria (21), Medicina generale (26), Terapia intensiva (49), UTIC (50), Medicina d'urgenza (51). Le analisi sono state eseguite considerando come unico episodio di cura anche eventuali ricoveri successivi a quello indice, non intervallati da una dimissione a domicilio. È stata selezionata una coorte di pazienti con IMA quindi il conteggio non tiene conto di eventuali reinfarti. Vengono esclusi i Pazienti con diagnosi 410.7_; Pazienti con una diagnosi principale non appartenente al capitolo "Malattie e disturbi del Sistema circolatorio" (MDC <> 5); Pazienti ammessi in Geriatria (disciplina 21) e Medicina generale (26) con tipo ricovero non urgente (<> 2); Pazienti non deceduti con durata della degenza inferiore a 4 giorni; Paziente con diagnosi 997.1 (complicanze cardiache non specificate altrove) e DRG 468
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale, distrettuale
ANNO DI RIFERIMENTO:	fino al 2004
FONTE:	scheda di dimissione ospedaliera (SDO)
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	tabella, grafico

Tasso di ospedalizzazione evitabile (diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, asma, patologia respiratoria ostruttiva)

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE:	un'efficace ed efficiente presenza di servizi di assistenza primaria può individuarsi nell'ideale assenza di ricoveri quando la complessità e la gravità della patologia (diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, asma, patologia respiratoria ostruttiva) non sono tali da giustificare la degenza ospedaliera.
FORMULA DI CALCOLO:	numero dimissioni per ricoveri evitabili / popolazione residente
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale, distrettuale
ANNO DI RIFERIMENTO:	fino al 2004
FONTE:	scheda di dimissione ospedaliera (SDO)
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	tabella, grafico

Glossario

Accreditamento

Processo/procedura attraverso la quale un organismo autorizzato rilascia formale riconoscimento che una organizzazione o una persona ha la competenza per svolgere uno specifico compito (UNI CEI EN 45020:1998).

Tale processo tende a garantire assistenza sanitaria di buona qualità ed efficienza organizzativa e comporta la definizione di standard e processi di verifica esterna per valutare l'aderenza ad essi delle organizzazioni sanitarie.

Nota. In Italia si usa la parola accreditare in diversi contesti:

- *Decreto legislativo 502/1992 (art. 8, c. 7) e successive modifiche e integrazioni e Decreto legislativo 229/1999 (art. 8 quater). Compete alle Regioni l'introduzione di sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica della qualità dei servizi a partire dalla autorizzazione a operare già posseduta (requisiti minimi: DPR 14 gennaio 1997) per riconoscere ai soggetti già autorizzati all'esercizio di attività sanitarie lo status di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio sanitario nazionale. In tale contesto l'accREDITAMENTO è una verifica di parte 2ª (fornitore-cliente)*
- *AccREDITAMENTO professionale*
Attivato dalla Società italiana di VRQ, da società scientifiche e da gruppi di professionisti, di natura volontaria e autogestito; si realizza mediante visite scambievoli fra pari.
- *AccREDITAMENTO di eccellenza*
Utilizzato soprattutto in Lombardia e Veneto, allude a riconoscimenti di enti terzi (certificatori, Joint Commission International, Canadian Council on Health Care, Accreditori, ...) acquisiti dalle organizzazioni sanitarie oltre l'accREDITAMENTO istituzionale.
- *Enti di certificazione*
Gli enti di certificazione per potersi proporre come verificatori dei requisiti previsti dalle Norme UNI EN ISO (per la certificazione di parte 3ª), devono essere accREDITATI come idonei da un ente sovraordinato (per l'Italia il SINCERT) e coordinato con altri a livello europeo.
- *AccREDITAMENTO laboratori di prova*
I laboratori che provano materiali e tecnologie, secondo la normativa internazionale devono essere accREDITATI a farlo. Si applicano ad essi le norme della serie EN ISO 45000.

Analisi partecipata della qualità (APQ)

L'analisi partecipata della qualità è una procedura di valutazione di servizi pubblici e sociali in generale [...] la quale si interessa a tre grandi aree della qualità: la qualità tecnica (con esclusione di ciò che attiene alle risorse economiche e all'adeguatezza dell'assistenza rispetto ai protocolli diagnostici e terapeutici), la dimensione interpersonale e il comfort.

[...] l'APQ è un'analisi di tipo partecipativo, la quale, peraltro, comporta il coinvolgimento di più soggetti: le amministrazioni, lo staff tecnico (direzione dell'indagine), gli operatori (sanitari, amministrativi, ecc.) dei servizi e i cittadini, a doppio titolo: come membri dello staff tecnico e come soggetti di informazione.

