

PROGR. N. 606/2008

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno di LUNEDI' 28 (VENTOTTO) del mese di APRILE dell'anno 2008 (DUEMILAOTTO) si e' riunita nella residenza di VIALE A.MORO, 52, la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

- |                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| 1) ERRANI VASCO        | - Presidente      |
| 2) DELBONO FLAVIO      | - Vice Presidente |
| 3) BISSONI GIOVANNI    | - Assessore       |
| 4) CAMPAGNOLI ARMANDO  | - Assessore       |
| 5) DAPPORTO ANNA MARIA | - Assessore       |
| 6) GILLI LUIGI         | - Assessore       |
| 7) PASI GUIDO          | - Assessore       |
| 8) RABBONI TIBERIO     | - Assessore       |
| 9) ZANICHELLI LINO     | - Assessore       |

Funge da Segretario l'Assessore ZANICHELLI LINO

OGGETTO: BILANCIO DI MISSIONE DI CUI ALLA D.G.R. N. 213/2005.  
APPROVAZIONE DELLO SCHEMA TIPO PER LE AZIENDE  
OSPEDALIERE, OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE E IRCCS

Prot. n. (AGS/08/102764)

-----  
LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso che:

- la legge regionale 23 dicembre 2004 n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale" e successive modificazioni, 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, tra 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;
- con proprio provvedimento n. 213 in data 14 febbraio 2005, questa Giunta ha approvato la struttura del bilancio di missione da introdurre sperimentalmente nelle Aziende Usl di Piacenza, Reggio Emilia, Imola, Ferrara, Rimini, già componenti del Gruppo di progetto regionale, riservandosi di estendere l'adozione del documento - previa valutazione della sua efficacia in relazione alle finalità perseguite dall'art. 6, comma 1, della L.R. 23 dicembre 2004 n. 29 e successive modificazioni - a tutte le Aziende sanitarie della regione;

Ritenuto che, per le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli I.R.C.C.S., sulla base dell'esperienza maturata, si renda necessaria una revisione del documento di cui sopra, al fine di renderlo più rispondente alle caratteristiche proprie di tali Aziende, con particolare riferimento a: ridefinizione degli ambiti del "contesto di riferimento", integrazione della descrizione del "profilo aziendale" e sviluppo della specifica sezione sesta con informazioni relative alla ricerca e alla didattica, maggiore articolazione delle informazioni contenute nella sezione quarta al fine di cogliere complessità ed effetti che derivano dall'integrazione (delle strutture e del personale) del SSR e dell'Università, previsione del parere dell'Organo di Indirizzo in ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 5, punto 1.c) della disciplina delle Aziende Ospedaliero - Universitarie approvata con propria deliberazione n. 318/2005;

Dato atto del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Dott. Roberto Grilli, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n.450/2007;

Su proposta dell'Assessore alle politiche per la Salute

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. di approvare, per le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli I.R.C.C.S di questa regione, il "bilancio di missione", così come strutturato nel documento allegato, parte integrante e sostanziale del presente atto, a revisione ed integrazione del documento approvato con atto deliberativo n. 213/2005 per le Aziende Usl, per le motivazioni esposte in premessa.

- - -

# **IL BILANCIO DI MISSIONE**

**delle Aziende Ospedaliere,  
Ospedaliero-Universitarie e I.R.C.C.S.  
della Regione Emilia-Romagna**

# Indice

## **Premessa**

## **La struttura del documento**

## **Presentazione del Direttore generale**

### **1. Contesto di riferimento**

- 1.1 Quadro normativo e istituzionale
- 1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università
- 1.3 La rete integrata dell'offerta regionale
- 1.4 Osservazioni epidemiologiche
- 1.5 Accordi di fornitura

Scheda di sviluppo

### **2. Profilo aziendale**

- 2.1. Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale
- 2.2. Impatto sul contesto territoriale
- 2.3. Contributo alla copertura dei Livelli essenziali di assistenza
- 2.4. Ricerca e didattica
- 2.5. Assetto organizzativo

Scheda di sviluppo

### **3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali**

Note indicative per lo sviluppo della sezione 3

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

- 4.1. La "carta di identità" del personale
- 4.2. Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa
- 4.3. Gestione del rischio e sicurezza
- 4.4. Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali
- 4.5. Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti
- 4.6. Formazione
- 4.7. Sistema informativo del personale

4.8. Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze

Scheda di sviluppo

**5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione**

5.1. La comunicazione per l'accesso ai servizi

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

5.3. La comunicazione interna aziendale

Scheda di sviluppo

**6. Ricerca e innovazione**

Scheda di sviluppo

**7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale**

**Conclusioni del Direttore generale**

**Parere del Comitato di indirizzo**

**Allegati**

**Note tecniche per la predisposizione degli indicatori**

# Premessa

Il bilancio di missione, introdotto dall'art. 6, comma 1 della L.R. 29/2004, 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.

Nel corso del 2006, unitamente al Bilancio di esercizio, tutte le undici Aziende Usl della Regione, hanno predisposto e presentato il proprio "Bilancio di missione".

Il risultato è particolarmente significativo se si considera che in ambito sanitario pubblico la "rendicontazione sociale" (a cui si può correlare *lato sensu* l'esperienza regionale) è un fenomeno recente, anche se in significativa crescita. Le prime sperimentazioni (da parte dell'Azienda ospedaliera di Padova, della Asl di Biella e della Ausl di Ferrara) risalgono al 1998 – 2000.

Oggi sono più di una ventina le aziende che hanno adottato un "bilancio sociale", alle quali si aggiungono le undici Ausl emiliano-romagnole che hanno redatto il bilancio di missione.

Il quadro resta ancora variegato e disomogeneo, in relazione ad obiettivi perseguiti, destinatari, tipologie di strumento adottate, modelli (standard) di riferimento assunti.

Si tratta di documenti assai diversi che compongono un collettivo eterogeneo, in cui coesistono documenti complessi e relativamente corposi e documenti estremamente snelli e di tipo essenzialmente divulgativo. Ciò testimonia della varietà degli obiettivi perseguiti dalle Aziende con il "bilancio sociale". Nella maggior parte delle situazioni il documento si rivolge a tutti i principali stakeholder aziendali (compreso il "cittadino"). Pur proponendosi come strumenti di *accountability*, i bilanci sociali attualmente prodotti nel loro complesso appaiono abbastanza carenti nella illustrazione degli obiettivi istituzionali perseguiti e conseguiti, non evidenziano chiaramente il grado di coinvolgimento degli *stakeholder* nel processo di valutazione e adattamento degli strumenti, non sembrano coordinarsi col processo di pianificazione, programmazione e controllo della gestione.

In tale quadro, emerge la differente impostazione dell'esperienza dell'Emilia-Romagna.

*I Bilanci di missione:*

- sono documenti annuali obbligatori (introdotti dalla LR 29/2004 che innova profondamente il sistema di governo della sanità regionale e introduce significative modifiche nell'organizzazione interna delle aziende e nelle modalità del loro funzionamento);
- sono concepiti, in tale ambito, come strumenti a supporto delle relazioni fra i principali attori istituzionali del sistema (Azienda, Regione Emilia-Romagna, Conferenza territoriale sociale e sanitaria e, per le Aziende Ospedaliero-Universitarie, le Università);
- si basano su uno specifico modello regionale;

- costituiscono il primo esempio di sistema di documenti ragionevolmente omogenei.
- Date le finalità perseguite e i principali destinatari cui si rivolgono, i Bilanci di missione si configurano come documenti:
- complementari al bilancio di esercizio;
  - ad alta valenza tecnica, piuttosto che divulgativa, con un complesso e copioso contenuto informativo relativamente a ruolo e attività (istituzionale) dell'azienda;
  - attraverso i quali si è inteso, sì, perseguire obiettivi di *accountability*, ma anche (e in primo luogo) predisporre uno strumento di *governance*, orientato al governo partecipato introdotto dalla LR 29/2004;
  - in grado di recepire le indicazioni dei propri destinatari, delle CTSS in primo luogo;
  - che devono raccordarsi con gli strumenti di pianificazione, programmazione e controllo.

Pur essendo concepito per supportare le relazioni dell'Azienda con la Regione e la CTSS, il Bilancio di missione (nella versione elaborata per le aziende territoriali) offre una serie di informazioni che consente ad una più vasta platea di altri soggetti (comitati misti, organizzazioni sindacali, associazioni di volontariato, associazioni di tutela del cittadino, cooperative sociali, ecc.) di poter conoscere l'attività istituzionale dell'azienda, anche in rapporto al suo contesto di riferimento ed alle sue condizioni economiche, finanziarie e patrimoniali.

Per le Aziende Ospedaliero-Universitarie e per gli II.OO. "Rizzoli" va rimarcato, inoltre, come assuma un rilievo del tutto speciale la relazione con l'Università, in quanto aziende di riferimento dei rispettivi Atenei le prime e Istituto di ricerca il secondo.

Se è vero che tutte le Aziende del SSR condividono la comune tensione verso l'integrazione della tradizionale funzione primaria di assistenza con quelle di ricerca e di formazione - che costituiscono componenti essenziali di un servizio sanitario di qualità - per tali Aziende i pesi relativi delle due ultime funzioni acquistano necessariamente una maggiore incidenza.

Con il presente documento, si intende configurare uno schema-tipo di bilancio di missione per le Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie e I.R.C.C.S., capace di rappresentarle in relazione alle specifiche caratteristiche istituzionali e organizzative.

A tal fine, nelle diverse sezioni, sono stati inseriti specifici ambiti di informazione finalizzati prioritariamente a cogliere il diverso assetto istituzionale ed organizzativo.

Tali ambiti possono essere estesi anche alle Aziende per le quali la relazione con l'Università assume carattere strutturale analogo a quello delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, sia pur con minore intensità e grado di coinvolgimento (Azienda Usl di Modena, Azienda Usl di Bologna).

Dalla predisposizione dei Bilanci di missione da parte di queste aziende, deriverà un contributo significativo allo sviluppo del progetto regionale, sia per il completamento delle informazioni rivolte agli interlocutori istituzionali (CTSS in primo luogo, per la ricomposizione dell'intera rete dell'offerta in ambito provinciale), sia per una migliore

messa a fuoco dei contenuti di alcune sezioni del documento. In particolare le informazioni relative alle funzioni istituzionali della didattica e della ricerca potranno essere più compiutamente dettagliate e strutturate alla luce delle peculiari caratteristiche e finalità delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli Istituti di ricerca.

Con riferimento all'esercizio 2006, tutte le aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna hanno quindi prodotto il bilancio di missione, nella sua prima edizione (A.O. di Reggio Emilia, A.O-U di Parma, Modena, Bologna e Ferrara, II.OO."Rizzoli"), nella sua seconda edizione (Ausl di Parma, Modena, Bologna, Ravenna, Forlì, Cesena) e, per le prime aziende sperimentatrici, nella terza edizione (Ausl di Piacenza, Reggio Emilia, Imola, Ferrara, Rimini).

