



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI FERRARA
- EX LABORE FRUCTUS -

Pianificazione delle risorse e negoziazione del budget in ambito ospedaliero

Il bias della certezza rispetto al dubbio

"In un sondaggio telefonico condotto su 300 anziani, il 60% risultava sostenere il presidente"

Dovendo riassumere il messaggio di questa frase con sole 5 parole, quali sceglieresti?

Quasi sicuramente:

"Gli anziani sostengono il presidente"



Il bias della certezza rispetto al dubbio

Particolari omessi:

- ▶ Forma del sondaggio (telefonico)
- ▶ Numero di intervistati

Si tratta di elementi di poco /scarso interesse: rappresentano solo un insieme di informazioni che attira poca attenzione.



Il bias della certezza rispetto al dubbio

Il "riassunto" non sarebbe cambiato se le dimensioni del campione fossero state diverse, magari con l'esclusione di valori "assurdi" (*"In un sondaggio telefonico condotto su 6 milioni di anziani ..."*).

Escludendo i "professionisti dei numeri", forse anche valori quali 150 o 3.000 non susciterebbero particolari reazioni.

La gente non è abbastanza sensibile alle dimensioni del campione.



Il bias della certezza rispetto al dubbio

"Da uno studio sull'incidenza del cancro ai reni nelle 3.141 contee degli Stati Uniti emerge un dato straordinario. Le contee in cui l'incidenza del cancro ai reni è più bassa sono perlopiù rurali, poco popolate e situate in Stati tradizionalmente repubblicani del Midwest, del sud e dell'ovest"

Che conseguenze ne traiamo?

Escludiamo l'ipotesi che la politica repubblicana sia una cura formidabile contro il cancro ai reni

È facile e allettante dedurre che le basse percentuali di cancro siano dovute direttamente alla vita più sana delle comunità rurali: basso inquinamento atmosferico, niente inquinamento idrico, accesso a cibi freschi e senza additivi



Il bias della certezza rispetto al dubbio

Di fronte all'affermazione: "*I dati statistici hanno rilevato che le contee in cui l'incidenza del cancro ai reni è più **alta** sono perlopiù rurali, poco popolate e situate in Stati tradizionalmente repubblicani del Midwest, del sud e dell'ovest*", gli statistici Howard Wainer e Harris Zwierling commentavano (scherzosamente): "*È facile dedurre che le alte percentuali di cancro siano dovute direttamente alla scarsa qualità della vita delle comunità rurali: niente accesso a buone cure mediche, alimentazione ricca di grassi, troppo alcool e troppo tabacco*"



Il bias della certezza rispetto al dubbio

Lo stile di vita rurale non può spiegare l'incidenza molto alta e insieme molto bassa del cancro ai reni!

Il fattore cruciale non è che le contee siano rurali o prevalentemente repubblicane, bensì che esse siano poco popolate; e la principale lezione da apprendere non riguarda l'epidemiologia ma il difficile rapporto tra la nostra mente e la statistica



Il bias della certezza rispetto al dubbio

Un evento casuale non si presta a essere spiegato, ma insiemi di eventi casuali si comportano in modo assai regolare.

Immaginiamo di avere a disposizione un vaso contenente una serie di biglie colorate, bianche o nere.

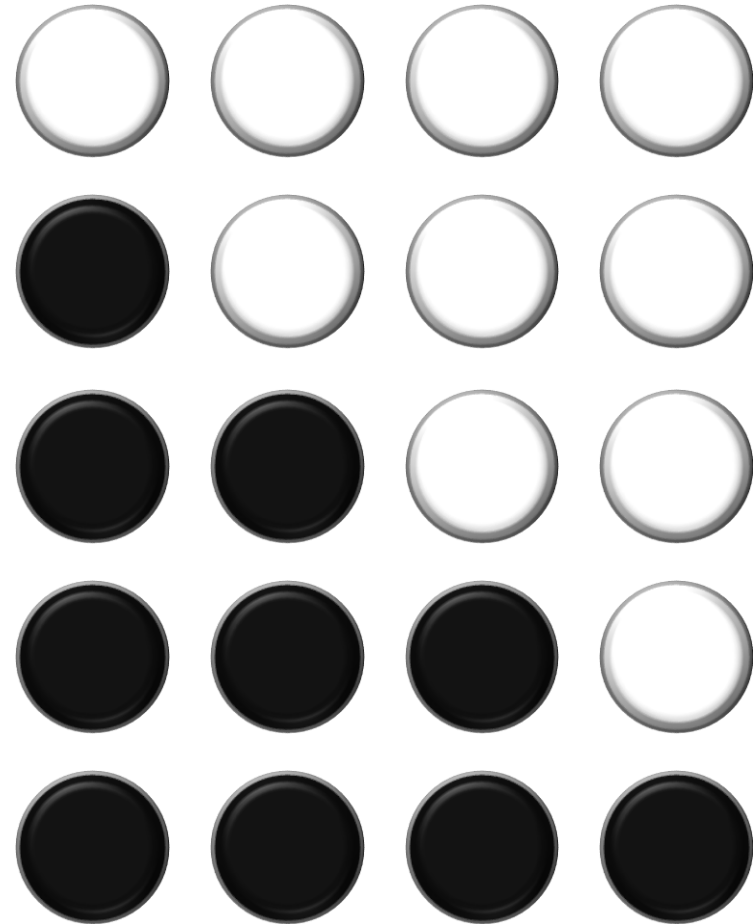
Ancora, immaginiamo che una persona molto paziente estragga quattro biglie a caso, si annoti il numero di biglie di ciascun colore estratte, rimetta le biglie nel vaso e ripeta l'operazione.