(D'Andrea L., Quaranta G., Quinti G. *Manuale tecnico dell'analisi partecipata della qualità*. Laboratorio di Scienze della Cittadinanza, Roma 1996, pp. 29-30).

Appropriatezza

Misura della capacità di fornire - al livello di assistenza più idoneo - un intervento efficace per uno specifico soggetto (paziente) nel rispetto delle sue preferenze individuali e dei suoi valori culturali e sociali.

È utile distinguere tra *appropriatezza clinica*, intesa come la capacità di fornire l'intervento più efficace date le caratteristiche e le aspettative di un determinato paziente e *appropriatezza organizzativa*, intesa come capacità di scegliere il livello assistenziale più idoneo all'erogazione delle cure.

Assicurazione della qualità

Parte della gestione per la qualità mirata a dare fiducia che i requisiti per la qualità saranno soddisfatti (UNI EN ISO 9000:2000 p. 3.2.11).

Audit

È uno strumento per la sorveglianza sulla qualità su un'intera organizzazione o sue parti. Si caratterizza per:

- uno strumento/oggetto di riferimento
 - un oggetto: il modello di riferimento (es. ISO 9001, capitolato, modello per l'accreditamento dell'Emilia-Romagna, ...);
 - un campo di applicazione: un'intera organizzazione o sue parti;
 - uno scopo: verificare il posizionamento dell'organizzazione rispetto ai criteri del modello di riferimento oggetto della verifica.
- un obiettivo
 - esempio, priorità della direzione, verifica di un capitolato, dello stato di applicazione di un modello.

- una estensione della verifica
 - numero e dettaglio delle articolazioni operative, numero e tipologia delle norme e altri requisiti cogenti, informazioni da precedenti *audit* o altre fonti da considerare.

Tali verifiche possono essere realizzate a livelli progressivi di approfondimento.

- conformità;
- adeguatezza;
- efficacia;
- evolutività.

***Audit* civico**

Il processo di *audit* civico si fonda sull'utilizzo di uno strumento per la valutazione della qualità dei servizi da parte dei cittadini/utenti, attraverso il quale si individua la presenza (o la assenza/carenza) di attività volte a semplificare l'approccio alle cure da parte dei cittadini e si impostano azioni di *benchmarking* (o di miglioramento).

L'utilizzo di tale strumento prevede la definizione di indicatori; la produzione di fogli raccolta dati; la co-progettazione cittadini-referenti aziendali delle modalità di raccolta di tali dati; il reclutamento e la formazione dei gruppi di monitoraggio; la definizione delle strutture di elaborazione dei dati e di valutazione dei risultati.

La metodologia dell'*audit* civico è stata ideata e prodotta in *partnership* fra Cittadinanzattiva e il Tribunale per i diritti del malato.

***Audit* clinico**

Attività condotta secondo modalità sistematiche e standardizzate, finalizzata al miglioramento della qualità dell'assistenza, attraverso una revisione dei processi adottati e/o degli esiti clinici ottenuti in specifiche categorie di pazienti, e il confronto rispetto a standard concordati ed espliciti.

***Audit* della qualità**

Processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere evidenze della verifica ispettiva e valutarle con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i criteri della verifica ispettiva sono stati soddisfatti (UNI EN ISO 19011).

Uno degli scopi della verifica ispettiva della qualità è quello di valutare l'esigenza di azioni correttive o miglioramenti; tale verifica non va confusa con le attività di sorveglianza e collaudo effettuate per controllare un processo e accettare un prodotto.

Note.

- *Gli audit interni, a volte denominati audit di prima parte, sono effettuati, per il riesame da parte della direzione e per altri fini interni, dall'organizzazione stessa, o per suo conto, e possono costituire la base per un'autodichiarazione di conformità da parte dell'organizzazione.*
- *Gli audit esterni comprendono quelli che sono generalmente denominati audit di seconda parte e di terza parte. Gli audit di seconda parte sono effettuati da chi ha un interesse nell'organizzazione, quali clienti, o da altre persone per conto degli stessi. Gli audit di terza parte sono effettuati da organismi di audit esterni indipendenti, quali quelli che rilasciano certificazioni di conformità ai requisiti della ISO 9001 e della ISO 14001.*
- *Quando i sistemi di gestione per la qualità e di gestione ambientale sono sottoposti contemporaneamente all'audit, questo è definito audit combinato.*
- *Quando due o più organismi di audit eseguono congiuntamente un audit su di un'unica organizzazione oggetto di audit, l'audit è definito audit congiunto.*

Si distinguono audit di processo, di prodotto, di sistema.