\* \* \*

*Per l'inquadramento di carattere generale del progetto, si fa rinvio al documento adottato dalla Giunta regionale con atto deliberativo n. 213 del 14 febbraio 2005 ed in particolare al contenuto della I Parte:*

- *Perché un "bilancio di missione" per le aziende sanitarie della RER;*
- *La rendicontazione sociale;*
- *I livelli della programmazione sanitaria;*
- *Le scelte operate nella formulazione del progetto:*
  - *Obiettivi e destinatari*
  - *I principi guida seguiti nella progettazione dello strumento*
- *Note metodologiche relative al percorso di sviluppo operativo del progetto.*

# La struttura del documento

La struttura del documento, confermando le scelte operate per le Aziende Usl, 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

I contenuti delle singole sezioni sono stati invece rivisti alla luce delle caratteristiche peculiari delle aziende destinatarie di questo documento.

In particolare, la diversa tipologia dell'azienda ha portato a ridefinire gli ambiti del "contesto di riferimento"; ad integrare la descrizione del "profilo aziendale" sia con informazioni relative alla ricerca e alla didattica che si collocano accanto a quelle relative all'assistenza, sia con la rappresentazione dell'assetto organizzativo; ad arricchire i contenuti informativi della terza sezione inserendo la "promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa" accanto agli altri obiettivi istituzionali; a prevedere informazioni più articolate relativamente alle "condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione", per cogliere la particolare complessità e gli effetti che derivano dall'integrazione delle strutture e del personale del SSR e dell'Università; a sviluppare maggiormente la sezione sesta relativa a "ricerca e innovazione"; a prevedere una specifica relazione da parte dell'Organo di indirizzo (Comitato/Consiglio) sui risultati dell'attività istituzionale rappresentati nel Bilancio di Missione.

Inoltre, in ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 5, punto 1.c) della "disciplina delle Aziende Ospedaliero-Universitarie" approvata con deliberazione di Giunta n. 318 del 14 febbraio 2005, il Bilancio delle quattro Aziende Ospedaliero-Universitarie dovrà essere corredato dal parere del Comitato di Indirizzo.

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.

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 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 descritto.

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

Il contesto di riferimento costituisce lo sfondo sul quale l'Azienda agisce.

In particolare, le Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie e gli I.R.C.C.S. dovranno evidenziare gli aspetti di cui ai punti che seguono.

## 1.1 Quadro normativo e istituzionale

Le aziende ospedaliere sono state interessate, nel corso degli ultimi anni, da un significativo processo di trasformazione: negli assetti istituzionali, nell'organizzazione, nei meccanismi di funzionamento, per effetto dell'evoluzione del quadro normativo sia nazionale (che ha investito contemporaneamente il sistema sanitario ed il sistema universitario) sia regionale.

In questo paragrafo le aziende dovranno descrivere il quadro istituzionale entro il quale si trovano ad operare, con particolare rilievo ai cambiamenti capaci di incidere potenzialmente sulla organizzazione e sul funzionamento dell'azienda stessa, con specifica evidenza delle modificazioni eventualmente intervenute nell'anno.

## 1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università

Tenuto conto di quanto verrà illustrato con riferimento al punto precedente, in questo paragrafo le Aziende dovranno descrivere – e aggiornare annualmente – il quadro delle relazioni intercorrenti con i rispettivi Atenei, sia con riferimento all'attività assistenziale di supporto alle funzioni istituzionali dell'università, sia con riferimento all'organizzazione delle funzioni di didattica e di ricerca, secondo gli accordi applicativi sottoscritti in ambito locale.

Per una più completa definizione del contesto entro il quale l'azienda opera, è inoltre opportuno che vengano qui richiamate le linee di sviluppo della programmazione didattica della Facoltà di Medicina e chirurgia.

Le aziende dovranno anche illustrare le tipologie di relazioni con altre Facoltà della medesima Università o con quelle di altri Atenei.

## 1.3 La rete integrata dell'offerta regionale

Obiettivi della programmazione regionale per l'assistenza ospedaliera sono garantire dimensioni ottimali delle unità operative, la gestione integrata dei servizi (evitando inutili duplicazioni), la sussidiarietà fra i livelli di intervento.

Tali obiettivi rivestono una particolare importanza per le funzioni di alta specialità che, data la loro bassa frequenza e complessità dell'assistenza, sono erogate presso poche strutture ospedaliere altamente specializzate, organizzate secondo il modello "Hub & Spoke".

In questo paragrafo le aziende dovranno illustrare il ruolo che le stesse rivestono nell'ambito della rete integrata dell'offerta regionale ed il sistema di rapporti che intrattengono con altri presidi ospedalieri pubblici e privati.

#### **1.4 Osservazioni epidemiologiche**

Il quadro epidemiologico del territorio – ossia lo studio della frequenza, della distribuzione e dei determinanti di salute e malattia nella popolazione residente – è descritto nel bilancio di missione dell'Azienda USL. Esso costituisce un punto di riferimento per le aziende sanitarie che su quel territorio sono chiamate a mantenere e migliorare lo stato di salute dei cittadini.

Ciò premesso, le Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie e gli I.R.C.C.S. dovranno, nei propri bilanci di missione, illustrare le condizioni epidemiologiche e le caratteristiche dei bacini di utenza relativamente alle rispettive funzioni di tipo "hub" o di eccellenza.

#### **1.5 Accordi di fornitura**

Il comma 2 dell'art. 2 della LR 29/2004 definisce i principi di organizzazione del SSR, che prevedono il dovere di ciascuna azienda sanitaria, e del SSR nel suo complesso, di offrire prestazioni e servizi di elevata qualità tecnica, professionale e relazionale (il cosiddetto "obbligo di qualità"). A questo dovere sono connessi, a livello generale di sistema, l'accreditamento istituzionale e la definizione degli accordi contrattuali come specificati al comma 3 dell'articolo stesso.

Le Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie e gli I.R.C.C.S. dovranno in questo paragrafo illustrare i contenuti sostanziali degli accordi di fornitura sottoscritti per l'anno di riferimento.

## Scheda di sviluppo

<b>Ambito</b>	<b>Informazioni</b>	<b>Modalità/strumenti</b>
<u>Quadro normativo e istituzionale</u>	Descrizione del quadro normativo di riferimento.	Relazione illustrativa del quadro normativo ed istituzionale di interesse per l'attività dell'Azienda, con particolare evidenza delle modificazioni intervenute nell'anno.
<u>Sistema delle relazioni con Università</u>	Descrizione del quadro delle relazioni intercorrenti tra l'Azienda e il rispettivo Ateneo, sia con riferimento all'attività assistenziale di supporto alle funzioni universitarie sia con riferimento all'organizzazione delle funzioni di didattica e di ricerca.  Programmazione dell'attività didattica della Facoltà di Medicina e Chirurgia.	Relazione illustrativa dello stato di adozione e applicazione degli accordi locali attuativi dei protocolli Regione-Università.  Corsi attivati/disattivati nell'anno, rispetto all'anno precedente.  Corsi da attivare/disattivare in relazione a delibere assunte nell'anno.  N° dei ricercatori e professori universitari assunti/cessati nell'ultimo triennio.  N° dei ricercatori e dei professori universitari da reclutare sulla base di procedure già deliberate.
<u>Rete integrata dell'offerta</u>	Descrizione delle relazioni con altre Facoltà della medesima Università o con quelle di altri Atenei.  Illustrazione del ruolo rivestito dall'Azienda nell'ambito della rete integrata dell'offerta regionale e del sistema di relazioni con altri presidi pubblici e privati.	Relazione illustrativa dei contenuti dei rapporti in essere.  Relazione supportata da dati quantitativi e da indicatori.  Indici di dipendenza della struttura dalla popolazione (attività di degenza e attività ambulatoriale).  Indici di dipendenza della popolazione dalle strutture (attività di degenza e attività ambulatoriale).
<u>Osservazioni epidemiologiche</u>	Mortalità e/o morbosità per funzioni "hub".	Relazione descrittiva integrata con dati ed indicatori.
<u>Accordo di fornitura</u>	Contenuti dell'accordo di fornitura.	Relazione illustrativa.

## 2. 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 i principali tratti 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. 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 i seguenti aspetti:

- sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale;
- impatto sul contesto territoriale;
- contributo dell'azienda alla copertura dei livelli essenziali di assistenza;
- attività di ricerca e didattica;
- assetto organizzativo.

In tal modo si è cercato di tratteggiare il profilo dell'Azienda in relazione ad una pluralità di dimensioni che vincolano/caratterizzano l'azione aziendale nel perseguimento dei propri obiettivi, cercando di offrire una rappresentazione dell'Azienda sotto l'ottica economico-finanziaria e sotto quella dell'attività istituzionale. Ciascuno degli aspetti selezionati viene esplorato attraverso una scomposizione volta a enfatizzare lineamenti specifici, ritenuti di particolare rilievo informativo.

### 2.1. 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 ottenuti 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.

## 2.2. 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;
- impatto ambientale.

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.

Relativamente agli impatti che le aziende producono sul territorio di riferimento, non va trascurato il tema dell'impatto ambientale, cioè di "qualsiasi modifica all'ambiente, positiva o negativa, derivante in tutto o in parte dalle attività, dai prodotti o dai servizi di

un'organizzazione"<sup>1</sup>. Al riguardo, le strutture ospedaliere si caratterizzano per complessità di processi, primari e di supporto, a forte impatto sull'ambiente. Risulta perciò necessario che le Aziende illustrino le strategie adottate e le azioni poste in essere in relazione a:

- consumi energetici, al fine di attuare il monitoraggio quali-quantitativo sull'uso di energia elettrica e termica, sviluppare la produzione e l'utilizzo di energia derivante da fonti rinnovabili, da cogenerazione e da sistemi tecnologici innovativi;
- consumo dell'acqua, al fine della sua riduzione e razionalizzazione, del recupero delle acque per usi diversi, del trattamento delle acque reflue considerate non assimilate alle acque civili;
- gestione dei rifiuti, al fine di ridurre la pericolosità, favorirne il recupero, ottimizzarne la raccolta e lo smaltimento;
- mobilità, al fine di promuovere forme di mobilità sostenibile sia in relazione al personale che agli utenti.

Analoga necessità di illustrazione delle strategie e delle azioni poste in essere vale per ogni altro ambito di possibile impatto ambientale, nonché per le iniziative di informazione e formazione in tema di ecosostenibilità assunte, anche di intesa con altri enti e soggetti sociali, nei confronti dei cittadini e dei propri dipendenti."

### **2.3. Contributo alla copertura dei 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 L.R. 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.

---

<sup>1</sup> Cfr APAT, Manuali e Linee guida 22/2003, *Il Regolamento EMAS: linee guida per l'analisi ambientale iniziale nelle strutture ospedaliere.*

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 contributo dell'Azienda in relazione alle tre aree di offerta in cui si declina il contenuto assistenziale del Servizio sanitario nazionale, nell'erogazione di prestazioni e servizi per ognuno dei tre macrolivelli assistenziali:

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

Alcuni indicatori (di processo e di risultato) tentano poi 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.

#### **2.4. Ricerca e didattica**

L'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia (per il ruolo particolare rivestito nell'ambito del Programma di Ricerca e Innovazione dell'Emilia-Romagna), le quattro Aziende Ospedaliero-Universitarie (in quanto aziende di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca delle Facoltà di Medicina e chirurgia delle Università di Bologna, di Ferrara, di Modena-Reggio Emilia e di Parma), gli I.I.OO. "Rizzoli" (in quanto "Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico"), assumono un ruolo nuovo e fondamentale nel sistema di governo del Servizio sanitario regionale alla luce delle innovazioni introdotte dalla L.R 29/2004, là ove identifica la ricerca e la didattica quali funzioni istituzionali delle Aziende sanitarie al pari della più consolidata assistenza.