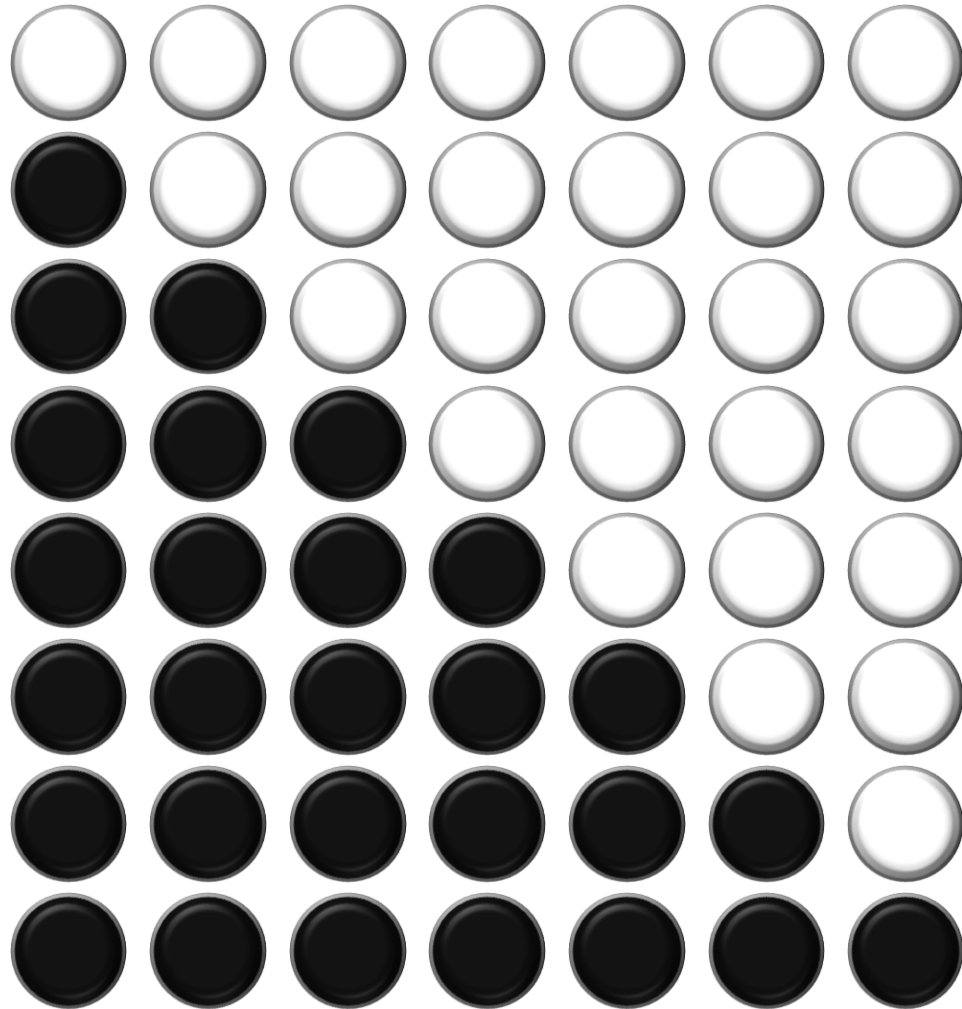
Il bias della certezza rispetto al dubbio

Con una serie ripetuta di estrazioni casuali con reinserimento, il risultato "2 bianche e 2 nere" si verifica il sestuplo di volte rispetto al risultato "4 bianche" o "4 nere"

E se le biglie da estrarre fossero 7 e non 4?



Il bias della certezza rispetto al dubbio



Procedendo per un periodo di tempo sufficientemente lungo, chi estrae solo 4 biglie per volta osserverà i risultati estremi più spesso di chi estrae 7 biglie per volta, con un fattore di otto (le percentuali previste sono 12,5 e 1,56).

I campioni di 4 biglie danno risultati estremi più spesso dei campioni di 7 biglie



Il bias della certezza rispetto al dubbio

Etichettiamo la nostra popolazione come "sana" o "malata" e procediamo al campionamento.

I campioni rurali sono più piccoli degli altri e, come nell'esempio delle biglie, è più probabile che i risultati estremi (incidenza molto elevata / incidenza molto bassa di cancro ai reni) si rinvenivano nelle contee poco popolate.

La scarsa popolazione di una contea non causa né previene il cancro: semplicemente, fa sì che l'incidenza statistica del cancro sia assai più elevata (o bassa) di quanto non lo sia nella popolazione generale:

- ▶ un valore anomalo può apparire tale in relazione al campionamento fatto
- ▶ i risultati di campioni "grandi" sono più attendibili di quelli di campioni "piccoli"



Il bias della certezza rispetto al dubbio

Il messaggio "*In un sondaggio telefonico condotto su 300 anziani, il 60% risultava sostenere il presidente*" contiene due tipi di informazione: la storia e la fonte della storia; tendiamo a concentrarci sulla storia anziché sull'attendibilità dei risultati

Se ci venisse detto che un gruppo fazioso ha condotto un sondaggio errato e viziato in partenza per dimostrare che gli anziani sostengono il presidente respingeremmo il sondaggio ed i risultati dell'indagine non entrerebbero mai a far parte delle nostre credenze.

In casi così conclamati, sceglieremmo di ignorare il messaggio e di non credere ai risultati (salvo, magari, scrivere un articolo sulla faziosità di certi studi)



Il bias della certezza rispetto al dubbio

Siamo in grado di discriminare chiaramente tra:

- "Ho letto sul New York times che ..." e
- "Ho sentito dire, alla macchinetta del caffè, che ..."?

Il principio del WYSIATI (*what you see is all there is*) fa temere di no.



Il bias della certezza rispetto al dubbio

Una certezza strutturale essenziale del meccanismo associativo è di rappresentare solo idee attivate.

Le informazioni che non sono ancora recuperate dalla memoria (neanche inconsciamente) potrebbero anche non esistere.

Il *sistema 1* è abilissimo nell'elaborazione della miglior storia possibile con le idee attivate al momento, ma non tiene conto delle informazioni che non ha ... e quando queste sono scarse (come spesso accade) il *sistema 1* si comporta come una macchina per saltare alle conclusioni.



Il bias della certezza rispetto al dubbio

Consideriamo la frase:

"Angela sarà una buona leader? È intelligente, è forte, ..."

Ci viene subito in mente la risposta "Sì", la migliore risposta che potessimo dare basandoci sulle pochissime informazioni a nostra disposizione, e siamo saltati subito alle conclusioni.

E se gli aggettivi seguenti fossero stati "crudele" e "corrotta"?



Il bias della certezza rispetto al dubbio

Cosa **non** hai fatto mentre pensavi per breve tempo ad Angela come a una leader?

Non hai pensato: "*Di cosa avrei bisogno di sapere prima di farmi un'opinione sulle qualità di Angela come leader di qualcuno*".

Il *sistema 1* si è messo a lavorare fin da subito:

- ▶ "Intelligente" → va bene;
- ▶ "Intelligente e forte" → ancora meglio

Angela = buon leader è la storia migliore che si possa elaborare a partire dai due aggettivi; è una storia che sarà sottoposta a revisione se arriveranno nuovi dati, ma non c'è attesa né disagio soggettivo ... e, comunque, rimane il bias della prima impressione





Il "sistema I"



Il "sistema 1"

In maniera molto intuitiva, con la stessa velocità e sicurezza con cui hai notato che la donna ha i capelli scuri, hai capito che è arrabbiata.

Ciò che hai visto si estende al futuro: hai avuto la sensazione che stesse per dire parole molto scortesi, magari ad alta voce e con tono stridulo: hai avuto una premonizione di ciò che la donna avrebbe fatto.

Non intendevi valutare il suo stato d'animo o prevedere il futuro, e reagendo alla foto non hai avuto la sensazione di fare qualcosa.

Semplicemente, la reazione c'è stata.

È stato un esempio di pensiero veloce.



Il "sistema 2"

17 x 24



Il "sistema 2"

Capisci subito che è una moltiplicazione e che con ogni probabilità sei in grado di risolverla, magari anche a mente.