Carta dei servizi

La Carta dei servizi costituisce un patto fra soggetto erogatore e cittadino, finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti nell'interesse della collettività e dei singoli.

All'interno del documento contrattuale i soggetti erogatori di servizi pubblici esplicitano la propria *mission* e sono inoltre definiti gli obiettivi, gli impegni assunti per il loro raggiungimento, gli standard di qualità dei servizi erogati, le modalità per misurare i risultati e il livello di soddisfazione dell'utente.

La Carta dei servizi è adottata in conformità con la Direttiva del Consiglio 27 gennaio 1994 e con il DPCM del 19 maggio 1995 e resa vincolante per gli enti erogatori di prestazioni per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale dalla Legge 273/1995.

Collegio di Direzione

Organismo fiduciario della Direzione generale per il governo delle attività cliniche cui sono affidati compiti di programmazione e valutazione di attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione. Costituisce la sede istituzionale di coordinamento e integrazione organizzativa dell'Azienda.

Nota: nella Regione Emilia-Romagna è in discussione un Progetto (o schema di) di Legge della Giunta che dà al Collegio di Direzione la dignità di organo aziendale alla stregua del Direttore generale e del Collegio sindacale, con compiti di proposte per l'organizzazione e sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca e innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

Comitato consultivo misto (CCM)

Istituiti ai sensi della Legge regionale 19/1994 e della Direttiva 1011/1995, sono stati individuati come lo strumento organizzativo privilegiato per la rilevazione e il miglioramento della qualità dei servizi da parte dei cittadini. I CCM sono costituiti a livello di Azienda USL o Azienda ospedaliera e sono composti in maggioranza da membri delle associazioni di volontariato e da rappresentanti delle Aziende USL e delle Aziende ospedaliere. Collaborano con l'URP (l'Ufficio relazioni con il pubblico), presente in ogni Azienda USL e Azienda ospedaliera, per rilevare il livello di soddisfazione dell'utente sui servizi sanitari e per verificare sistematicamente i reclami inoltrati dai cittadini. Hanno inoltre il compito di avviare iniziative di educazione e promozione della salute.

Credito formativo

I crediti formativi nell'ECM [Vedi: Educazione continua in medicina] sono una misura dell'impegno e del tempo che ogni operatore della sanità ha dedicato annualmente all'aggiornamento e al miglioramento del livello qualitativo della propria professionalità.

Il credito è riconosciuto in funzione sia della qualità dell'attività formativa sia del tempo ad essa dedicato in ragione delle specifiche professionalità.

Educazione continua in medicina (ECM)

L'educazione continua in medicina (ECM) comprende l'insieme organizzato e controllato di tutte quelle attività formative, sia teoriche che pratiche, promosse da chiunque lo desideri (si tratti di una società scientifica o di una società professionale, di un'Azienda ospedaliera, o di una struttura specificamente dedicata alla formazione in campo sanitario, ecc.), con lo scopo di mantenere elevata e al passo con i tempi la professionalità degli operatori della sanità.

Evento (*incident*)

Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine a un incidente.

Ogni accadimento che ha causato danno, o ne aveva la potenzialità, nei riguardi di un paziente, visitatore od operatore, ovvero ogni evento che riguarda il malfunzionamento, il danneggiamento o la perdita di attrezzature o proprietà, ovvero ogni evento che potrebbe dar luogo a contenzioso.

In ambito giuridico si considera invece l'evento penalmente rilevante come l'offesa (lesione o messa in pericolo) dell'interesse tutelato dalle norme. [Vedi: Gestione del rischio].

Evento avverso (*Adverse event*)

Un danno causato dalla gestione clinica piuttosto che dal processo della malattia che si traduce in un prolungamento della degenza o in una disabilità al momento della dimissione. [Vedi: Gestione del rischio].

Formazione

Processo permanente finalizzato a costruire un progetto professionale nell'ottica dell'eccellenza. Se l'addestramento richiama la qualità statica e l'aggiornamento l'idea di manutenzione, la formazione si inserisce nell'idea di qualità dinamica, intesa come tensione all'eccellenza e ricerca del miglioramento continuo.

Nella sua dimensione professionale globale (percepita e agita come azione organizzativa) il soggetto in formazione dà e riceve dall'organizzazione; è nell'esperienza professionale che divengono opportunità per l'organizzazione e per il singolo gli eventi, i successi e gli errori.