In questa parte della sezione dovranno essere illustrati gli aspetti più rilevanti delle attività concernenti la ricerca e la didattica, al fine di cogliere le caratteristiche peculiari del profilo aziendale sotto questi particolari tratti. In particolare, coerentemente alla impostazione generale di questa sezione, si dovranno fornire informazioni in grado di illustrare le tendenze evolutive delle Aziende rispetto a queste specifiche funzioni istituzionali per cogliere se e quanto le attività ad esse connesse si svolgano in modo coerente con il processo di sviluppo delle due funzioni. Un'attenzione particolare andrà rivolta alla capacità di "documentare" e "rendere tracciabile e misurabile" la funzione di ricerca, e di qualificare la funzione didattica, visto che le peculiarità che dovrebbero caratterizzare il ruolo del SSR in queste due specifiche funzioni rappresentano l'elemento centrale da monitorare al fine di comprendere se e quanto SSR e Università si stanno

integrando virtuosamente o stanno invece diluendo e confondendo le reciproche e specifiche mission originarie.

## 2.5. Assetto organizzativo

La ricomposizione delle tre funzioni, di assistenza, di ricerca e di didattica rafforza la collaborazione tra Servizio sanitario regionale ed Università e caratterizza in modo peculiare l'assetto organizzativo di tali aziende.

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione delle Aziende sanitarie. Per le Aziende ospedaliero-universitarie tale organizzazione deve assicurare, oltre agli obiettivi previsti dagli indirizzi regionali in materia, l'esercizio integrato delle funzioni suddette.

In questa parte della sezione si chiede di tratteggiare il modello organizzativo dell'Azienda, disegnando la mappa delle sue strutture e fornendo, per ciascuna di esse, i dati di maggiore rilievo.

## Scheda di sviluppo

### 2.1. Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

Sostenibilità	Informazione	Indicatore
<u>Economica</u>	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.
<u>Finanziaria</u>	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).
<u>Patrimoniale</u>	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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• immobilizzazioni immateriali;</li> <li>• fabbricati indisponibili;</li> <li>• impianti e macchinari;</li> <li>• attrezzature sanitarie;</li> <li>• mobili e arredi;</li> <li>• mobili e arredi di valore artistico;</li> <li>• beni strumentali diversi;</li> <li>• immobilizzazioni materiali in corso e acconti.</li> </ul>
	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. Impatto sul contesto territoriale

<b>Impatto</b>	<b>Informazione</b>	<b>Indicatore</b>
<u>Economico</u>	Contributo dell'Azienda all'economia del territorio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unità di personale totale e suddiviso per ruolo.</li> <li>• N° totale di lavoratori stranieri.</li> <li>• N° dipendenti occupati nell'ambito di categorie protette.</li> <li>• N° di dipendenti dell' Azienda / totale occupati nell'ambito territoriale.</li> <li>• N° di dipendenti dell'Azienda residenti nell'ambito territoriale.</li> <li>• Volume degli emolumenti erogati per personale dipendente, integrazione agli universitari, compensi a collaboratori, specializzandi, borsisti, ecc.</li> <li>• Valore degli emolumenti corrisposti dall'Università a ricercatori/docenti.</li> <li>• Volume dei beni e servizi acquistati da aziende dell'ambito territoriale e della regione.</li> <li>• N° studenti per corso di laurea.</li> <li>• N° medici in formazione specialistica.</li> </ul>
<u>Sociale</u>	Riconoscimento da parte della comunità della funzione sociale dell'Azienda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lasciti e donazioni ricevuti da cittadini (n° e importo totale).</li> <li>• Donazioni e contributi ricevuti da Fondazioni di origine bancaria e da altri soggetti (n° e importo totale).</li> </ul>
<u>Culturale</u>	Contributo dell'Azienda allo sviluppo di più ampie politiche di valorizzazione del patrimonio storico, artistico, culturale presente sul territorio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventi effettuati sul patrimonio aziendale artistico e culturale: immobiliare, mobiliare, librario, archivistico.</li> <li>• Iniziative pubbliche effettuate (mostre, cataloghi, ecc.).</li> <li>• Collaborazioni con altri Enti per la valorizzazione del patrimonio.</li> </ul>
<u>Ambientale</u>	Effetti indotti sull'ambiente dalle attività, dai prodotti e dai servizi dell'Azienda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio quali-quantitativo sull'uso di energia elettrica e termica.</li> <li>• Interventi per lo sviluppo della produzione e dell'utilizzo di energia derivante da fonti rinnovabili, da cogenerazione e da sistemi tecnologici innovativi.</li> <li>• Interventi per una migliore gestione dell'acqua con indicazione degli effetti prodotti per: il contenimento, la riduzione e la razionalizzazione dei consumi; il recupero delle acque per usi diversi; il trattamento delle acque reflue.</li> <li>• Interventi in tema di produzione e gestione dei rifiuti, al fine di ridurre la pericolosità, favorirne il recupero, ottimizzarne la raccolta e lo smaltimento.</li> <li>• Interventi di promozione di una mobilità sostenibile negli spostamenti casa-lavoro e per servizio dei dipendenti o degli utenti.</li> </ul>

### 2.3. Contributo alla copertura dei Livelli essenziali di assistenza

LEA	Informazione	Indicatore
<u>Assistenza collettiva in ambiente di vita</u>	Contributo dell'Azienda allo sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore della mammella.	<ul style="list-style-type: none"> <li>N° esami eseguiti nell'ambito del programma di screening.</li> <li>Percentuale esami eseguiti dall'Azienda sul totale esami per ambito territoriale di competenza.</li> <li>Prestazioni di secondo livello erogate nell'ambito del programma di screening.</li> </ul>
	Contributo dell'Azienda allo sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero.	<ul style="list-style-type: none"> <li>N° esami eseguiti nell'ambito del programma di screening.</li> <li>Percentuale esami eseguiti dall'Azienda sul totale esami per ambito territoriale di competenza.</li> <li>Prestazioni di secondo livello erogate nell'ambito del programma di screening.</li> </ul>
	Contributo dell'Azienda allo sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore del colon-retto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>N° esami eseguiti nell'ambito del programma di screening.</li> <li>Percentuale esami eseguiti dall'Azienda sul totale esami per ambito territoriale di competenza.</li> <li>Prestazioni di secondo livello erogate nell'ambito del programma di screening.</li> </ul>
<u>Assistenza distrettuale</u>	Contributo dell'Azienda alla rete delle cure palliative (hospice).	<ul style="list-style-type: none"> <li>N° di posti letto.</li> <li>N° di pazienti dimessi.</li> <li>Degenza media.</li> </ul>
	Assistenza farmaceutica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Importo complessivo dei farmaci a distribuzione diretta alla dimissione.</li> <li>Importo complessivo dei farmaci a distribuzione diretta ambulatoriale.</li> </ul>
	Assistenza specialistica ambulatoriale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valore e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato).</li> <li>Valore e volumi delle prestazioni critiche (su totale produzione provinciale).</li> <li>Valore della produzione in libera professione.</li> <li>Percentuale di prestazioni a CUP.</li> <li>Percentuale valore e volumi prestazioni erogate con modalità day-service su totale valore e volumi prestazioni.</li> <li>Indice di performance effettivo per visite e diagnostica (prestazioni programmabili).</li> <li>Attività di governo clinico in collaborazione con l'Ausl per qualificazione consumi prestazioni specialistiche.</li> </ul>
<u>Assistenza ospedaliera</u>	Struttura dell'offerta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>N° posti letto per acuti.</li> <li>Contributo dell'Azienda alla dotazione provinciale di posti letto per acuti /1000 abitanti.</li> <li>N° posti letto per lungo-degenza e riabilitazione.</li> <li>Contributo dell'Azienda a dotazione provinciale di posti letto per lungo-degenza e riabilitazione /1000 abitanti.</li> <li>Percentuale posti letto per funzioni "hub", definite a livello regionale.</li> <li>Percentuale posti letto per funzioni "hub", con riferimento ai PAL.</li> </ul>

Assistenza ospedaliera

- |   |  |
|---|--|
| Attività "hub".                         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Percentuale di ricoveri extra-provincia ed extra-regione su funzioni "hub" (definite a livello regionale).</li><li>• Percentuale di ricoveri extra-provincia ed extra-regione su funzioni non "hub" (definite a livello regionale).</li><li>• Indicatori di attività dei centri "hub".</li><li>• Indicatori di attività dei principali programmi aziendali a valenza provinciale ed extra provinciale.</li></ul>   |
| Attività ospedaliera.                   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Contributo percentuale al tasso standardizzato di ospedalizzazione per ricovero ordinario, DH medico e DH chirurgico.</li><li>• N° casi dimessi in DO, con separata indicazione di quelli in libera-professione.</li><li>• N° casi dimessi in DH (medico e chirurgico), con separata indicazione di quelli in libera-professione.</li><li>• Numero casi chirurgici su totale ricoveri, con separata indicazione di quelli in libera-professione.</li><li>• Peso medio.</li><li>• Percentuale casi ordinari di peso superiore a 2.5 su totale casi ordinari.</li><li>• Percentuale casi attribuiti a Drg individuati da DGR 1872/2004 su totale dimessi.</li><li>• Percentuale dei casi ricoverati entro i tempi massimi previsti per ciascuna patologia/intervento oggetto di monitoraggio secondo l'accordo Stato-Regioni (cataratta, chemioterapia, coronarografia, neoplasia colon retto-mammella-polmone, protesi d'anca).</li><li>• Accessi in PS.</li><li>• Percentuale casi ricoverati dal PS sul totale accessi.</li><li>• N° pazienti inseriti in OBI nell'anno.</li><li>• Percentuale dei pazienti inseriti in OBI sul totale degli accessi al PS generale (standard 3-8%).</li><li>• Percentuale dei dimessi dopo il periodo di osservazione in OBI sul totale dei pazienti osservati (standard &gt; 60%).</li><li>• Contributo percentuale al numero di accessi ai PS provinciali.</li></ul> |
| Piano sangue.                           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Percentuale raggiungimento obiettivo programma sangue provinciale.</li></ul>   |
| Attività trapiantologica.               | <ul style="list-style-type: none"><li>• N° trapianti d'organo effettuati per tipologia.</li><li>• Rapporto organi trapiantati su totale organi offerti e trapiantati presso Azienda o altre sedi.</li><li>• N° prelievi multi-organo/ N° osservazioni.</li></ul>   |
| Monitoraggio dell'accordo di fornitura. | <ul style="list-style-type: none"><li>• Indicatori specifici previsti nei singoli accordi di fornitura.</li></ul>  |

<u>Qualità dell'assistenza</u>	Indicatori di processo e di risultato.	Indicatori di qualità dell'assistenza, di processo e di risultato, tra cui: <ul style="list-style-type: none"> <li>• parti con taglio cesareo su totale parti;</li> <li>• mortalità intraospedaliera a seguito di alcuni interventi chirurgici in elezione e a basso rischio;</li> <li>• mortalità per infarto miocardico acuto.</li> </ul>
--------------------------------	--	---