Hai una vaga idea dell'ordine di grandezza atteso: sai che 16.254 è un valore troppo alto e che 123 sarebbe un risultato troppo piccolo ... ma senza dedicarci un po' di tempo non sai dire con sicurezza che la risposta non è 528

Ti sei chiesto se impegnarti o meno nella risoluzione del calcolo

Se non l'hai ancora fatto, prova ad iniziare a risolvere il problema (*senza calcolatrice*)



Il "sistema 2"

Hai recuperato il pensiero lento procedendo lungo una sequenza di stadi:

- ▶ Hai recuperato dalla memoria il programma cognitivo della moltiplicazione e lo hai applicato;
- ▶ Hai fatto uno sforzo: hai sentito l'onere di conservare tutto quel materiale in memoria. Non dovevi perdere di vista il punto in cui eri ed il punto verso cui stavi andando, mentre ti tenevi stretto il risultato intermedio

Il processo è consistito in un lavoro mentale, riflessivo, impegnativo e ordinato. È il prototipo del pensiero lento che ha coinvolto anche il tuo corpo (tensione muscolare, aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, dilatazione delle pupille che sono tornate alle dimensioni normali quando hai risolto il calcolo - 408 - oppure hai desistito dall'incarico



Alcune attività dei due sistemi

Sistema 1

- ▶ Notare che un oggetto è più lontano di un altro
- ▶ Orientarsi verso la sorgente di un suono improvviso
- ▶ Completare la frase "Pane e ..."
- ▶ Fare la faccia disgustata davanti a un'immagine orribile
- ▶ Detestare un tono ostile di voce
- ▶ Guidare la macchina su una strada deserta
- ▶ Leggere parole su grandi cartelloni
- ▶ Rispondere a " $2 + 2 = ?$ "

Sistema 2

- ▶ Concentrarsi sulla voce di una particolare persona in una stanza affollata e rumorosa
- ▶ Frugare nella memoria per identificare un suono molto strano
- ▶ Controllare l'accuratezza del proprio comportamento in una situazione sociale
- ▶ Parcheggiare in uno spazio ristretto
- ▶ Compilare la denuncia dei redditi
- ▶ Controllare la validità di un'affermazione logica



Letture consigliata



David Kahneman (premio Nobel per l'economia nel 2002): "***Pensieri lenti e veloci***"

1° edizione: New York 2011

Mondadori Saggi 2012

ISBN 9788804627920, 548 pagine



Due parole sul budget

Organismo indipendente di valutazione

DECRETO LEGISLATIVO 27 ottobre 2009, n. 150: "*Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*".

(09G0164) (GU Serie Generale n.254 del 31-10-2009 - Suppl. Ordinario n. 197)

Art. 14: Organismo indipendente di valutazione della performance

- ▶ 1. Ogni amministrazione, singolarmente o in forma associata, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, si dota di un Organismo indipendente di valutazione della performance.
 - ▶ 2. L'Organismo di cui al comma 1 sostituisce i servizi di controllo interno, comunque denominati, di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286, ed esercita, in piena autonomia, le attività di cui al comma 4. Esercita, altresì, le attività di controllo strategico di cui all'articolo 6, comma 1, del citato decreto legislativo n. 286 del 1999, e riferisce, in proposito, direttamente all'organo di indirizzo politico-amministrativo.
-



Il quadro di riferimento

D.Lgs. 150/09



**DGR 334/2014: attivazione dell'Organismo
Indipendente di Valutazione per gli Enti e le Aziende
del SSR e per l'ARPA della Regione Emilia-Romagna**



**DGR 705/2015: Modifica della DGR n. 334 del 17
marzo 2014**

DGR 334/2014 e 705/2015: ambiti di attività OIV-SSR

- ▶ Valutazione della **correttezza metodologica** dei sistemi di misurazione e valutazione delle attività e delle prestazioni individuali, ivi compresa quella relativa ai DG di aziende ed enti del Servizio sanitario regionale
- ▶ Promozione e l'attestazione della **trasparenza e dell'integrità dei sistemi** di programmazione, valutazione e misurazione delle attività e delle prestazioni organizzative e individuali applicati nell'ente
- ▶ Monitoraggio del funzionamento complessivo del **sistema dei controlli interni** e presentazione alla Giunta regionale e all'Ufficio di Presidenza dell'Assemblea legislativa, per le rispettive competenze, di una relazione annuale sullo stato dello stesso
- ▶ le funzioni attribuite agli organismi di cui all'articolo 14 del d.lgs. n.150/2009 da successive leggi statali, in particolare per quanto attiene alla **prevenzione della corruzione**

Ambiti di attività OIV-SSR «in pratica»

- ▶ Sistemi di valutazione del personale
- ▶ Sistema di valutazione dei Direttori Generali
- ▶ Performance (e controllo di gestione)
- ▶ Trasparenza e prevenzione della corruzione



OIV-SSR: relazioni principali

- ▶ Giunta Regionale
- ▶ Direzione generale cura della persona, salute e welfare Servizio amministrazione del servizio sanitario regionale, sociale e socio-sanitario
- ▶ Aziende → OAS (Organismi Aziendali di Supporto)
- ▶ Aziende → RPCT (Responsabili Prevenzione Corruzione e Trasparenza)



OAS - Organismo Aziendale di Supporto

- ▶ Assicurare il supporto all'attività di programmazione e valutazione interna aziendale, in particolare per la definizione e manutenzione della metodologia, degli indicatori e degli strumenti di valutazione, in applicazione delle linee guida e di indirizzo emanate dall'OIV-SSR;
- ▶ Garantire la corretta gestione procedimentale del processo valutativo, monitorando il funzionamento complessivo del Sistema di valutazione aziendale e riferendo periodicamente all'OIV-SSR (cfr. anche paragrafo seguente 3.2);
- ▶ Verificare e promuovere il corretto confronto tra valutato e valutatore in ogni fase del procedimento di valutazione, in special modo nei casi di posizioni difformi, anche nell'ambito delle valutazioni di 2° istanza;
- ▶ Validare, a conclusione del percorso, il processo di valutazione annuale e l'attribuzione dei premi al personale, in particolare per quanto attiene alla corretta applicazione nel corso dell'anno delle linee guida e di indirizzo fornite dall'OIV-SSR;



OAS – Organismo Aziendale di Supporto

- ▶ Supportare l'OIV-SSR nello svolgimento delle attività previste dalla L.190/2012 e dalle norme correlate, ed in particolare:
 - ▶ in materia di trasparenza, verificare periodicamente l'assolvimento degli adempimenti previsti;
 - ▶ in materia di prevenzione della corruzione, verificare la corretta declinazione delle misure previste dal PTPC in obiettivi specifici e misurabili;
- ▶ Svolgere l'attività istruttoria per specifici adempimenti previsti a carico dell'OIV-SSR (attestazione annuale sulla trasparenza, parere obbligatorio su codice di comportamento, ecc.) ed a fronte di richieste dirette da parte dell'ANAC o di altri soggetti, secondo le indicazioni normative nazionali (leggi, regolamenti, delibere ANAC, ecc.) e le indicazioni dell'OIV-SSR;
- ▶ Segnalare tempestivamente all'OIV-SSR eventuali criticità specifiche dell'Azienda che non consentono l'applicazione delle linee guida e di indirizzo, collaborando nell'individuazione di possibili interventi correttivi e presidiando la realizzazione dei relativi percorsi attuativi
- ▶ Svolgere eventuali altre funzioni assegnate dalla Direzione aziendale, compatibili e coerenti con quanto sopra riportato