Le forme e le modalità della formazione (nell'ottica della *learning organization*) non sono più rigide e definite: soprattutto non possono essere altro dal lavoro e dall'esperienza quotidiana. Anche quando è necessaria la formazione in aula questa deve ottenere l'assenso preliminare del contesto e proseguire l'azione attraverso l'accompagnamento dopo la fase d'aula per garantire il cambiamento.

Gestione del rischio

La cultura, la struttura, i processi che hanno lo scopo di gestire efficacemente effetti negativi e opportunità di miglioramento in tema di sicurezza (Standards Association of Australia. A basic introduction to managing risk using the Australian and New Zealand Risk Management Standard AS/NZ 4360:1999. Strathfield, NSW, Australia, 1999).

Processo sistematico e continuativo costituito dalle fasi di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi. L'identificazione comprende il monitoraggio dei risultati del trattamento.

Gestione del rischio clinico

È l'insieme sistematico di metodi, strategie e strumenti che consentono identificare, valutare e ridurre la possibilità e probabilità di danni o lesioni a pazienti conseguenti al trattamento sanitario. [Vedi: Gestione del rischio].

Gestione delle segnalazioni dei cittadini

La gestione delle segnalazioni (e fra queste i reclami) è uno strumento della comunicazione aziendale con i cittadini/utenti. Tutte le Aziende sanitarie della regione possiedono un Ufficio relazioni con il pubblico (URP) che fra le proprie funzioni, ha quella di gestire le segnalazioni che pervengono dalla utenza, costituendosi come interfaccia fra l'esterno, la cittadinanza e l'ambiente organizzativo interno.

La gestione delle segnalazioni è quel processo organizzativo che parte dal momento in cui il cittadino presenta una segnalazione (verbale o scritto) e finisce quando l'Azienda (attraverso l'URP) formula una risposta e/o propone azioni di miglioramento interno.

Gestione per la qualità

Attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione in materia di qualità (UNI EN ISO 9000: 2000 p. 3.2.8). È un insieme di azioni pianificate e sistematiche.

Nota: guidare e tenere sotto controllo, in materia di qualità, un'organizzazione implica, di regola, definire la politica per la qualità, gli obiettivi per la qualità, la pianificazione della qualità, il controllo della qualità, l'assicurazione della qualità e il miglioramento della qualità.

Governo clinico

Si intende la capacità dei servizi di sviluppare e mantenere una sistematica attenzione alla qualità dell'assistenza da loro erogata, con particolare riferimento all'efficacia e all'appropriatezza clinica delle prestazioni. Rappresenta una delle parole chiave del Piano sanitario regionale 3/5/1999. Nei contesti aziendali è posta in capo al Direttore sanitario, ma identifica nei direttori di dipartimento e nelle loro responsabilità clinico-organizzative i protagonisti di politiche aziendali capaci di documentare - attraverso iniziative di *audit* clinico - la qualità delle proprie prestazioni e di garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori attraverso l'adozione di strumenti di gestione del rischio clinico. Il Collegio di direzione rappresenta l'organismo aziendale deputato al coordinamento delle singole iniziative dipartimentali di governo clinico, alla loro coerenza con gli obiettivi generali dell'Azienda e alla valutazione dei loro risultati e delle loro implicazioni.

Incident reporting (sistema di)

È la modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi indesiderati, effettuati volontariamente dagli operatori.

Per l'attuazione di tale sistema, è necessario che all'interno delle organizzazioni, sia garantita la confidenzialità delle segnalazioni e la non punibilità di coloro che segnalano.

Esso fornisce una base di analisi per la predisposizione di strategie e azioni di miglioramento. [Vedi: Gestione del rischio].

Incidente (*Accident*)

Evento imprevisto e sfavorevole che ha avuto conseguenze, e quindi causativo un danno, per l'utente/cittadino/paziente o per l'operatore sanitario. [Vedi: Gestione del rischio].

Linee guida cliniche

Si tratta di raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate attraverso un formale percorso metodologico che include una revisione sistematica delle informazioni scientifiche disponibili e l'interpretazione multidisciplinare e multiprofessionale di queste ultime. Il loro obiettivo è indirizzare le decisioni cliniche in modo da favorire l'impiego di interventi di documentata efficacia nelle circostanze cliniche e nei contesti organizzativi appropriati.