## **2.4. Ricerca e didattica**

<b>Ambiti</b>	<b>Informazione</b>	<b>Indicatore</b>
<u>Ricerca</u>	Dottorati di ricerca in area clinica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dottorati di ricerca.</li> <li>• N° di dottorandi.</li> </ul>
	Progetti di ricerca.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aree progettuali.</li> <li>• N° progetti.</li> <li>• N° assegnisti/contrattisti di ricerca.</li> <li>• N° di progetti nei quali un dipendente della azienda è capofila o responsabile scientifico.</li> <li>• N° coordinatori/responsabili di progetto: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitari;</li> <li>- del SSR.</li> </ul> </li> <li>• N°unità organizzative aziendali coinvolte.</li> <li>• N° dei partecipanti alla ricerca: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitari;</li> <li>- del SSR.</li> </ul> </li> <li>• Rapporti di collaborazione per la realizzazione della ricerca con altre strutture del SSR, del SSN, europee, pubbliche e private.</li> </ul>
	Finanziamenti.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risorse finanziarie ottenute da: <ul style="list-style-type: none"> <li>- enti pubblici nazionali;</li> <li>- enti pubblici internazionali;</li> <li>- privati non profit (es. fondazioni, associazioni);</li> <li>- privati profit (es. aziende farmaceutiche e biomedicali).</li> </ul> </li> <li>• Valore stimato delle altre risorse (beni e servizi) ottenute da: <ul style="list-style-type: none"> <li>- enti pubblici nazionali;</li> <li>- enti pubblici internazionali;</li> <li>- privati non profit (es. fondazioni, associazioni);</li> <li>- privati profit (es. aziende farmaceutiche e biomedicali).</li> </ul> </li> <li>• Valore (medio, massimo e minimo) dei finanziamenti per progetto.</li> </ul>

- Risultati.
- Pubblicazioni:
    - n° pubblicazioni (classificate per tipologia):
      - a) in lingua inglese su riviste *peer reviewed*,
      - b) in lingua italiana su riviste *peer reviewed*,
      - c) in lingua italiana su riviste divulgative;
    - libri o capitoli di libri;
    - documenti di indirizzo, rapporti di technology assessment/linee guida;
    - altri documenti.
  - Congressi:
    - organizzati dall'Azienda;
    - n° relazioni presentate a Convegni e Congressi da parte di dipendenti della azienda.
  - Altro.

## Didattica

### *1. Per la professione medica*

- Corso di laurea in Medicina e Chirurgia.
    - N° allievi iscritti al corso di laurea in Medicina e Chirurgia per anno di corso.
  - Corso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria.
    - N° allievi iscritti al corso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria per anno di corso.
  - Formazione medico-specialistica.
    - N° delle scuole con struttura di sede nell'Azienda.
    - Strutture aziendali collegate e complementari per Scuole con strutture di sede extra-aziendali.
    - N° di medici in formazione specialistica.
  - Attività di docenza e di tutorato.
    - N° docenti universitari.
    - Personale del SSR:
      - titolare di insegnamento o modulo;
      - con funzioni di tutorato.
- ### *2. Per le professioni sanitarie*
- Corsi di laurea per le professioni sanitarie.
    - Elenco dei corsi di laurea attivi e, per ciascun corso di laurea, numero allievi iscritti per anno di corso.
  - Corsi di laurea magistrale
    - Elenco dei corsi di laurea attivi e, per ciascun corso di laurea, numero allievi iscritti per anno di corso.
  - Attività di docenza e di tutorato.
    - N° docenti universitari.
    - Personale del SSR:
      - titolare di insegnamento o modulo;
      - con funzioni di tutorato;
      - con funzione di coordinamento o altro (da precisare).
- ### *3. Per entrambe le professioni*
- Master universitari di 1 livello e 2 livello.
    - Elenco dei master attivi e, per ciascuno, n° allievi iscritti.

## 2.5. Assetto organizzativo

Ambiti	Informazione	Indicatore
<u>L'organizzazione aziendale</u>	Descrizione del modello di gestione.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mappa dei Dipartimenti e delle relative articolazioni (con specificazione del codice della disciplina).</li> <li>• Indicazione, per ogni struttura:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- dell'attribuzione della direzione a:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- dirigenti del SSR;</li> <li>- universitari.</li> </ul> </li> <li>- N° posti letto.</li> <li>- N° dirigenti medici:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- del SSR, di cui con opzione di libera professione in intra-moenia;</li> <li>- universitari "integrati", di cui con opzione di libera professione in intra-moenia.</li> </ul> </li> <li>- Personale infermieristico, tecnico sanitario e della riabilitazione:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- n° unità SSR;</li> <li>- n° unità universitarie.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Personale amministrativo e tecnico:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- n° unità SSR;</li> <li>- n° unità universitarie.</li> </ul> </li> <li>• Altre unità in collaborazione (da specificare)</li> </ul>
<u>Altre strutture assistenziali essenziali per l'attività didattica</u>	Indicazione dei rapporti fra l'Università ed altre strutture, pubbliche o private, per far fronte a specifiche esigenze, ai sensi dell'articolo 14, comma 4, del Protocollo d'intesa Regione-Università.	Indicazione delle attività e relative strutture convenzionate.

### 3. 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.

Al fine di assicurare il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza la legge regionale 29/2004 ha riconosciuto la ricerca e la didattica come funzioni istituzionali proprie di tutte le aziende sanitarie, al pari delle attività assistenziali.

La valorizzazione di tali funzioni comporta lo sviluppo di nuove e più efficaci forme di collaborazione con le Università per il loro ruolo fondamentale nella ricerca biomedica e sanitaria e nella formazione. Le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli I.R.C.C.S. ne costituiscono il fulcro.

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.

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 le Aziende corrispondono ai loro obblighi in relazione a:

- 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;
- trasparenza e partecipazione, per favorire la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali dei cittadini, degli utenti e delle loro organizzazioni;
- 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;
- promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa, con riferimento anche all'integrazione fra le funzioni assistenziali proprie del SSR e le funzioni di didattiche e di ricerca proprie delle Università, per le Aziende Ospedaliero-Universitarie.

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 di tutte le Aziende sanitarie della regione, ed in una quinta area tesa a cogliere il livello di sviluppo di progetti ad alta valenza innovativa unitamente alle tappe del processo di integrazione tra attività assistenziali e attività istituzionali proprie del sistema universitario.

In relazione ad esse, in particolare, si osserva quanto segue:

- **Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria**

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**

S'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.

- **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.

- **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).

- **Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa**

Per una organizzazione grande, complessa e in continua evoluzione come il servizio sanitario nazionale, la ricerca e la formazione costituiscono fattori essenziali per assicurarne nel tempo il necessario livello di qualità.

L'Azienda Ospedaliera-universitaria è la sede naturale per lo sviluppo di tali fattori e costituisce, sotto tale profilo, un punto di riferimento e di diffusione per l'intero sistema regionale.

La funzione di ricerca e di promozione dell'innovazione, in particolare, rappresenta un elemento centrale ed unico in quanto solo il SSR è in grado di sviluppare quella ricerca mirata a definire le condizioni di effettiva appropriatezza di uso delle tecnologie e a portare a completa maturazione le informazioni necessarie a cogliere e misurare implicazioni organizzative e gestionali dell'introduzione di nuove conoscenze, dell'abbandono di quelle obsolete, ecc. In tale contesto, il concetto stesso di "innovazione" assume quindi non più soltanto il significato di "ciò che è nuovo", ma di ciò che – indipendentemente dalla sua "età cronologica" – "innova" in quanto capace di favorire processi portatori di un più favorevole profilo "beneficio-rischio".

La promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica ed organizzativa diviene quindi principio fondamentale ispiratore del sistema e dell'azienda.

Ciò implica lo sviluppo di particolari forme di collaborazione con l'Università per il suo peculiare ruolo istituzionale di ambito orientato alla ideazione e allo sviluppo.

L'istituzione delle Aziende Ospedaliere-Universitarie e la stessa nuova disciplina degli I.R.C.C.S. mirano allo sviluppo di tali nuove e più efficaci forme di collaborazione.

Tali aziende rappresentano il luogo privilegiato della integrazione fra le attività assistenziali e quelle di ricerca e didattica.

Questa parte del documento è tesa anche ad illustrare le tappe principali del processo di integrazione tra i due sistemi.

Per ognuna delle cinque aree sopra indicate, l'Azienda deve descrivere i macro-obiettivi che, in coerenza con la pianificazione regionale e territoriale, le indicazioni del Comitato di indirizzo, 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.

### **Note indicative per lo sviluppo della sezione 3**

E' evidente come la rendicontazione dell'insieme delle iniziative aziendali relative alle macro-categorie di obiettivi strategici in precedenza elencati ("Partecipazione degli E.E.L.L. alla programmazione sanitaria", "Universalità ed equità di accesso", "Centralità del cittadino", "Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale", "Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa") comporti da parte di molte aziende, specie territoriali, la rendicontazione di

una notevole quantità di iniziative progettuali. La completezza e l'esaustività sono peraltro, in questo contesto, particolarmente importanti, dal momento che la sezione 3, esattamente in quanto ambito della rendicontazione delle strategie aziendali, rappresenta per molti aspetti il "cuore" dell'intero documento. Infatti, è da questa sezione che dovrebbe evincersi la "traiettoria" di una determinata azienda nel perseguire quegli obiettivi strategici.

Tuttavia, relativamente alla finalità specifica della rendicontazione nei confronti degli EELL, laddove lo scopo è portare all'attenzione degli interlocutori istituzionali delle aziende progetti ed iniziative che, per il tipo e la natura dei processi che innescano e/o per i risultati che hanno ottenuto, abbiano particolare rilevanza, le aziende potrebbero utilmente "selezionare" criticamente i progetti da rendicontare, identificando quelli che più possono contribuire al confronto con i propri interlocutori istituzionali locali. Secondo questa ipotesi, è quindi lecito pensare che esista una versione completa e dettagliata della sezione 3, cui possa essere affiancata una versione più sintetica con la finalità sopra esplicitata, in cui ad esempio sia privilegiata la rendicontazione delle iniziative avviate in risposta a specifiche sollecitazioni promosse dagli EE.LL.

Relativamente alle modalità di presentazione, si propone di distinguere esplicitamente le iniziative in via di attivazione o in corso di realizzazione, da quelle già arrivate ad un grado di maturazione sufficiente da consentire la presentazione di risultati concreti.

Relativamente alle prime, dovrebbe essere reso esplicito quando si ritiene che i risultati saranno disponibili.

Sempre in relazione alle modalità di presentazione, per renderle più efficaci dal punto di vista comunicativo, si propone che le iniziative siano rendicontate in forma esaustiva, ma anche sintetica. In particolare, si suggerisce di seguire uno schema-tipo come sotto riportato:

- *Contesto* in cui l'iniziativa è nata (ad esempio su mandato regionale, piuttosto che locale, documentandone nel caso anche il carattere sovra-aziendale, come nel caso di iniziative condotte in ambito di area vasta);
- *Razionale / Motivazioni dell'iniziativa;*
- *Obiettivi specifici perseguiti;*
- *Processo / metodologia adottata;*
- *Risultati (se già disponibili).*

La sequenza di presentazione delle macro-categorie di obiettivi strategici dovrà seguire l'ordine sotto riportato, in quanto essa delinea un percorso ideale di presentazione delle strategie aziendali, prendendo le mosse dai livelli macro istituzionali e giungendo infine al livello "micro", tecnico-professionale.