Performance → Accountability

Contributo che ciascun soggetto (definito come sistema, organizzazione, unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata concepita



Sistemi esterni «strutturati» di valutazione delle performance in sanità

- ▶ Monitoraggio annuale LEA
- ▶ Piano Nazionale Esiti
- ▶ MES (Laboratorio Management e Sanità Scuola Sant'Anna di Pisa)
- ▶ Ambrosetti The European House
- ▶ Rapporto Meridiano Sanità Regional Index
- ▶ ...
- ▶ Valutazioni sui risultati da parte della Regione (+Enti locali, Università, ecc.)



Mappa interattiva



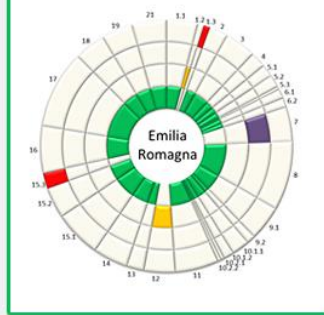
Legenda della mappa dell'Italia

- adempiente
- adempiente con impegno su alcuni indicatori
- critica
- non sottoposta a verifica

- Leggi il documento **Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA"** attraverso gli indicatori della Griglia Lea - Anno 2013
- Consulta le pagine dedicate al **Monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (Lea)**
- Consulta il **Monitoraggio griglia LEA 2011-2012**

Emilia Romagna

2012

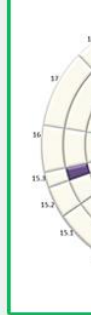


Anche nel 2013 la Regione è adempiente

Come si legge

Il "Rosone" 2013 si compone di 32 settori circolari di ampiezza pari al perimetro dell'indicatore e quattro anelli concentrici per quante sono le classi delle soglie, esclusa quella relativa al dato mancante, errato o carente. Per ogni settore il colore dell'etichetta consentono di individuare facilmente punti di forza e punti di criticità (dal giallo, al viola al rosso).

2013



Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Il Programma Nazionale Esiti sviluppa nel Servizio Sanitario Nazionale la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, che può essere definita come: Stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari.

Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN. PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi.

Data di pubblicazione: 30 luglio 2015, ultimo aggiornamento 30 luglio 2015

agenas. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

PNE 2015

Programma Nazionale Esiti - PNE



Struttura Ospedaliera/ASL



Sintesi per struttura/ASL



Strumenti per audit



S.I. Emergenza Urgenza



Sperimentazioni regionali

News

09/02/2016
Analisi della variabilità regionale per alcuni indicatori
Nella sezione Risultati per struttura ospedaliera/ASL sono disponibili le schede sintetiche per la valutazione della variabilità regionale attraverso i Median Odds Ratio (MOR) per i seguenti indicatori
...leggi tutto

02/02/2016
Aggiornamento elenco indicatori nella sezione AUDIT qualità dei dati
Nella edizione 2015 del PNE è stato introdotto l'indicatore "ictus ischemico mortalità a 30 giorni" tra gli indicatori sottoposti a verifica della qualità dei dati. Sono state selezionate per la verifica le strutture con una mortalità aggiustata inferiore del 4% e le strutture con una mortalità aggiustata superiore al 20%.

Delibere 1 e 3 dell'OIV-SSR su sistema performance

- ▶ Performance aziendale → Piano della performance
- ▶ Performance organizzativa → Budget (PAC)
- ▶ Performance individuale → Sistema di valutazione del personale



Delibere 1-4 dell'OIV-SSR su sistema performance

Organismi Aziendali di Supporto (OAS)

Delibera 1: Linee guida e indirizzi operativi per Aziende e OAS (piano della Performance, Rapporti OIV-OAS, Valutazione)

Delibera 2: Linee guida ed indirizzi operativi per Aziende ed OAS (ruolo dell'OIV, budget, tipi di valutazione)

Delibera 3: Aggiornamento delle linee guida sul Sistema di misurazione e valutazione della performance (Piano triennale della Performance (Sistema SIVER))

Delibera 4: Trasparenza e Prevenzione della Corruzione



Collegamento tra Albero della performance ed Obiettivi di mandato delle Direzioni Generali: Aziende USL

AZIENDE USL	
ALBERO DELLA PERFORMANCE	OBIETTIVI DI MANDATO DEI DDGG*
DIMENSIONI DI PERFORMANCE DELL'UTENTE	
AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA	1.3 FACILITAZIONE ALL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI RICOVERO
	1.6 GOVERNO DELLA DOMANDA ED APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI IN AMBITO OSPEDALIERO, SPECIALISTICO E FARMACEUTICO**
AREA DELL'INTEGRAZIONE	1.4 CONSOLIDAMENTO DELLA PRESA IN CARICO E DEI PERCORSI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
	1.8 INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
AREA DEGLI ESITI	(1)
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	
AREA DELLA PRODUZIONE	1.1 RIORDINO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA
	1.2 CONSOLIDAMENTO DELLE CURE PRIMARIE, SVILUPPO CASE DELLA SALUTE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO
	1.5 ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE
AREA DELLA APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHIO CLINICO	1.7 QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
	1.6 GOVERNO DELLA DOMANDA ED APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI IN AMBITO OSPEDALIERO, SPECIALISTICO E FARMACEUTICO***
AREA DELL'ORGANIZZAZIONE	2.2 SVILUPPO DEI PROCESSI DI INTEGRAZIONE DEI SERVIZI DI AMMINISTRAZIONE, SUPPORTO E LOGISTICI NELLE AZIENDE
	2.3 SVILUPPO DELL'INFRASTRUTTURA ICT A SUPPORTO DELLA SEMPLIFICAZIONE ED AL MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI
	2.6 ADEMPIMENTI NEI FLUSSI INFORMATIVI
AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	(2)
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO	
AREA DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA	1.9 ATTIVITÀ DI RICERCA
AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	2.7 VALORIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ	
AREA ECONOMICO-FINANZIARIA	2.1 RISPETTO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO ED AZIONI DI RAZIONALIZZAZIONE E CONTENIMENTO DELLA SPESA
	2.5 GOVERNO DELLE RISORSE UMANE
AREA DEGLI INVESTIMENTI	2.4 RAZIONALIZZAZIONE NELLA GESTIONE DEL PATRIMONIO EDILIZIO-TECNOLOGICO E GOVERNO DEGLI INVESTIMENTI