Medicina basata sulle prove di efficacia

Movimento culturale che ha come finalità il favorire l'uso delle informazioni derivate dalla ricerca clinica come punto di riferimento per le decisioni da adottare nell'assistenza a specifiche categorie di pazienti. Relativamente alla pratica clinica, l'approccio della medicina basata sulle prove di efficacia si fonda sulla capacità degli operatori di reperire e valutare criticamente le informazioni scientifiche e di valutarne l'applicabilità al singolo paziente e al contesto operativo in cui il professionista opera. Per quanto riguarda la ricerca, la medicina basata sulle prove di efficacia identifica nelle revisioni sistematiche lo strumento metodologico più affidabile per valutare l'efficacia di un intervento e per analizzare criticamente i quesiti della ricerca e la loro adeguatezza rispetto ai bisogni informativi degli operatori, dei pazienti e dei servizi sanitari in generale.

Miglioramento continuo

Approccio alla qualità secondo le logiche della razionalità limitata, proiettato verso il superamento delle difettosità (qualità negativa) e l'aggiunta di valore (qualità positiva), alla ricerca di nuovi e più soddisfacenti output.

La cultura della qualità evidenzia due modalità di approccio al miglioramento: la prima è costituita da un cambiamento radicale e veloce, così come si realizza mediante il ricorso a tecniche manageriali quali il *business process re-engineering* (BPR).

La seconda modalità è rappresentata dal miglioramento a piccoli passi, che maggiormente recupera il concetto del *process management* e utilizza le tecniche che vi sono correlate: coinvolgimento del personale, utilizzo degli strumenti del *problem solving*, il *benchmarking* o altre ancora.

Le condizioni organizzative orientano l'approccio con l'uno o l'altro di questi strumenti/metodologie che si integrano reciprocamente in funzione dell'obiettivo del miglioramento.

Modello

In generale rappresenta un insieme standardizzato di elementi che costituiscono un esemplare riproducibile, utile in riferimento a obiettivi prefissati. Il modello può essere imitato e utilizzato per l'autovalutazione e per la valutazione esterna. Può essere soggetto a revisione.

Monitoraggio

Misurazioni ripetute e continuative di una varietà di indicatori, operate per identificare potenziali problemi (WHO), per presidiare un fenomeno, per misurare l'evoluzione e il miglioramento continuo.

Outcome

Effetto prodotto da *output* connotati in termini di qualità (indicatori e standard conseguenti ai requisiti).

PDCA

Il ciclo PDCA rappresenta la sequenza logica del pianificare (*plan*), realizzare (*do*), verificare (*check*), re-agire (*act*) per consolidare o migliorare i risultati ottenuti. Elaborato concettualmente e operativamente da Deming, costituisce lo strumento base dell'approccio alla qualità mediante il miglioramento continuo. All'interno di ognuna delle fasi può essere realizzato un ulteriore ciclo PDCA.

L'applicazione del PDCA congloba numerosi atteggiamenti mentali alla base della qualità totale:

- *analizzare i dati e parlare con i fatti;*
- *concentrarsi su poche priorità fondamentali;*
- *ricercare le cause e le cause delle cause;*
- *controllare sempre più a monte;*
- *applicare le statistiche a tutti i problemi;*
- *orientarsi alla prevenzione e non al rimedio;*
- *enfaticizzare la preparazione/impostazione e non il rimedio;*
- *focalizzare sul processo e non sul suo output".*

(Merli G., Binoli M. *Organizzazione e gestione per processi*. ISEDI, 1996).

Processo

Successione strutturata di attività finalizzate a produrre un risultato (prodotto, servizio, ecc.) che ha valore per il cliente finale.

- Strumenti per il raggiungimento del risultato sono le risorse umane, le tecnologie, i metodi.
- Il processo è indifferente alla struttura organizzativa (l'organizzazione formale) pensata per una razionalità interna: le attività che compongono il processo possono pertanto riferirsi a diverse linee di responsabilità.
- Definiscono un processo l'evento scatenante, l'*input*, la sequenza di azioni (che produce il valore aggiunto), l'*output*. Ha precisi confini e precise interfacce.
- Il processo è descritto da indici e misure quali: tempo di durata, risorse consumate, volumi di attività, difettosità, rilevazioni, metodi, tecnologie.
- Si usa il termine processo per indicare gli insiemi fondamentali delle attività aziendali:
 - processi di *management* (o direzionali) e pianificazione;
 - *core business* (processi operativi), es. erogare assistenza di base;
 - processi di supporto (funzionali al *core business*), es. gestione risorse umane.
- I processi rappresentano l'organizzazione ed evidenziano operativamente la *mission* e le strategie conseguenti alla sua collocazione nel contesto.
- Assumere un approccio di processo (come struttura per agire) significa adottare il punto di vista del cliente.