- Partecipazione Enti Locali alla programmazione sanitaria
- Universalità ed equità di accesso
- Centralità del cittadino
- Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

- Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa

### **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.

Nello sviluppo dei contenuti informativi di questo paragrafo devono essere illustrate le iniziative relative alle relazioni istituzionali con gli EELL (la collaborazione con le Conferenze territoriali sociali e sanitarie, i Piani per la salute, i Piani di Zona, ecc.).

### **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 potrà riguardare in particolare:

- 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);
- partecipazione a programmi di sorveglianza e tutela nei casi di maggiore fragilità e solitudine dell'anziano.

L'assistenza ai cittadini migranti è un ulteriore campo interessante e di attualità da sviluppare per i possibili interventi e programmi messi in opera al fine di:

- valutare la dimensione e le caratteristiche della domanda che giunge alle Aziende Ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie;
- cogliere le eventuali criticità che genera (es. pronto soccorso, assistenza materno infantile, alimentazione, problemi di natura culturale o etica, ecc.);
- rispondere ai problemi con soluzioni specifiche e sperimentazioni (es. servizio di traduzione o di mediazione culturale, programmi di intervento, ambulatori particolari, ecc.)

### **Centralità del cittadino**

Lo scopo dell'analisi richiesta dal punto in questione del bilancio di missione è dare evidenza al quanto e al come la struttura sanitaria sia capace di rapportarsi ai propri utilizzatori e di modificare se stessa, ponendoli centrali rispetto al proprio operare.

L'analisi deve essere realizzata in funzione dei macro obiettivi definiti dal modello assunto per la stesura del 'bilancio di missione':

- garantire al cittadino la possibilità di partecipare ai processi di erogazione dei servizi; questa dimensione comprende anche i temi relativi alla comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza;
- acquisire materialmente il giudizio dei cittadini sui servizi erogati;
- esplicitare l'impegno aziendale nel facilitare l'accesso ;
- verificare l'impegno aziendale per 'umanizzare' i servizi.

### **Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale**

Relativamente a questa parte, pare opportuno sottolineare come rientrino a pieno titolo in questa sezione le iniziative aziendali di intervento di carattere strutturale sui servizi e tutto quanto ha a che vedere con i processi di modernizzazione dell'infrastruttura aziendale (informatizzazione, ad esempio). La distinzione proposta dei diversi temi attinenti la qualità dell'assistenza (accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, efficacia, sicurezza, conformità, continuità) dovrebbe quindi essere rivista aggiungendo il tema "interventi strutturali".

Inoltre, efficacia, appropriatezza e conformità, hanno variamente a che vedere con i processi clinico-organizzativi assistenziali. Da questo punto di vista, potrebbe essere utile semplificare la tassonomia originariamente proposta, individuando i seguenti temi:

- 1) interventi sulla accessibilità dei servizi: in questa specifica sezione questo tema dovrebbe essere affrontato sul versante tecnico-professionale in senso stretto (ad esempio strategie ed interventi per ridurre i tempi di attesa);
- 2) interventi sui processi assistenziali: qui verrebbero quindi incluse le iniziative pertinenti il miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa, l'efficacia clinica e della conformità dei processi in riferimento a criteri definiti da linee-guida e/o a standard di accreditamento. Laddove specifici servizi della azienda partecipino a registri regionali (ad esempio il registro regionale degli interventi di emodinamica, il registro regionale degli interventi cardio-chirurgici), la rendicontazione delle relative attività e risultati ottenuti può trovare in questo ambito la propria collocazione;
- 3) interventi sulla sicurezza dei pazienti, in riferimento specifico alle strategie/interventi aziendali per il monitoraggio e la riduzione del rischio clinico; in questo contesto dovrebbero anche trovare collocazione le rendicontazioni delle attività svolte dai comitati e/o gruppi di

lavoro aziendali dedicati a tematiche quali le infezioni ospedaliere, le cadute, le lesioni da decubito, ecc.;

4) interventi sulla continuità assistenziale.

### **Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa**

Questa parte del documento è tesa a cogliere:

1. attivazione e grado di sviluppo di progetti ad alta valenza innovativa;
2. percorso attivato dalle quattro Aziende Ospedaliero-Universitarie e dagli I.R.C.C.S. nel realizzare forme più avanzate di integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e ricerca svolte dal SSR e dalle Università.

Per quanto riguarda il punto 2, l'azienda dovrà informare sullo stato di attuazione degli indirizzi e dei protocolli approvati in materia, con riferimento a:

- insediamento ed attività degli organi aziendali (Comitato di indirizzo e Collegio di Direzione);
- adozione dell'Atto aziendale;
- approvazione dell'Accordo attuativo locale di cui all'art. 5 del Protocollo d'intesa Regione-Università e relative fasi di attuazione;
- descrizione della modalità definite al fine della ricognizione delle risorse conferite all'azienda rispettivamente dalla Regione e dall'Università in applicazione dell'articolo 9 del Protocollo d'intesa;
- disciplina per la costituzione, organizzazione e funzionamento dei Dipartimenti ad attività integrata e percorso predisposto per la confluenza dei Dipartimenti universitari e dei Dipartimenti assistenziali nei Dipartimenti ad attività integrata, ai sensi dell'articolo 7 del Protocollo d'intesa Regione-Università;
- modalità e grado di attuazione dei protocolli Regione-Università in materia di formazione medico-specialistica e delle professioni sanitarie;
- contenuti ed effetti di eventuali specifici piani di riorganizzazione poliennali, approvati da Regione ed Università in attuazione dell'articolo 13 del vigente Protocollo d'intesa;
- ecc.

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

La quarta sezione del documento è volta a illustrare le scelte aziendali per la valorizzazione delle competenze del personale.

Un'elevata qualità professionale degli operatori e la possibilità che alti livelli possano essere mantenuti sono infatti condizioni essenziali 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 e generato dalle persone che in essa operano, rappresenti la parte più pregiata dei propri *asset*, dovrà qui descrivere le azioni con cui favorisce soluzioni organizzative e contesti operativi capaci di riconoscere, diffondere e arricchire detto patrimonio.

Preliminarmente alle informazioni utili a cogliere i tratti delle politiche aziendali per la valorizzazione delle professionalità interne, l'azienda dovrà fornire dati ed elementi atti a delineare la "carta di identità" del personale di cui essa si avvale.

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. A tale riguardo i punti ritenuti comunque da sviluppare sono individuati nella articolazione qui indicata:

- 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 e con le sue rappresentanze.

Nello sviluppo della sezione, gli argomenti connessi ai punti sopra indicati, ancorché illustrati con modalità descrittive, andranno supportati, ogni qual volta risulti possibile, anche con dati e parametri di tipo quantitativo.

Per le Aziende Ospedaliero-universitarie e per gli IRCCS, lo sviluppo delle azioni connesse a *Condizioni di lavoro, competenze del personale, efficienza dell'organizzazione*, investe i problemi derivanti dalla contestuale presenza di personale del SSR e dell'Università, e dai conseguenti rilevanti riflessi sulle relazioni inter-istituzionali e inter-professionali.

Con riferimento alla particolare complessità dovuta alla presenza di personale a diversi rapporti di dipendenza e contrattuali, le Aziende dovranno perciò illustrare

adeguatamente le principali implicazioni, gli eventuali problemi e le azioni correttive poste in essere e in quale strategia esse si collochino.

#### **4.1. La “carta di identità” del personale**

Questo paragrafo risponde all’esigenza di delineare il “profilo” del personale di cui l’Azienda si avvale e la sua evoluzione nel tempo.

A tal fine le informazioni contenute in questa sorta di “carta d’identità” vanno colte in un arco temporale pluriennale (ultimo triennio) e, possibilmente, in un confronto con dati medi regionali e nazionali.

Gli elementi informativi proposti riguardano i seguenti aspetti:

- Distribuzione del personale per:
  - Tipologia Contrattuale,
  - Categorie;
- Anagrafica del personale, per genere e classi di età;
- Mobilità (interna ed esterna).

#### **4.2. 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.

### **4.3. 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, ecc.), 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 gli utenti, gli eventuali suoi miglioramenti nel tempo come conseguenza di politiche aziendali, ecc.

Per quanto riguarda le condizioni di rischio degli operatori, un'attenzione particolare dovrà essere riservata al monitoraggio e alla illustrazione delle dinamiche connesse con i fenomeni infortunistico e delle malattie professionali, di burn-out e di stress sul lavoro.

### **4.4. 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 auspicate aree di miglioramento, e illustrare esperienze positive e/o progetti formativi attivati.

#### **4.5. 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.

#### **4.6. 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 quindi costituito da relazioni illustrative di programmi e attività intrapresi, sostenuti da indicatori quantitativi.

#### **4.7. 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.

#### 4.8. Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue 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 5, in relazione alla "comunicazione interna aziendale".

In questa sezione, inoltre, potranno essere illustrate le azioni promosse dalla Azienda rispetto ad alcune tematiche di rilievo anche sociale, quali: la compatibilità tra vita lavorativa e vita familiare, la promozione della salute e del benessere psico-fisico del personale, facilitazioni per servizi interni ed esterni, ecc.

#### Scheda di sviluppo

Ambito	Informazioni	Modalità/strumenti
<u>4.1. La "carta d'identità del personale"</u>	Delineare il "profilo" del personale di cui l'Azienda si avvale e la sua evoluzione nel tempo.	Relazione integrata dagli indicatori di cui al successivo sviluppo di questa scheda.
	Tipologia Contrattuale.	Personale: <ul style="list-style-type: none"> <li>- del SSR,</li> <li>- universitario;</li> <li>- convenzionato;</li> <li>- altro personale (con incarichi libero-professionali, a rapporto di collaborazione, con contratto di formazione-lavoro, borsisti, ecc.).</li> </ul>
	Categorie (con la precisazione della dipendenza dal SSR e dall'Università).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dirigenti medici.</li> <li>- Altri dirigenti (sanitari-A.P.T.).</li> <li>- Personale infermieristico.</li> <li>- Personale tecnico sanitario.</li> <li>- Personale della riabilitazione.</li> <li>- Personale OTA, OSS.</li> <li>- Ausiliari specializzati.</li> <li>- Personale amministrativo.</li> <li>- Altro personale.</li> </ul>
	Anagrafica (con la precisazione della dipendenza dal SSR e dall'Università).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genere: M/F sul totale, per categorie, e rispetto a queste sui rapporti a tempo parziale.</li> <li>- Classi di Età: &lt;=34, 35-44, 45-54, 55-64, &gt;=65, sul totale e per categorie.</li> </ul>