Collegamento tra Albero della performance ed Obiettivi di mandato delle Direzioni Generali: AzOspU e IOR

AZIENDE-OSPEDALIERO UNIVERSITARIE E ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	
ALBERO DELLA PERFORMANCE	OBIETTIVI DI MANDATO DEI DDGG*
DIMENSIONI DI PERFORMANCE DELL'UTENTE	
AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA	1.2 FACILITAZIONE ALL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI RICOVERO
	1.3 GOVERNO DELLA DOMANDA ED APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI IN AMBITO OSPEDALIERO, SPECIALISTICO E FARMACEUTICO**
AREA DELL'INTEGRAZIONE	(1)
AREA DEGLI ESITI	(2)
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	
AREA DELLA PRODUZIONE	1.1 RIORDINO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA
AREA DELLA APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHIO CLINICO	1.3 GOVERNO DELLA DOMANDA ED APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI IN AMBITO OSPEDALIERO, SPECIALISTICO E FARMACEUTICO***
	1.4 QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
AREA DELL'ORGANIZZAZIONE	2.2 SVILUPPO DEI PROCESSI DI INTEGRAZIONE DEI SERVIZI DI AMMINISTRAZIONE, SUPPORTO E LOGISTICI NELLE AZIENDE
	2.3 SVILUPPO DELL'INFRASTRUTTURA ICT A SUPPORTO DELLA SEMPLIFICAZIONE ED AL MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI
	2.6 ADEMPIMENTI NEI FLUSSI INFORMATIVI
AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	(3)
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO	
AREA DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA	1.5 ATTIVITÀ DI RICERCA
AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	2.7 VALORIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO
DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ	
AREA ECONOMICO-FINANZIARIA	2.1 RISPETTO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO ED AZIONI DI RAZIONALIZZAZIONE E CONTENIMENTO DELLA SPESA
	2.5 GOVERNO DELLE RISORSE UMANE
AREA DEGLI INVESTIMENTI	2.4 RAZIONALIZZAZIONE NELLA GESTIONE DEL PATRIMONIO EDILIZIO-TECNOLOGICO E GOVERNO DEGLI INVESTIMENTI



Indicatori Sistema di Valutazione (SIV-ER) per le Aziende USL, Aziende Ospedaliere, AzOspU e IOR

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE
AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA
PERCENTUALE DI PAZIENTI REGISTRATI AL PS CON CODICE GIALLO E VISITATI ENTRO 30 MINUTI (FLUSSO PS)
INTERVALLO ALLARME - TARGET DEI MEZZI DI SOCCORSO - GRIGLIA LEA (FLUSSO SISTEMA 118)
PERCENTUALE DI PAZIENTI REGISTRATI AL PS CON CODICE VERDE E VISITATI ENTRO 1 ORA (FLUSSO PS)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE (ORDINARIO E DIURNO) PER 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
TEMPO DI ATTESA MEDIO TRA PRENOTAZIONE E PRIMA VISITA SPECIALISTICA NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE ADULTI(FLUSSO SISM)
PERCENTUALE DI ASSISTITI CON TEMPO MASSIMO DI ATTESA FRA SEGNALAZIONE E RICOVERO IN HOSPICE <= 3 GIORNI (FLUSSO HOSPICE)
TEMPI DI ATTESA EX ANTE PRIMI ACCESSI: N. VISITE PROSPETTATE IN SEDE DI PRENOTAZIONE ENTRO I 30 GG (FLUSSO MAPS2)
TEMPI DI ATTESA EX ANTE PRIMI ACCESSI: N. ESAMI DIAGNOSTICI PROSPETTATI IN SEDE DI PRENOTAZIONE ENTRO I 60 GG (FLUSSO MAPS2)
TASSO DI ACCESSI IN PS (FLUSSO PS)
AREA DELL'INTEGRAZIONE
TASSO OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO (PER 100.000 AB.) IN ETÀ PEDIATRICA (< 18 ANNI) PER ASMA E GASTROENTERITE - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE PER COMPLICANZE DEL DIABETE (A BREVE E LUNGO TERMINE), BPCO E SCOMPENSO CARDIACO X 100.000 RESIDENTI, >= 18 ANNI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI ANZIANI >= 65 ANNI TRATTATI IN ADI - GRIGLIA LEA (FLUSSO ADI)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE IN TSO X 100.000 RESIDENTI MAGGIORENNI (FLUSSO SDO)
ASSISTITI DALLA RETE DI CURE PALLIATIVE AL DOMICILIO E/O IN HOSPICE, DECEDUTI (FLUSSO REM, FLUSSO ADI E FLUSSO HOSPICE)
PERCENTUALE DI RICOVERI IN HOSPICE CON PERIODO DI RICOVERO >= 30 GIORNI (FLUSSO HOSPICE)
TASSO DI UTILIZZO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE >= 75 ANNI (FLUSSO ADI)



Indicatori Sistema di Valutazione (SIV-ER) per le Aziende USL, Aziende Ospedaliere, AzOspU e IOR

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE
AREA DEGLI ESITI
PERCENTUALE DI PARTI CESAREI PRIMARI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI PAZIENTI (ETÀ 65+) CON DIAGNOSI DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE OPERATI ENTRO 2 GIORNATE IN REGIME ORDINARIO - GRIGLIA LEA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DA INTERVENTO DI BYPASS AORTO CORONARICO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DA INTERVENTO DI VALVOLOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLA (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER IMA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI ANGIOPLASTICHE CORONARICHE PERCUTANEA ENTRO 2 GIORNI DALL'ACCESSO PER PAZIENTI CON IMA (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER RIPARAZIONE ANEURISMA NON ROTTO DELL'AORTA ADDOMINALE (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER ICTUS ISCHEMICO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER TUMORE CEREBRALE (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI PER BPCO RIACUTIZZATA (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI INTERVENTI PER COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EFFETTUATI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ SUPERIORE A 90 CASI ANNUI (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA EFFETTUATI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ SUPERIORE A 150 CASI ANNUI (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI REINTERVENTI ENTRO 120 GIORNI DA INTERVENTO CONSERVATIVO PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORE MALIGNO DEL POLMONE (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORE MALIGNO DELLO STOMACO (FLUSSO SDO)
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TUMORE MALIGNO DEL COLON (FLUSSO SDO)
PERCENTUALE DI COMPLICANZE DURANTE PARTO E PUERPERIO IN PARTI NATURALI (FLUSSO CEDAP)
PERCENTUALE DI COMPLICANZE DURANTE PARTO E PUERPERIO IN PARTI CESAREI (FLUSSO CEDAP)
TEMPI DI ATTESA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER FRATTURA TIBIA/PERONE (FLUSSO SDO)



Indicatori Sistema di Valutazione (SIV-ER) per le Aziende USL, Aziende Ospedaliere, AzOspU e IOR