Progetto

Processo a se stante che consiste in un insieme di attività coordinate e tenute sotto controllo, con dati di inizio e fine, intrapreso per realizzare un obiettivo conforme a specifici requisiti, ivi inclusi i limiti di tempo, di costi e di risorse (UNI EN ISO 9000 p. 3.4.3).

Note.

- *Un singolo progetto può formare parte di una struttura di progetto più ampia.*
- *In alcuni progetti gli obiettivi vengono meglio focalizzati e le caratteristiche del prodotto sono precisate via via che il progetto procede.*
- *Il risultato di un progetto può essere costituito da una o più unità di prodotto.*
- *Definizione adattata dalla ISO 10006:1997.*

Programma

Risposta organizzata per eliminare o ridurre uno o più problemi. La risposta include uno o più obiettivi, lo svolgimento di una o più attività e il consumo di risorse (WHO).

In contesto organizzativo (Legge regionale 11/2000), è un complesso di attività che, attraverso idonee soluzioni organizzative, assicura l'unitarietà della programmazione, della organizzazione e della valutazione di processi organizzativi o di percorsi assistenziali in ordine ad aree problematiche di interesse particolare, che richiedono competenze specifiche appartenenti a unità operative diverse.

Qualità

Insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto e/o di un servizio che gli conferiscono la capacità di soddisfare i bisogni espliciti e impliciti del cliente/fruitori.

Nota: ogni Azienda traduce il concetto in una propria definizione operativa.

Tale definizione deve essere conseguente agli obiettivi strategici della organizzazione.

Grado in cui un insieme di caratteristiche intrinseche soddisfa i requisiti (UNI EN ISO 9000:2000 p. 3.1.1).

Note.

- *Il termine qualità può essere utilizzato con aggettivi quali scarsa, buona o eccellente.*
- *L'aggettivo intrinseco, come contrario di assegnato, significa che è presente in qualcosa, specialmente come caratteristica permanente.*

Qualità attesa

È costituita dalle caratteristiche che i cittadini si attendono di vedere espresse in un prodotto servizio.

Essa dipende prevalentemente dai bisogni impliciti, ovvero quelli dei quali il paziente non richiede esplicitamente la soddisfazione perché la ritiene scontata.

Qualità percepita

È il modo in cui i cittadini/utenti percepiscono le proprietà e le caratteristiche di un prodotto e/o di un servizio. Essa dipende dalle aspettative coscienti (espresse o implicite) e dalle supposizioni inconscie: gli utenti sono insoddisfatti quando la loro esperienza del servizio è inferiore alle loro aspettative o supposizioni.

Le loro aspettative o supposizioni possono essere in relazione a un valore, un modello ideale, un servizio simile già fruito o a ciò che pensano sia possibile ottenere da un servizio, oppure a ciò di cui pensano di avere bisogno. La qualità percepita può essere valutata come dato complessivo o articolato su varie dimensioni.

Reclamo

Un reclamo è una qualunque espressione di insoddisfazione degli utenti e degli operatori sanitari. Costituisce un'opportunità di miglioramento della qualità dei servizi e uno strumento necessario a monitorare il livello di soddisfazione dei cittadini/utenti (DGR 320/2000). [Vedi: Segnalazione].

Requisito

Esigenza o aspettativa che può essere espressa, generalmente implicita o cogente (UNI EN ISO 9000:2000 p. 3.1.2).

Nota. "Di regola implicita" significa che è uso o prassi comune, per l'organizzazione, per i suoi clienti e per le altre parti interessate, che l'esigenza o l'aspettativa in esame sia implicita. Per individuare un particolare tipo di requisito, possono essere utilizzati elementi qualificativi, quali, per esempio: requisito di prodotto, requisito di gestione per la qualità, requisito del cliente. Un requisito specificato è un requisito che è precisato, per esempio, in un documento. I requisiti possono provenire da differenti parti interessate.

Il concetto, nel DPCM 19 maggio 1995 "Carta dei servizi", è espresso dal termine fattore di qualità, oggetto rilevante per la percezione della qualità del servizio da parte dell'utente.

In relazione all'autorizzazione/accreditamento secondo il modello RER: ciascuna delle caratteristiche necessarie e richieste affinché la struttura organizzativa/servizio sia gestita in qualità.

In questo contesto si definiscono requisiti generali, validi per tutte le tipologie di strutture e requisiti specifici, di dettaglio o aggiuntivi, rispetto ai precedenti da applicarsi a definite tipologie di strutture o attività sanitarie.

Rischio (*Risk*)

Indica la relazione tra la probabilità che accada uno specifico accadimento e la gravità delle sue possibili conseguenze.