	Mobilità.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N° totale dipendenti che si sono dimessi negli ultimi 12 mesi (suddiviso per: pensionamenti, dimissioni premature, mobilità verso altre aziende, ecc.).</li> <li>- N° totale dipendenti in ingresso negli ultimi 12 mesi (con specifica della mobilità da altre Aziende del S.S.R.).</li> <li>- N° trasferimenti interni.</li> </ul>
<u>4.2. Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa</u>	<p>Quali funzioni esercita, e con quali modalità, il Collegio di Direzione nel governo aziendale?</p> <p>Quali azioni sono state intraprese per il coinvolgimento delle strutture dipartimentali?</p>	<p>Relazione qualitativa.</p>
<u>4.3. Gestione del rischio e sicurezza</u>	<p>Procedure intraprese per la rilevazione degli eventi e la gestione del rischio, con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- valutazione dei rischi;</li> <li>- sorveglianza sanitaria;</li> <li>- formazione;</li> <li>- gestione degli infortuni;</li> <li>- gestione delle emergenze.</li> </ul> <p>Condizioni di rischio degli operatori.</p>	<p>Relazione qualitativa supportata da indicatori.</p> <p>Relazione qualitativa supportata da indicatori, tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n° di infortuni denunciati all'INAIL anno/n° totale dei dipendenti*100;</li> <li>- n° di infortuni a rischio biologico denunciati all'INAIL anno/n° totale dei dipendenti*100;</li> <li>- n° domande di riconoscimento di malattie professionali per patologia del rachide;</li> <li>- n° di malattie professionali riconosciute anno/n° totale dei dipendenti*100;</li> <li>- n° dipendenti con limitazione parziale e-o inidoneità/totale dipendenti*100 (con analisi specifica per le categorie maggiormente "a rischio": infermieri ed OTA).</li> </ul> <p>Descrizione delle iniziative messe in atto dall'azienda per studiare, prevenire e combattere fenomeni di <i>burn-out</i> e di stress sul lavoro.</p>
<u>4.4. Ridefinizione dei ruoli professionali in</u>	Aree e modalità innovative di declinazione delle responsabilità	Relazione qualitativa.

relazione allo sviluppo delle strategie aziendali

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.

4.5. Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

Modalità di valutazione delle competenze.

Percorsi di sviluppo (professionale e di carriera).

Sistemi di valutazione delle performance professionali.

Sistemi di incentivazione.

Informazioni quali-quantitative su:

- nuove unità operative a direzione infermieristica e tecnica;
- linee guida e istruzioni operative prodotte con la collaborazione delle professioni sanitarie.

Relazione qualitativa su:

- struttura del sistema di valutazione e di incentivazione del miglioramento nelle *performance* 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.

4.6. Formazione

Azioni e iniziative per lo sviluppo delle competenze professionali presenti in Azienda a supporto delle strategie aziendali, della riduzione del rischio e dell'adozione di buone pratiche professionali, della soddisfazione dell'utenza, della ricerca e innovazione.

Relazione qualitativa su:

- aree tematiche ritenute prioritarie;
- modalità di definizione dei bisogni formativi e di elaborazione/approvazione dei piani formativi annuali.

Informazioni quali-quantitative su:

- corsi/seminari organizzati;
- n° dipendenti con obbligo ECM e n° dipendenti che hanno conseguito il numero di crediti ECM richiesti;
- n° totale dei crediti ECM acquisiti nell'anno da personale dipendente, con specificazione del n° di crediti acquisiti con iniziative; interne;
- n° di crediti erogati a personale esterno, partecipante a iniziative di formazione aziendali;
- costo complessivo (ECM e non) per formazione del personale dipendente, con indicazione della quota-parte riservata ad iniziative esterne all'azienda;
- eventuale disponibilità del servizio di biblioteca *on-line*, indicando il n° di utenti abilitati, il n° di utenti che lo hanno utilizzato nell'anno ed il n° di accessi;
- n° dei dipendenti autorizzati a partecipare a corsi Universitari (Master, Corsi di alta formazione, ecc.);
- n° dei dipendenti a cui sono state affidate funzioni di coordinamento o direzione di corso, attività di docenza e

4.7. Sistema informativo del personale

Grado di implementazione del sistema informativo.

Relazione qualitativa.

4.8. Struttura delle relazioni con il personale dipendente e le sue rappresentanze

Iniziativa volte a creare un ambiente aperto alla negoziazione come condizione necessaria per la riflessione sulla qualità dei processi aziendali.

Relazione qualitativa, supportata da informazioni quantitative sui seguenti aspetti:

- modalità ed organismi aziendali di consultazione, confronto, concertazione con le rappresentanze - sindacali e professionali - del personale;
- modalità con le quali l'Azienda dirime i conflitti derivanti dai rapporti di lavoro e dinamica del relativo contenzioso (per i diversi profili professionali);
- tempo e modalità di risoluzione delle dispute di lavoro;
- sistema di valorizzazione dei suggerimenti degli operatori sulla revisione organizzativa;
- modalità di gestione delle relazioni con: personale, organizzazioni sindacali, organismi di rappresentanza delle professioni.

*Azioni promosse per i dipendenti, in tema di:*

compatibilità tra lavoro e tempo di vita;

Relazione qualitativa con indicazioni di iniziative specifiche, quali:

- studio e sperimentazione di forme flessibili di organizzazione del lavoro;
- iniziative di telelavoro;
- asili nido interni e convenzioni con asili nido esterni;
- ecc.

promozione salute e benessere psico-fisico;

Relazione qualitativa con indicazioni di iniziative specifiche:

- di promozione della salute delle persone che operano in azienda (servizi di vaccinazioni, promozione di attività fisica, di corrette abitudini alimentari, di abbandono dell'alcool e del fumo, ecc.);
- a supporto psicologico per le persone che operano in azienda, rivolte in particolare a reparti a rischio (oncologia, geriatria, terapia intensiva, centri trapianti, ecc.) e operatori a rischio

facilitazioni;

Relazione qualitativa con indicazioni di iniziative specifiche:

- disponibilità di mensa, sale pause e riposo, impianti sportivi;
- sconti su abbonamenti a treni e bus; fornitura di biciclette

compresenza di personale a distinti rapporti di dipendenza e contrattuali.

Relazione illustrativa delle principali implicazioni, degli eventuali problemi derivanti da tali compresenze, delle azioni correttive adottate.

## 5. 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 tre distinti ambiti e precisamente:

- la comunicazione per l'accesso ai servizi;
- la comunicazione per le scelte di interesse per la 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. 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.).

## **5.2. La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità**

Questo secondo 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.

## **5.3. La comunicazione interna aziendale**

Questo terzo 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.

## Scheda di sviluppo

Ambito	Informazioni	Modalità/strumenti
<u>5.1. La comunicazione per l'accesso ai servizi</u>	Azioni per: <ul style="list-style-type: none"> <li>- fare in modo che i cittadini conoscano le modalità di accesso ai servizi e alle prestazioni;</li> <li>- rendere disponibili procedure particolari per facilitare l'accesso a gruppi specifici (anziani, disabili, immigrati, reclusi, ecc.);</li> <li>- facilitare l'accesso (collaborazione al Numero verde regionale, sito <i>web</i> aziendale, sportelli distrettuali, ecc.);</li> <li>- rispondere a domande esplicite relative a varie situazioni e procedure.</li> </ul>	Relazione illustrativa di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- strumenti informativi per l'accesso ai servizi;</li> <li>- programmi di formazione per operatori dedicati;</li> <li>- strumenti e strutture previsti da norme e regolamenti: Carta dei servizi, Ufficio relazioni con il pubblico, Sportello per la prevenzione, Sportello unico distrettuale;</li> <li>- sperimentazione di strumenti innovativi: sito <i>web</i> interattivo, percorsi speciali, ecc.;</li> <li>- studi valutativi sull'efficacia dell'attività di comunicazione.</li> </ul>
<u>5.2. La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità</u>	Azioni e studi promossi dall'azienda per: <ul style="list-style-type: none"> <li>- comprendere i bisogni dei cittadini;</li> <li>- mettere i cittadini competenti nelle condizioni di poter effettuare scelte di priorità nelle politiche sanitarie;</li> <li>- migliorare l'immagine dell'Azienda;</li> <li>- valorizzare le eccellenze (la buona qualità) aziendali;</li> <li>- contrastare la cattiva informazione su problemi rilevanti di salute;</li> <li>- realizzare processi di comunicazione sul rischio con la partecipazione dei cittadini interessati;</li> <li>- definire procedure, responsabilità e strumenti per la gestione delle emergenze sanitarie.</li> </ul>	Relazione illustrativa di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sperimentazioni per la partecipazione della comunità a scelte di salute;</li> <li>- analisi su interazione con le Conferenze territoriali sociali e sanitarie;</li> <li>- sviluppo e risultati dei Piani per la salute;</li> <li>- nuove campagne di informazione;</li> <li>- collaborazione con i <i>mass media</i> per campagne di promozione della salute;</li> <li>- applicazione del logo del SSR.</li> </ul>
<u>5.3. La comunicazione interna aziendale</u>	Iniziative comunicative utili a promuovere l'innovazione e a creare climi positivi.	Relazione illustrativa di alcuni aspetti particolarmente indicativi.

## 6. 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'imaturità 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;
  - accessibilità alla informazione e documentazione scientifica;
  - 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, e valutazione dei risultati ottenuti;
  - assetto di regole per assicurare trasparenza nei confronti dei finanziatori privati;
  - valorizzazione del ruolo del Comitato etico locale.

Tutto questo richiede non solo l'attivazione delle specifiche azioni che, a scopo esemplificativo e comunque non esaustivo, sono state elencate nella scheda di sviluppo che segue, ma anche la più generale capacità di documentare le azioni intraprese, i processi ed i prodotti dell'attività di promozione della ricerca e della innovazione. In assenza di tale precisa e puntuale documentazione – come hanno dimostrato i risultati del censimento sull'attività di ricerca nelle aziende del SSR per gli anni 2002-2004 condotta nell'ambito del PRI E-R (vedi Dossier n° 144/2007) – è assai problematico pensare ad una possibile valorizzazione e monitoraggio di questa funzione.

## Scheda di sviluppo

### Creazione dell'infrastruttura locale per la Ricerca e l'innovazione

Area di attività	Obiettivi	Informazioni
<u>Sviluppo della infrastruttura locale</u>	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.
<u>Integrazione tra i vari sotto-sistemi aziendali</u>	Creare un linguaggio comune, una condivisione di obiettivi e una capacità di lavoro integrato relativamente alle competenze dei singoli.	Analisi qualitativa delle attività svolte.
<u>Collaborazioni con altre Aziende</u>	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.  Partecipazione dell'azienda al Programma Regione-Università per la ricerca.  Tipologie degli strumenti di rilevazione delle attività, delle risorse e dei costi della ricerca, nonché dei soggetti proponenti.
<u>Capacità di attrazione da parte dell'Azienda di risorse finanziarie</u>	Acquisire capacità di attrazione di finanziamenti dedicati.	Informazioni su modalità/fonti/quantità di finanziamenti.
<u>Utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche</u>	Promuovere la coerenza tra investimenti ed evidenza dei benefici.	Informazioni sul processo di introduzione nell'Azienda di innovazioni tecnologiche con particolare riferimento alla tracciabilità o meno del come ciò è avvenuto (es. rilevazione o meno di un bisogno assistenziale specifico,

documentazione o meno del beneficio atteso dalla introduzione della tecnologia/intervento).

Descrizione dei progetti di ricerca precedentemente realizzati che abbiano avuto una ricaduta (di cui va specificato il tipo) sull'attività di assistenza.

Illustrazione delle eventuali ricadute della ricerca in altri ambiti extraziendali.