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI
AREA DELLA PRODUZIONE-OSPEDALE
PERCENTUALE DI RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA PER PAZIENTI DI ETÀ ≥ 65 ANNI (FLUSSO SDO)
TASSO STD DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTI DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA X 100.000 RESIDENTI (FLUSSO SDO)
INDICE DI PERFORMANCE DI DEGENZA MEDIA (IPDM) PER RICOVERI ACUTI CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
INDICE DI PERFORMANCE DI DEGENZA MEDIA (IPDM) PER RICOVERI ACUTI MEDICI (FLUSSO SDO)
DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA
VOLUME DI ACCESSI IN PS (FLUSSO PS)
VOLUME DI RICOVERI IN REGIME ORDINARIO PER DRG MEDICI (FLUSSO SDO)
VOLUME DI RICOVERI IN REGIME ORDINARIO PER DRG CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
VOLUME DI RICOVERI IN DH PER DRG MEDICI (FLUSSO SDO)
VOLUME DI RICOVERI IN DH PER DRG CHIRURGICI (FLUSSO SDO)
AREA DELLA PRODUZIONE-TERRITORIO
NUMERO ASSISTITI PRESSO I DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE X 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (FLUSSO SISM)
TASSO STD DI PREVALENZA X 100 RESIDENTI NEI SERVIZI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (FLUSSO SINPIAER)
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: DIAGNOSTICA (FLUSSO ASA)
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: VISITE (FLUSSO ASA)
VOLUME DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: LABORATORIO (FLUSSO ASA)



Indicatori Sistema di Valutazione (SIV-ER) per le Aziende USL, Aziende Ospedaliere, AzOspU e IOR

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI

AREA DELLA PRODUZIONE-PREVENZIONE

PERCENTUALE DI FUMATORI CONSIGLIATI DAL MEDICO O ALTRO OPERATORE SANITARIO DI SMETTERE DI FUMARE

(INDAGINE PASSI - PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA)

PERCENTUALE DI PERSONE INTERVISTATE CONSIGLIATE DAL MEDICO O ALTRO OPERATORE SANITARIO DI FARE ATTIVITÀ FISICA

(INDAGINE PASSI - PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA)

PERCENTUALE DI DONNE CHE HANNO PARTECIPATO ALLO SCREENING MAMMOGRAFICO RISPETTO ALLE DONNE INVITATE *(OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING)*

PERCENTUALE DI PERSONE CHE HANNO PARTECIPATO ALLO SCREENING COLORETTALE RISPETTO ALLE PERSONE INVITATE *(OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING)*

COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE NEGLI ANZIANI - GRIGLIA LEA

GRADO DI COPERTURA VACCINAZIONE ESAVALENTE A 24 MESI - GRIGLIA LEA

PERCENTUALE DI AZIENDE CON DIPENDENTI ISPEZIONATE *(NUM: SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE DI RILEVAZIONE DEI DATI DI ATTIVITÀ DEI SERVIZI DI PREV. E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO. DEN: FLUSSI INFORMATIVI INAIL REGIONI, LA CUI BANCA DATI È AGGIORNATA A DUE ANNI PRECEDENTI L'ANNO DI RIFERIMENTO)*

ATTIVITÀ ISPETTIVA VETERINARIA



Indicatori Sistema di Valutazione (SIV-ER) per le Aziende USL, Aziende Ospedaliere, AzOspU e IOR

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI

AREA DELLA APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHIO CLINICO

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI X 1.000 RESIDENTI (*FLUSSO SDO*)

PERCENTUALE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DAY-SURGERY O RICOVERO ORDINARIO 0-1 GIORNO (*FLUSSO SDO*)

PERCENTUALE DI RICOVERI IN DAY-SURGERY PER I DRG LEA CHIRURGICI (*FLUSSO SDO*)

INDICE DI SEPSI X 1.000 PAZIENTI SOTTOPOSTI A INTERVENTO CHIRURGICO IN ELEZIONE, CON DEGENZA \geq 4 GIORNI (*FLUSSO SDO*)

CASI DI TROMBOSI VENOSA PROFONDA O EMBOLIA POLMONARE X 1.000 DIMESSI CON DRG CHIRURGICO (*FLUSSO SDO*)

NUMERO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI RISONANZA MAGNETICA X 100 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (*FLUSSO ASA*)

TASSO DI RICOVERO DIURNO DI TIPO DIAGNOSTICO PER 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (*FLUSSO SDO*)

TASSO STD DI ACCESSI DI TIPO MEDICO PER 1.000 RESIDENTI - GRIGLIA LEA (*FLUSSO SDO*)

RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA

(ALLEG. B PATTO PER LA SALUTE 2010-2012) E RICOVERI ATTRIBUITI A DRG NON A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA IN REGIME ORDINARIO - GRIGLIA LEA (*FLUSSO SDO*)

AREA DELL'ORGANIZZAZIONE

TEMPESTIVITÀ NELL'INVIO DEI DATI RISPETTO AL PERIODO DI COMPETENZA (*FLUSSI SDO, ASA, FED, DIME, PS, ADI, HOSPICE, SIRCO, CONTENZIOSO LEGALE*)

AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

PERCENTUALE SINTETICA DI ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

(*DELIBERA ANNUALE ANAC PER L'ATTESTAZIONE DELL'ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE*)

PERCENTUALE DI SPESA GESTITA SU CONTRATTI DERIVANTI DA INIZIATIVE DI INTERCENT-ER

PERCENTUALE DI SPESA GESTITA SU CONTRATTI DERIVANTI DA INIZIATIVE DI AREA VASTA



Indicatori Sistema di Valutazione (SIV-ER) per le Aziende USL, Aziende Ospedaliere, AzOspU e IOR

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO

AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

PERCENTUALE DI ADESIONE ALL'INDAGINE DI CLIMA INTERNO (*INDAGINE DI CLIMA INTERNO - NETWORK REGIONI PROGETTO "BERSAGLIO"*)

DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ

AREA ECONOMICO-FINANZIARIA

SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA PER PUNTO DRG (*FLUSSO AFO E FLUSSO SDO*)

INDICATORE ANNUALE DI TEMPESTIVITÀ DEI PAGAMENTI

COSTO PRO CAPITE TOTALE

COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA OSPEDALIERA

COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA DISTRETTUALE

COSTO PRO CAPITE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE PRO-CAPITE (*FLUSSI FARMACEUTICA - AFT E FED*)

TASSO DI COPERTURA FLUSSO DIME SUL CONTO ECONOMICO (*FLUSSO DIME E FLUSSO PIANO DEI CONTI*)

PERCENTUALE DI CONSUMO DI MOLECOLE NON COPERTE DA BREVETTO E PRESENTI NELLA LISTE DI TRASPARENZA (*FLUSSI FARMACEUTICA - AFT E FED*)



segui **quotidianosanita.it**



twitter



facebook



feed



newsletter



archivio

[Tweet](#)