In ambito giuridico indica l'alea che generalmente si accompagna all'instaurazione di un rapporto contrattuale e che deriva dalla possibilità di perimento incolpevole dell'oggetto della prestazione, dall'incolpevole inadempimento, ovvero da un aumento della onerosità dello stesso. Nel diritto delle assicurazioni è l'evento possibile o probabile a cui è collegata la prestazione dell'assicuratore. [Vedi: Gestione del rischio].

Root Cause Analysis (Analisi delle cause profonde)

L'analisi delle cause profonde è una metodologia applicata allo studio dei fattori causali di un evento avverso o, più in generale, di un incidente che si basa sulla concezione organizzativa dell'errore.

È un'indagine strutturata che ha lo scopo di identificare la causa radice di un problema, e le azioni necessarie a eliminarla.

L'analisi non si limita all'individuazione dell'errore o della mancanza più prossimi all'evento, ma ha l'obiettivo di analizzare l'intero processo che lo ha generato.

Per causa radice si intende, infatti, un difetto in un processo la cui eliminazione previene l'accadimento di uno specifico evento avverso.

[Vedi: Gestione del rischio].

Segnalazione

Informazioni raccolte dall'Ufficio relazioni con il pubblico o altre interfacce organizzative relativa a comportamenti delle organizzazioni sanitarie, provenienti da cittadini-utenti. Esse si specificano in reclami, rilievi, elogi (apprezzamenti/ringraziamenti), proposte (suggerimenti), impropri.

Sistema di gestione per la qualità

Sistema di gestione per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione con riferimento alla qualità (UNI EN ISO 9000:2000 p. 3.2.3).

Sistema Qualità

Insieme di responsabilità, struttura organizzativa, procedure, attività, capacità, risorse, che mira a garantire che processi, prodotti, servizi soddisfino bisogni e aspettative dei clienti/fruitori al minor costo. [Vedi: *Audit*].

Standard

Valore assunto o auspicato da un indicatore su di una scala di riferimento.

Valore soglia: valore predeterminato dell'indicatore che divide in due sotto insiemi di diverso significato l'insieme dei possibili valori dell'indicatore stesso.

Nota. La Carta dei servizi definisce lo standard come valore atteso per un certo indicatore.

Standard di prodotto

Connotazione di un prodotto/servizio attraverso la definizione delle caratteristiche delle relative misure e dei livelli di accettabilità. [Vedi: Standard].

I prodotti/servizi di per sé sono qualitativamente neutri: assumono connotazione nello sviluppo della relazione cliente/fornitore rispetto ai tre elementi dell'enunciato: caratteristiche, loro misurazioni, standard.

Standard di prodotto è perciò statisticamente definibile come il valore atteso, monitorato attraverso indicatori per i prodotti/servizi intesi come l'effetto di attività tecnicamente ed economicamente determinate. Ciò significa declinare il prodotto/servizio nelle caratteristiche di qualità misurabili che lo contraddistinguono come premessa a una relazione significativa fornitore/cliente.

Visto dinamicamente il termine rappresenta il livello accettabile (date determinate condizioni organizzative) dei prodotti/servizi che vengono offerti ed esprime in modo sintetico tutto il percorso che porta alla definizione di tale livello.

La definizione dello standard di prodotto rappresenta la premessa per l'avvio delle operazioni di miglioramento continuo (intervenendo sui processi di produzione); il miglioramento è possibile solo se ha un riferimento in una situazione documentata di partenza.

***Technology assessment* (Valutazione delle tecnologie sanitarie)**

Ambito di ricerca che si prefigge di valutare attraverso un approccio multidisciplinare le dimensioni qualitative (tecniche, economiche, sociali, etiche) che definiscono una tecnologia sanitaria e l'opportunità della sua adozione.

Le tecniche specifiche di acquisizione delle informazioni e di raggiungimento del consenso sono la metanalisi, le *consensus conferences*, l'elaborazione di linee guida.

L'attività di TA si pone a ponte su un confine mobile, fra conoscenza e pratica, per produrre e sintetizzare le informazioni relative a una tecnologia a servizio del processo decisionale politico che determina la sua assunzione e/o formalizzazione.