Informazioni sulla partecipazione a registri (di malattia e di materiale) indicandone finalità e caratteristiche.

## Sviluppo di un ambiente culturale favorevole

Area di attività	Obiettivi	Informazioni
<u>Attività di formazione del personale</u>	Sviluppare cultura relativa alla ricerca sanitaria.	Dati aggiornati su numero e tipologie delle iniziative formative.
<u>Accessibilità alla informazione e documentazione scientifica</u>	Facilitare l'accesso alle conoscenze e alle competenze per il corretto utilizzo dell'informazione scientifica.	Relazione descrittiva delle azioni intraprese (specificando se in termini di corsi ad hoc, di partecipazione ad attività di ricerca sul campo, ecc).
<u>Database sulle opportunità di partecipazione a programmi di ricerca</u>	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.
<u>Supporto allo sviluppo di progetti di Ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie (nazionali e straniere)</u>	Mettere a disposizione della organizzazione strumenti per facilitare la realizzazione di progetti con altre istituzioni.	Quali azioni sono state realizzate? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Struttura di supporto (ufficio, funzioni, professionalità) con competenze specifiche per lo sviluppo di progetti in rete.</li> <li>• Struttura per la ricerca di fondi nazionali ed europei.</li> </ul>
<u>Sostegno dell'integrazione tra diverse discipline/professioni e tra competenze clinico-assistenziali e gestionali</u>	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

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

## **7. 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 ed il governo aziendale. Avrà perciò a oggetto talora fasce di popolazione target e talaltra aree tematiche di particolare interesse sociale e sanitario.

Allo sviluppo di questa sezione si dedicherà perciò una particolare attenzione, al fine di selezionare - in coerenza con le indicazioni del Piano regionale sociale e sanitario 2008 - 2010 - un insieme significativo di indicatori da raccogliere sistematicamente e con modalità comuni e condivise dalle Aziende sanitarie.

Chiaramente, oltre ai temi di interesse regionale - comuni 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.

Una speciale attenzione dovrà essere posta all'illustrazione del percorso di costituzione della nuova Azienda, nello specifico Ospedaliero-Universitaria, e delle implicazioni organizzative conseguenti all'applicazione della L.R. 29/2004, dei recenti protocolli d'intesa Regione-Università, delle linee di indirizzo e dei programmi in materia di ricerca e innovazione.

## 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.

## **Parere del Comitato di indirizzo**

Ai sensi dell'articolo 5, punto 1.c) della "disciplina delle Aziende Ospedaliero-Universitarie" approvata con deliberazione di Giunta n. 318 del 14 febbraio 2005, il Comitato di indirizzo esprime parere obbligatorio sui risultati dell'attività istituzionale rappresentati nel Bilancio di Missione, che andrà riportato in questa parte del documento.

# Allegati

# Note tecniche per la predisposizione degli indicatori<sup>2</sup>

## 1. Contesto di riferimento

### *Sistema delle relazioni con Università*

*Programmazione dell'attività didattica della Facoltà di Medicina e Chirurgia*

**Corsi attivati/disattivati nell'anno, rispetto all'anno precedente**

**Corsi da attivare/disattivare in relazione a delibere assunte nell'anno**

**Numero dei ricercatori e professori universitari assunti/cessati nell'ultimo triennio**

**Numero dei ricercatori e dei professori universitari da reclutare sulla base di procedure già deliberate**

### *Rete integrata dell'offerta*

**Indici di dipendenza della struttura dalla popolazione – attività di degenza (n° ricoveri e valore produzione)**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico, tabella

---

<sup>2</sup> 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.

### **Indici di dipendenza della struttura dalla popolazione – attività ambulatoriale (valore produzione)**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	Banca dati Assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico, tabella

### **Indici di dipendenza della popolazione dalle strutture – attività di degenza (n° ricoveri e valore produzione)**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico, tabella

### **Indici di dipendenza della popolazione dalle strutture – attività ambulatoriale (valore produzione)**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	Banca dati Assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico, tabella

## **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:	ultimo triennio
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: ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento del Bilancio d'esercizio

FONTE: bilancio di esercizio e riclassificato regionale

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: grafico: istogrammi

### **Risultati netti di esercizio / 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: ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento del Bilancio d'esercizio

FONTE: bilancio di esercizio, consolidato regionale

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: grafico: linee (*trend*)

### **Risultati della gestione caratteristica (ROC) / 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: ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento del Bilancio d'esercizio

FONTE: riclassificato regionale

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: grafico

### **Principali aggregati di fattori produttivi / ricavi disponibili, 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<sub>1</sub>*, *FP<sub>2</sub>* = 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: ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento del Bilancio d'esercizio

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: ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento del Bilancio d'esercizio

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: ultimo 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:

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

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: ultimo 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 realizza/rimborsi delle operazioni di investimento/ finanziamento
LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio per i dati aziendali; ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento del Bilancio d'esercizio per i dati regionali
FONTE:	riclassificato bilancio di esercizio
ELABORAZIONE:	aziendale, regionale
RAPPRESENTAZIONE:	dato

### **Contributi in conto capitale / investimenti in immobilizzazioni materiali nette**

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

FORMULA DI CALCOLO:

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

dove:

*CONTRIBUTI C / CAPITALE* = contributi in conto capitale

*INV IMM MAT NETTE* = investimenti in immobilizzazioni materiali nette

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
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:	ultimo triennio
FONTE:	nota integrativa
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico: istogrammi e linee ( <i>trend</i> ), 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:	

$$\frac{NUOVI\ INV\ IMM}{TOT\ INV\ LORDI}$$

dove:

*NUOVI INV IMM* = nuovi investimenti in immobilizzazioni materiali e immateriali

*TOT INV LORDI* = totale investimenti lordi in immobilizzazioni

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	nota integrativa
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico: linee ( <i>trend</i> )

### **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:	ultimo triennio
FONTE:	nota integrativa
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico: linee ( <i>trend</i> )

## **2.2. Impatto sul contesto territoriale**

## ***Economico***

### **Unità di personale totale e suddiviso per ruolo**

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: unità di personale presenti in Azienda al 31/12 di ogni anno, con separata indicazione del numero di dipendenti del SSR e dei ricercatori/docenti universitari

ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio

ELABORAZIONE: aziendale

### **Numero totale di lavoratori stranieri**

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: Numero totale di lavoratori stranieri (intra EU- extra EU) dipendenti dell'azienda, al 31/12

ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio

ELABORAZIONE: aziendale

### **Numero dipendenti occupati nell'ambito di categorie protette**

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: Numero dipendenti occupati nell'ambito di categorie protette, al 31/12

ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio

ELABORAZIONE: aziendale

### **Numero di dipendenti dell'Azienda sul totale occupati nell'ambito territoriale**

ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio

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: ultimo triennio

ELABORAZIONE: aziendale

### **Volume degli emolumenti erogati per personale dipendente; integrazione agli universitari; compensi a collaboratori, specializzandi, borsisti, etc...**

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: somme erogate (importi netti) nei singoli anni

ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio

ELABORAZIONE: aziendale

### **Valore degli emolumenti corrisposti dall'Università a ricercatori/docenti**

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: somme erogate (importi netti) nei singoli anni dall'Università

ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio

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: anno di riferimento del Bilancio e anni precedenti in base ai dati disponibili in relazione all'ultimo triennio

ELABORAZIONE: aziendale

### **Numero studenti per corso di laurea**

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: Numero studenti per corso di laurea (medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, delle professioni sanitarie), suddivisi per provenienza (provinciale, regionale, extra-regionale)

ANNO DI RIFERIMENTO: anno di riferimento del Bilancio e anni precedenti in base ai dati disponibili in relazione all'ultimo triennio

ELABORAZIONE: aziendale

### **Numero medici in formazione specialistica**

DESCRIZIONE/DEFINIZIONE: Numero medici in formazione specialistica, suddivisi per provenienza (provinciale, regionale, extra-regionale)

ANNO DI RIFERIMENTO: anno di riferimento del Bilancio 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: ultimo triennio

ELABORAZIONE: aziendale

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

ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio

ELABORAZIONE: aziendale

## ***Culturale***

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

Relazione descrittiva da parte dell'Azienda in relazione all'ultimo triennio.

### **Iniziative pubbliche effettuate (mostre, cataloghi, ecc.)**

Relazione descrittiva da parte dell'Azienda in relazione all'ultimo triennio .

### **Collaborazioni con altri enti per la valorizzazione del patrimonio**

Relazione descrittiva da parte dell'Azienda in relazione all'ultimo triennio .

## **2.3. Contributo alla copertura dei Livelli essenziali di assistenza**

### ***Assistenza collettiva in ambiente di vita***

*Contributo dell'Azienda allo sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore della mammella*

### **Numero esami eseguiti nell'ambito del programma di screening**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	Banca dati Assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico, tabella

### **Percentuale esami eseguiti dall'Azienda sul totale esami per ambito territoriale di competenza**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	Banca dati Assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico, tabella

### **Prestazioni di secondo livello erogate nell'ambito del programma di screening**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: database aziendali  
ELABORAZIONE: aziendale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

*Contributo dell'Azienda allo sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero*

### **Numero esami eseguiti nell'ambito del programma di screening**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: Banca dati Assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)  
ELABORAZIONE: aziendale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

### **Percentuale esami eseguiti dall'Azienda sul totale esami per ambito territoriale di competenza**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: Banca dati Assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)  
ELABORAZIONE: aziendale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

### **Prestazioni di secondo livello erogate nell'ambito del programma di screening**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: database aziendali  
ELABORAZIONE: aziendale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

*Contributo dell'Azienda allo sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore del colon-retto*

### **Numero esami eseguiti nell'ambito del programma di screening**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: database aziendali  
ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

**Percentuale esami eseguiti dall'Azienda sul totale esami per ambito territoriale di competenza**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio

FONTE: database aziendali

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

**Prestazioni di secondo livello erogate nell'ambito del programma di screening**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio

FONTE: database aziendali

ELABORAZIONE: aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

***Assistenza distrettuale***

*Contributo dell'Azienda alla rete delle cure palliative (hospice)*

**Numero di posti letto**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio

FONTE: Banca dati Hospice

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

**Numero di pazienti dimessi**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio

FONTE: Banca dati Hospice

ELABORAZIONE: regionale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

**Degenza media**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale

ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio

FONTE: Banca dati Hospice

ELABORAZIONE: regionale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

### *Assistenza farmaceutica*

#### **Importo complessivo dei farmaci a distribuzione diretta alla dimissione**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: database aziendali  
ELABORAZIONE: aziendale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

#### **Importo complessivo dei farmaci a distribuzione diretta ambulatoriale**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: database aziendali  
ELABORAZIONE: aziendale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

### *Assistenza specialistica ambulatoriale*

#### **Valore e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato)**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: Banca dati Assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)  
ELABORAZIONE: regionale, aziendale (regime di erogazione SSN)  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

#### **Valore e volumi delle prestazioni critiche (su totale produzione provinciale)**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: Banca dati Assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)  
ELABORAZIONE: regionale (regime di erogazione SSN), modalità di accesso: programmabili, urgenti ed urgenti differibili  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

#### **Valore della produzione in libera professione**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio

FONTE: database aziendali  
ELABORAZIONE: aziendale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