[G+](#)



stampa

Quando il ricovero in ospedale è un rischio. Infezioni ospedaliere al galoppo: 22mila casi nel 2015, quasi 4mila in più rispetto al 2007. Va meglio per il rischio di embolia, ma anche i traumi ostetrici nel parto naturale crescono

Prosegue la nostra analisi [sulle Sdo 2015](#). Dopo quella [sull'appropriatezza dei ricoveri](#), ci occupiamo oggi de rischi per la salute durante un ricovero in ospedale. Purtroppo gli indicatori di rischio in ambiente ospedaliero sono praticamente tutti elevati e/o al rialzo. In particolare le infezioni ospedaliere, sia mediche che post chirurgiche sono in costante crescita, ma aumentano anche i

QSnewsletter

[ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER](#)

Il processo di budget

Il sistema di budget rappresenta l'espressione formalizzata di un complesso processo organizzativo-contabile, avente come scopo:

- ▶ 1. in fase **preventiva**, quello di allocare in modo ottimale le risorse disponibili in relazione al piano strategico;
- ▶ 2. in fase **consuntiva**, un indispensabile parametro di riferimento per verificare l'andamento della gestione e il grado di perseguimento degli obiettivi prefissati.



Il processo di budget

Il processo di budgeting presenta un'essenziale **componente organizzativa** che prevede il coinvolgimento di tutti i centri di responsabilità definiti all'interno del modello organizzativo dell'azienda che, in relazione agli obiettivi stabiliti dalla direzione, programmano gli specifici piani d'azione e presentano l'insieme delle risorse - tangibili e intangibili, di breve e di lungo periodo - che intendono utilizzare, e i risultati che prevedono di conseguire.



Il processo di budget

Il processo di budgeting viene inoltre a essere caratterizzato per la sua **componente contabile**, nel senso che il processo trova la propria sintesi nella preparazione di un documento contabile (il budget) nel quale trovano composizione e ordine l'insieme dei fattori utilizzati e dei risultati raggiunti.

Il budget esprime un possibile modello di bilancio che l'azienda programma *ex ante*: si tratta cioè di dare quantificazione monetaria ai programmi operativi che vengono predisposti dalle diverse funzioni aziendali, e di operare poi una loro sintesi nei documenti costitutivi del bilancio e cioè: conto economico, rendiconto finanziario e stato patrimoniale.



Il processo di budget

I benefici derivanti dall'implementazione di un processo di budgeting, si possono conseguire se si riesce a diffondere una vera e propria **cultura del budget in azienda**, che ha come fisiologico obiettivo finale, la presa di coscienza da parte di tutti gli organi della struttura, di ragionare sul futuro



Gli elementi che influenzano la compilazione del budget sono

1. l'orientamento strategico di fondo
2. l'evoluzione storica della situazione d'impresa
3. i plausibili scenari futuri
4. tutte le risposte precedenti sono corrette
5. tutte le risposte precedenti sono errate



Vantaggi del budget

- ▶ Obbliga il management a continue riflessioni sulle politiche di fondo dell'Azienda
- ▶ Abitua il management ad analizzare sempre i vari problemi che si presentano, prima di prendere le relative decisioni
- ▶ Promuove presso il management uno stile direzionale "partecipativo" nella scelta dei vari obiettivi settoriali
- ▶ Obbliga i decisori ad esprimere sempre tutti i programmi di attività in quantità fisiche e in valori monetari
- ▶ Spinge ad utilizzare le risorse aziendali in maniera economica
- ▶ Evidenzia al management l'inefficienza operativa
- ▶ Obbliga a rileggere costantemente in chiave economica (ACB) i problemi
- ▶ Spinge a valutare sempre eventuali alternative



Svantaggi del budget

- ▶ Deve essere redatto con molta accuratezza perché è anche basato su stime
- ▶ Dimostra difficoltà a formulare previsioni attendibili in condizioni di forte instabilità ambientale
- ▶ Il budget, per essere veramente efficace, deve essere continuamente adattato alle mutevoli situazioni in cui l'azienda si viene a trovare
- ▶ Il budget nelle fasi esecutive e di controllo, non è un processo automatico, ma necessita dell'intervento umano



Il budget di esercizio

- ▶ rappresenta una previsione, perché presuppone un cambiamento che si adagia sulle tendenze in atto, senza un incisivo sforzo di miglioramento della gestione
- ▶ presuppone un programma di gestione, perché implica la definizione di obiettivi da raggiungere con un certo impegno e l'individuazione dei mezzi più appropriati, ossia uno sforzo di miglioramento organizzativo e gestionale
- ▶ descrive una serie di obiettivi imposti dal Direttore Generale che può, in relazione alla priorità assegnata a ciascun obiettivo, vincolare il raggiungimento degli obiettivi al rinnovo dell'incarico di Direttore di Dipartimento
- ▶ tutte le risposte precedenti sono corrette
- ▶ tutte le risposte precedenti sono errate