Atto deliberativo di Giunta n. 213 del 14 febbraio 2005

Oggetto: Introduzione del bilancio di missione nel Servizio sanitario regionale

Prot. n. (DGS/05/214)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso che:

- la legge regionale 23 dicembre 2004 n. 29 "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del servizio sanitario regionale" prevede, all'articolo 6 comma 1, che le Aziende sanitarie presentino, unitamente al bilancio d'esercizio, il "bilancio di missione" attraverso il quale rendono conto "del perseguimento degli obiettivi di salute" ad esse "assegnati dalla Regione e dalle Conferenze territoriali sociali e sanitarie";
- il "bilancio di missione" rientra in senso lato nell'ambito delle forme di "rendicontazione sociale" ed assume formalmente, nello specifico, il ruolo di illustrare l'azione istituzionale delle aziende e di rafforzare il sistema di relazioni intercorrente tra le stesse e, in particolare, la Regione e le Conferenze territoriali sociali e sanitarie;
- tale documento si affianca al tradizionale bilancio di esercizio, generato dalla contabilità economico-patrimoniale, che conserva il proprio compito di illustrare come l'azienda si è rapportata con i vincoli economico-finanziari, al fine di supportare il processo di evoluzione della "governance" del sistema sanitario regionale, rafforzandone la trasparenza;

Atteso che l'Agenzia sanitaria regionale, in attuazione del programma 2003 (delibera GR n. 1401 del 21 luglio 2003) e del Piano-Programma 2004-2006 (delibera GR n. 451 del 15 marzo 2004), avviando il progetto "Adozione di un 'bilancio di missione' da parte delle Aziende sanitarie ha costituito un apposito Gruppo di progetto composto da: Direzioni generali delle Aziende USL di Piacenza, Reggio Emilia, Modena, Imola, Ferrara e Rimini; dirigenti dell'Agenzia sanitaria regionale e della Direzione generale Sanità e Politiche sociali; un docente universitario, professore straordinario di Economia aziendale, in qualità di consulente;

Dato atto che l'Agenzia sanitaria regionale ha presentato, a conclusione dei lavori del Gruppo di progetto sopra richiamato, il documento "Il bilancio di missione", allegato parte integrante e sostanziale del presente atto, articolato in due parti: la prima ad illustrazione delle logiche e dei criteri adottati nello sviluppo del progetto; la seconda di presentazione della struttura del "bilancio di missione" proposto, corredata dagli allegati tecnici;

Valutata l'opportunità di fare adottare, in via sperimentale e al fine di valutarne l'efficacia in relazione alle finalità ad esso attribuite dalla norma di legge sopra richiamata, "il bilancio di missione" così come da documento proposto, nelle Aziende USL di Piacenza, Reggio Emilia, Imola, Ferrara, Rimini, già componenti del Gruppo di progetto regionale;

Ritenuto:

- che durante tale fase di sperimentazione debba essere attivamente ricercato il coinvolgimento delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie, affinché lo sviluppo operativo del "bilancio di missione" risulti concretamente in grado di rispondere al fabbisogno informativo dei referenti istituzionali;
- di riservarsi di estendere l'adozione del documento di cui trattasi - previa valutazione della sua efficacia in relazione alle finalità perseguite dall'art. 6, comma 1° della LR 23 dicembre 2004 n. 29 - a tutte le Aziende sanitarie della regione, unitamente al Bilancio d'esercizio 2005;

Dato atto del parere favorevole espresso dalla Commissione consiliare Sanità e politiche sociali nella seduta del 7 febbraio 2005;

Vista la propria deliberazione n. 447 del 24 marzo 2003 avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali";

Dato atto, ai sensi dell'art. 37, comma 4, della LR 43/2001 e della sopracitata deliberazione n. 447/2003 del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore generale dell'Agenzia sanitaria regionale Dott. Francesco Taroni;

Su proposta dell'Assessore alla sanità

a voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. di approvare il "bilancio di missione" così come strutturato nel documento allegato, parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di stabilire, per le ragioni partitamente esposte in premessa e che qui si intendono integralmente riportate e trascritte, che "il bilancio di missione" di cui al punto 1. che precede, sia adottato in via sperimentale nelle Aziende USL di Piacenza, Reggio Emilia, Imola, Ferrara, Rimini, e dalle stesse presentato unitamente al Bilancio d'esercizio 2004;
3. di stabilire che, durante la fase di sperimentazione di cui trattasi, debba essere attivamente ricercato il coinvolgimento delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie, affinché lo sviluppo operativo del "bilancio di missione" risulti concretamente in grado di rispondere al fabbisogno informativo di tali referenti istituzionali;
4. di riservarsi di estendere l'adozione del documento - previa valutazione della sua efficacia in relazione alle finalità perseguite dall'art. 6, comma 1° della LR 23 dicembre 2004 n. 29 - a tutte le Aziende sanitarie della regione, unitamente al Bilancio d'esercizio 2005.

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. Sono anche scaricabili dal sito <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/index.htm>

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (*)

104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005. (*)
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)