#### **Percentuale di prestazioni a CUP**

(percentuale dei codici aziendali identificativi della prestazione - all'interno del catalogo aziendale - rispetto al totale dei codici presenti nel catalogo)

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: database aziendali  
ELABORAZIONE: aziendale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

#### **Percentuale valore e volumi prestazioni erogate con modalità day-service su totale valore e volumi prestazioni**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: database aziendali (regime di erogazione SSN)  
ELABORAZIONE: aziendale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

#### **Indice di performance effettivo per visite e diagnostica (prestazioni programmabili)**

(percentuale delle prestazioni erogate entro i tempi di attesa standard regionali - 30 gg. per le visite e 60 gg. per la diagnostica - sul totale delle prestazioni erogate con modalità di accesso "programmabile")

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: Banca dati Assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)  
ELABORAZIONE: regionale, regime di erogazione SSN, aggregazione FARE al 1° livello (V e D), modalità di accesso programmabili, escluse le prestazioni con data di prenotazione coincidente con la data di erogazione

### ***Assistenza ospedaliera***

#### ***Struttura dell'offerta***

##### **Numero posti letto per acuti**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: HSP 12 - Flussi Informativi Ministero della Salute  
ELABORAZIONE: regionale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

### **Contributo dell’Azienda alla dotazione provinciale di PL per acuti/1000 abitanti**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: HSP 12 - Flussi Informativi Ministero della Salute  
ELABORAZIONE: aziendale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

### **Numero posti letto per lungo-degenza e riabilitazione**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: HSP 12 - Flussi Informativi Ministero della Salute  
ELABORAZIONE: regionale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

### **Contributo dell’Azienda a dotazione provinciale di PL per lungo-degenza e riabilitazione/1000 abitanti**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: HSP 12 - Flussi Informativi Ministero della Salute  
ELABORAZIONE: aziendale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

### **Percentuale posti letto per funzioni “hub”, definite a livello regionale**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: HSP 12 - Flussi Informativi Ministero della Salute  
ELABORAZIONE: aziendale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

### **Percentuale posti letto per funzioni “hub”, con riferimento ai PAL**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: HSP 12 - Flussi Informativi Ministero della Salute  
ELABORAZIONE: aziendale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

### *Attività "hub"*

#### **Percentuale di ricoveri extra-provincia ed extra-regione su funzioni "hub" (definite a livello regionale)**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	Banca dati SDO aziendale
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico, tabella

#### **Percentuale di ricoveri extra-provincia ed extra-regione su funzioni non "hub" (definite a livello regionale)**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	Banca dati SDO aziendale
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico, tabella

#### **Indicatori di attività dei centri "hub"**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	database aziendali
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico, tabella

#### **Indicatori di attività dei principali programmi aziendali a valenza provinciale ed extra provinciale**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	database aziendali
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico, tabella

### *Attività ospedaliera*

#### **Contributo percentuale al tasso standardizzato di ospedalizzazione per ricovero ordinario, DH medico e DH chirurgico**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico, tabella

#### **Numero casi dimessi in DO, con separata indicazione di quelli in libera professione**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico, tabella

#### **Numero casi dimessi in DH (medico e chirurgico), con separata indicazione di quelli in libera professione**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico, tabella

#### **Numero casi chirurgici su totale ricoveri, con separata indicazione di quelli in libera professione**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico, tabella

#### **Peso medio**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
--------------------------	-----------

ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)  
ELABORAZIONE: regionale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

**Percentuale casi ordinari di peso superiore a 2.5 su totale casi ordinari**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)  
ELABORAZIONE: regionale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

**Percentuale casi attribuiti a Drg individuati da DGR 1872/2004 su totale dimessi**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)  
ELABORAZIONE: regionale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

**Percentuale dei casi ricoverati entro i tempi massimi previsti per ciascuna patologia/intervento oggetto di monitoraggio secondo l'accordo Stato-Regioni (cataratta, chemioterapia, coronarografia, neoplasia colon retto-mammella-polmone, protesi d'anca)**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: Banca dati Schede di dimissione ospedaliera (SDO)  
ELABORAZIONE: regionale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

**Accessi in PS**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: HSP 24 - Flussi Informativi Ministero della Salute  
ELABORAZIONE: regionale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

**Percentuale casi ricoverati dal PS sul totale accessi**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: regionale, aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: HSP 24 - Flussi Informativi Ministero della Salute  
ELABORAZIONE: regionale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

### **Numero pazienti inseriti in OBI nell'anno**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	database aziendali
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico, tabella

### **Percentuale dei pazienti inseriti in OBI sul totale accessi al PS generale (standard 3-8%)**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	database aziendali
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico, tabella

### **Percentuale dei dimessi dopo il periodo di osservazione in OBI sul totale dei pazienti osservati (standard > 60%)**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	database aziendali
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico, tabella

### **Contributo percentuale al numero di accessi ai PS provinciali**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	HSP 24 - Flussi Informativi Ministero della Salute
ELABORAZIONE:	aziendale
RAPPRESENTAZIONE:	grafico, tabella

### *Piano Sangue*

### **Percentuale raggiungimento obiettivo programma sangue provinciale**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE:	aziendale
ANNO DI RIFERIMENTO:	ultimo triennio
FONTE:	database aziendali CRCC
ELABORAZIONE:	aziendale

RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

### *Attività trapiantologica*

#### **Numero trapianti d'organo effettuati per tipologia**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: database aziendali CRT  
ELABORAZIONE: aziendale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

#### **Rapporto organi trapiantati su totale organi offerti e trapiantati presso Azienda o altre sedi**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: database aziendali CRT  
ELABORAZIONE: aziendale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

#### **Numero prelievi multi-organo/numero osservazioni**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: database aziendali CRT  
ELABORAZIONE: aziendale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

### *Monitoraggio dell'accordo di fornitura*

#### **Indicatori specifici previsti nei singoli accordi di fornitura**

LIVELLO DI AGGREGAZIONE: aziendale  
ANNO DI RIFERIMENTO: ultimo triennio  
FONTE: database aziendali  
ELABORAZIONE: aziendale  
RAPPRESENTAZIONE: grafico, tabella

## **Qualità dell'assistenza**

### *Indicatori di processo e di risultato*

#### **Parti con taglio cesareo su totale parti**

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:	ultimo triennio
FONTE:	scheda di dimissione ospedaliera (SDO)
ELABORAZIONE:	regionale
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 / 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:	ultimo triennio
FONTE:	scheda di dimissione ospedaliera (SDO)
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	tabella, grafico

### **Mortalità 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: *numeratore*: numero dei pazienti deceduti  
*denominatore*: 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 disordini 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:	ultimo triennio
FONTE:	scheda di dimissione ospedaliera (SDO)
ELABORAZIONE:	regionale
RAPPRESENTAZIONE:	tabella, grafico

## **2.4. Ricerca e didattica**

### **Ricerca**

*Dottorati di ricerca in area clinica*

**Dottorati di ricerca.**

**Numero di dottorandi.**

*Progetti di ricerca*

**Aree progettuali.**

**Numero progetti.**

**Numero assegnisti/contrattisti di ricerca.**

**Numero di progetti nei quali un dipendente della azienda è capofila o responsabile scientifico.**

**Numero coordinatori/responsabili di progetto:**

- universitari;
- del SSR.

**Numero unità organizzative aziendali coinvolte.**

**Numero dei partecipanti alla ricerca:**

- universitari;
- del SSR.

**Rapporti di collaborazione per la realizzazione della ricerca con altre strutture del SSR, del SSN, europee, pubbliche e private.**

### *Finanziamenti*

**Risorse finanziarie ottenute da:**

- enti pubblici nazionali;
- enti pubblici internazionali;
- privati non profit (es. fondazioni, associazioni);
- privati profit (es. aziende farmaceutiche e biomedicali).

**Valore stimato delle altre risorse (Beni e servizi) ottenute da:**

- enti pubblici nazionali;
- enti pubblici internazionali;
- privati non profit (es. fondazioni, associazioni);
- privati profit (es. aziende farmaceutiche e biomedicali).

**Valore (medio, massimo e minimo) dei finanziamenti per progetto.**

### *Risultati*

**Pubblicazioni:**

- numero pubblicazioni (classificate per tipologia):
  - in lingua inglese su riviste *peer reviewed*;
  - in lingua italiana su riviste *peer reviewed*;
  - in lingua italiana su riviste divulgative;
- libri o capitoli di libri.
- documenti di indirizzo, rapporti di technology assessment/linee guida.
- altri documenti.

**Congressi:**

- organizzati dall'Azienda;
- numero relazioni presentate a Convegni e Congressi da parte di dipendenti della azienda.

**Altro**

***Didattica***

*1. Per la professione medica*

*Corso di laurea in Medicina e Chirurgia*

**Numero allievi iscritti al corso di laurea in Medicina e Chirurgia per anno di corso.**

*Corso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria*

**Numero allievi iscritti al corso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria per anno di corso.**

*Formazione medico-specialistica*

**Numero delle scuole con struttura di sede nell'Azienda.**

**Strutture aziendali collegate e complementari per scuole con strutture di sede extra-aziendali.**

**Numero dei medici in formazione specialistica.**

*Attività di docenza e di tutorato*

**Numero docenti universitari.**

**Personale del SSR:**

- **titolare di insegnamento o modulo;**
- **con funzioni di tutorato.**

*2. Per le professioni sanitarie*

*Corsi di laurea per le professioni sanitarie*

**Elenco dei corsi di laurea attivi e, per ciascun corso di laurea, numero allievi iscritti per anno di corso.**

*Corsi di laurea magistrale*

**Elenco dei corsi di laurea attivi e, per ciascun corso di laurea, numero allievi iscritti per anno di corso.**

*Attività di docenza e di tutorato*

**Numero docenti universitari**

**Personale del SSR:**

- titolare di insegnamento o modulo;
- con funzioni di tutorato;
- con funzione di coordinamento o altro (da precisare)

### 3. *Per entrambe le professioni*

*Master universitari di 1 e 2 livello*

**Elenco dei master attivi e, per ciascuno, numero allievi iscritti per anno di corso.**

## **2.5. Assetto organizzativo**

### ***L'organizzazione aziendale***

*Descrizione del modello di gestione*

### **Mapa dei Dipartimenti e relative articolazioni**

(con specificazione del codice della disciplina).

#### **Indicazione, per ogni struttura:**

- dell'attribuzione della Direzione a:
  - Dirigenti del SSR;
  - Universitari.
- Numero posti letto
- Numero dirigenti medici:
  - del SSR, di cui con opzione di libera professione in intra-moenia;
  - universitari "integrati", di cui con opzione di libera professione in intra-moenia.
- Personale infermieristico, tecnico sanitario, della riabilitazione:
  - numero unità SSR
  - numero unità universitarie

#### **Personale amministrativo e tecnico:**

- numero unità SSR;
- numero unità universitarie.

#### **Altre unità in collaborazione (da specificare)**

### ***Altre strutture assistenziali essenziali per l'attività didattica***

Indicazione delle attività e relative strutture (pubbliche o private) convenzionate con l'Università di afferenza per far fronte a specifiche esigenze (ai sensi dell'articolo 14, comma 4 del protocollo d'intesa Regione-Università).