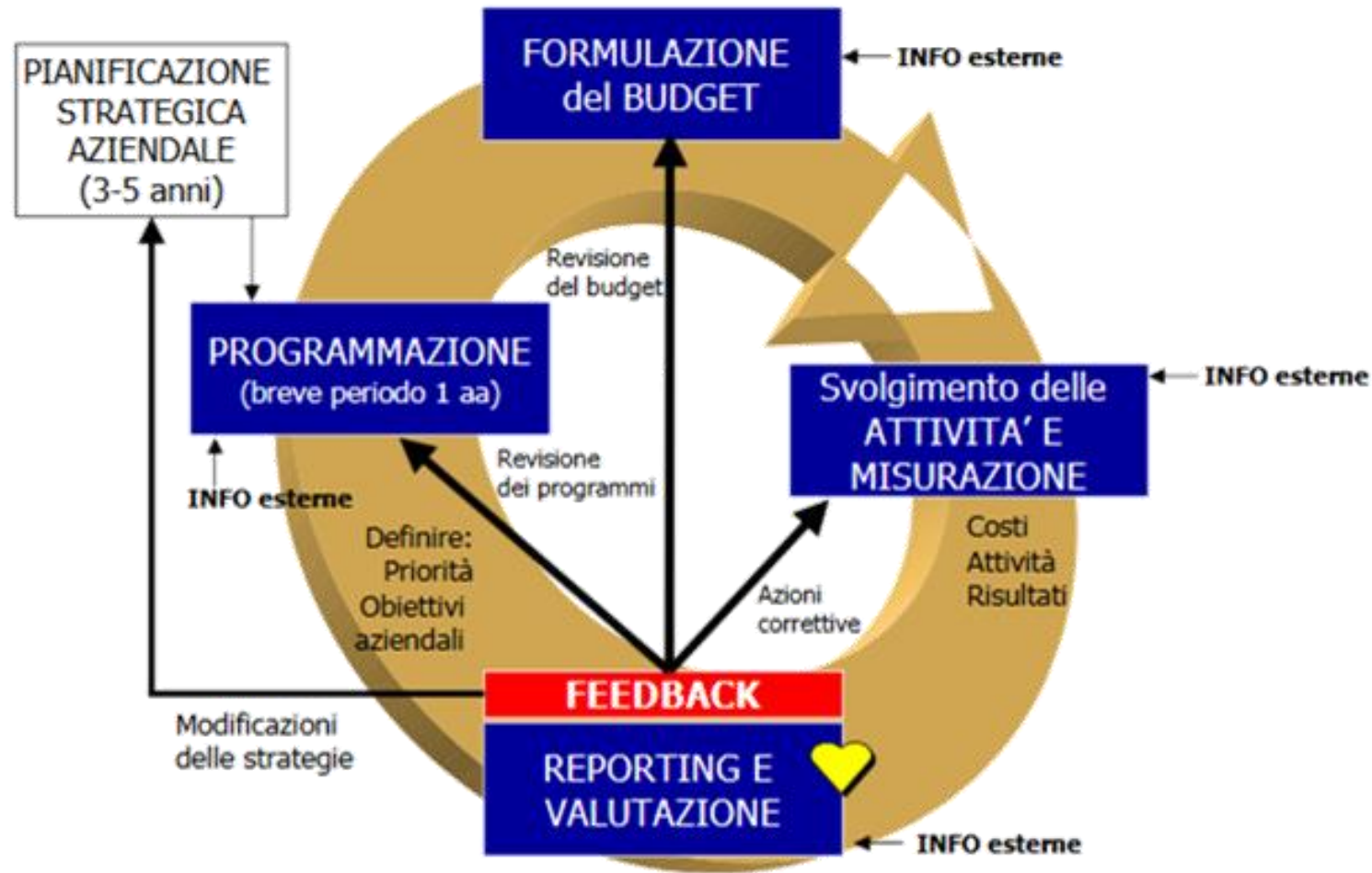


Il sistema di reporting aziendale

- ▶ Riveste importanza strategica nel mantenere il sistema organizzativo in piena efficienza e permettere la diffusione delle informazioni ai vari livelli interessati;
- ▶ È il “cuore” dei sistemi di programmazione e controllo:
 - ▶ il controllo non può esplicarsi senza un passaggio tempestivo di informazioni sulle attività correnti
 - ▶ la programmazione non può essere fatta se non si è in possesso di informazioni e dati relativi alle attività, alle risorse impiegate e ai risultati ottenuti precedentemente.



Ciclo di Anthony e reporting



► Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni: "I sistemi di reporting: principi e criteri di funzionamento", su http://www.dronet.org/biblioteca/tam_pdf/17x%20Reporting.pdf

Il sistema informativo aziendale può essere definito come

1. l'insieme degli strumenti utilizzati all'interno dell'Azienda per la raccolta dei dati relativi ai costi sostenuti per la gestione ordinaria e straordinaria dell'impresa
2. l'insieme dei processi di rilevazione volto alla raccolta di dati, elementari oppure sintetici, al fine di elaborarli per ottenere informazioni significative per i destinatari
3. l'insieme dei dati necessari alla Direzione Aziendale per la valutazione del personale, dei risultati e del raggiungimento degli obiettivi di budget
4. lo strumento per realizzare un confronto tra obiettivi prefissati e risultati conseguiti, per individuare le cause cui attribuire eventuali scostamenti, nonché le più opportune azioni correttive da intraprendere
5. l'insieme degli strumenti utilizzati all'interno dell'Azienda per la divulgazione delle informazioni e dei dati sintetici ai vari destinatari istituzionali



Il sistema di reporting aziendale

1. comprende l'insieme dei processi di rilevazione volto alla raccolta di dati, elementari oppure sintetici, al fine di elaborarli per ottenere informazioni significative per i destinatari
2. riguarda informazioni sensibili relative allo stato economico, finanziario e patrimoniale dell'Azienda, riservate agli organi dirigenziali che è opportuno non vengano divulgate a Enti o persone non coinvolte in maniera diretta nella gestione dell'Azienda
3. permette di realizzare un confronto tra obiettivi prefissati e risultati conseguiti, di individuare le cause cui attribuire eventuali scostamenti, nonché le più opportune azioni correttive da intraprendere
4. tutte le risposte precedenti sono corrette
5. tutte le risposte precedenti sono errate



La reportistica aziendale

1. risponde a standard ministeriali ed è pressoché identica all'interno delle diverse Aziende
2. risponde a standard regionali ed è "caratteristica" per ogni singola regione
3. è funzionale alle attività di monitoraggio, valutazione e governo delle singole Aziende
4. tutte le risposte precedenti sono corrette
5. tutte le risposte precedenti sono errate



Bibliografia e letture di approfondimento

Lecture di approfondimento

- ▶ Giuseppe Airoidi, Giorgio Brunetti, Vittorio Coda: “*Economia aziendale*”, edizioni Il Mulino, 1994
- ▶ Sergio Alessandrini e Francesco Passarelli: “*Economia Politica*”, Cisalpino editore, Bologna, 1999
- ▶ Antonio Brenna: “*Manuale di economia sanitaria*”, CIS editore, 1999
- ▶ Michael F. Drummond, Bernie J. O'Brien, Greg L. Stoddart, George W. Torrance: “*Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*” il Pensiero Scientifico Editore, 2000
- ▶ Paolo Vineis e Nerina Dirindin: “*In buona salute. Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica*”, Gli Struzzi, Giulio Einaudi Editore, 2004



Letture di approfondimento

- ▶ Lawrence D. Brown: "*Il contenimento dei costi dell'assistenza sanitaria negli Stati Uniti*" in AA.VV. "*Governare la spesa sanitaria. Un confronto internazionale*", a cura di Carlo Hanau e Gilberto Muraro, CIRIEC FrancoAngeli editore, 1987
- ▶ Craig Mitton e Cam Donaldson: «*Come stabilire le priorità in sanità. Una guida all'applicazione dell'economia nel processo decisionale*», Il Pensiero Scientifico Editore, 2006
- ▶ Giovanni Padovani, «*Il diritto negato*», Il Pensiero Scientifico Editore, 2008
- ▶ Antonio Mario Lerario e Marino Nonis (a cura di): «*Elementi di valutazione economica per i professionisti della salute*», il Pensiero Scientifico Editore (*allegato in formato pdf*)



Lecture di approfondimento (*sul sito*)

- ▶ Delibera 1/2014 OIV-SSR
- ▶ Delibera 2/2015 OIV-SSR
- ▶ Delibera 3/2016 OIV-SSR
- ▶ Delibera 4/2016 OIV-SSR
- ▶ Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni: "*I sistemi di reporting: principi e criteri di funzionamento*", su http://www.dronet.org/biblioteca/tqm_pdf/17x%20Reporting.pdf



Questionario di fine corso