

Indicatore E8: Evoluzione Aziendale

Definizione:	Valutazione dell'evoluzione aziendale per i dipendenti
Note per l'elaborazione:	<p>Il punteggio deriva dalla media in quinti dei punteggi delle variabili di cui si compone l'indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efficienza generale - Conoscenza degli obiettivi aziendali - Relazioni con la Direzione Aziendale - Carico di lavoro - Possibilità di esprimersi - Comunicazioni ed informazioni ai dipendenti - Spirito di gruppo nella propria struttura/unità operativa/ufficio - Orgoglio di appartenere a quest'azienda - Soddisfazione del paziente/cittadino - Morale dei dipendenti - Qualità delle prestazioni erogate
Fonte:	Indagine di Clima Interno – Laboratorio MeS
Parametro di riferimento:	Media Regionale
Significato:	L'indicatore esprime l'evoluzione dell'azienda negli ultimi due anni

Indicatore E9: Attività di Formazione

Definizione:	Valutazione dell'attività di formazione dei dipendenti
Note per l'elaborazione:	<p>Il punteggio deriva dalla media in quinti dei punteggi delle variabili di cui si compone l'indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quest'azienda offre opportunità di formazione - Il mio diretto superiore appoggia le mie richieste di formazione - La Direzione Aziendale considera la formazione uno strumento di sviluppo del personale - Le attività formative a cui partecipo mi aiutano nel mio lavoro - Negli ultimi due anni ho partecipato a percorsi formativi organizzati da istituzioni esterne all'azienda - Negli ultimi due anni ho partecipato a percorsi formativi organizzati dall'azienda
Fonte:	Indagine di Clima Interno – Laboratorio MeS
Parametro di riferimento:	Media Regionale
Significato:	L'indicatore esprime il grado di soddisfazione dei dipendenti rispetto all'attività di formazione a cui hanno accesso

Indicatore F1: Equilibrio Economico

Equilibrio Economico Generale

Definizione:	Indica il risultato d'esercizio complessivo dell'azienda in relazione al valore della produzione
Numeratore:	Risultato Ante rettifiche
Denominatore:	Valore della produzione
Formula:	$\frac{\text{Risultato Ante rettifiche}}{\text{Valore della produzione}} \times 100$
Fonte:	Flusso CE – dati regionali
Parametro di riferimento:	Pareggio di bilancio: 0
Significato:	Esprime la capacità dell'azienda di raggiungere il pareggio, considerando tutte le gestioni (caratteristica, atipica, finanziaria e straordinaria).

Indicatore F7: Servizi Interni

Definizione:	Valutazione dei servizi interni da parte dei responsabili di struttura
Note per l'elaborazione:	<p>Il punteggio deriva dalla media in quinti dei punteggi delle variabili di cui si compone l'indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none">- Supporto dei dati e delle informazioni fornite dal controllo di gestione- Per comunicazioni interne utilizzo un servizio di posta elettronica interna- Soddisfazione per supporto ricevuto dal controllo di gestione nelle fasi di progettazione e negoziazione di budget- Il sistema informativo aziendale è affidabile e preciso- Il sistema informativo aziendale supporta le esigenze specifiche della mia struttura- Le richieste di fornitura sono soddisfatte secondo le necessità della mia struttura- I servizi di manutenzione nella mia struttura sono affidabili e precisi- Gli interventi di manutenzione delle strutture e attrezzature sono realizzati con prontezza
Fonte:	Indagine di Clima Interno – Laboratorio MeS
Parametro di riferimento:	Media Regionale
Significato:	L'indicatore esprime il grado di soddisfazione dei responsabili di struttura rispetto ai servizi interni dell'azienda

Indicatore F8: Budget

Definizione:	Valutazione del processo di budget da parte dei responsabili di struttura
Note per l'elaborazione:	<p>Il punteggio deriva dalla media in quinti dei punteggi delle variabili di cui si compone l'indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il processo di budget è chiaro e condiviso a tutti i livelli aziendali coinvolti - Gli obiettivi di budget sono concordati con i miei collaboratori - Il budget della mia struttura è negoziato con la Direzione Aziendale - Il budget è uno strumento di condivisione della strategia aziendale - Il sistema di budget è collegato al sistema di valutazione della dirigenza - Esistono efficaci momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno - Il budget mi aiuta nella conduzione della mia struttura aziendale - Durante il processo di formazione del budget il grado di difficoltà di raggiungimento degli obiettivi è adeguatamente valutato
Fonte:	Indagine di Clima Interno – Laboratorio MeS
Parametro di riferimento:	Media Regionale
Significato:	L'indicatore esprime il grado di soddisfazione dei responsabili di struttura rispetto al processo di budget

Indicatore F10: Governo della spesa farmaceutica

Spesa pro-capite

Definizione:	Spesa pro-capite
Numeratore:	Costi netti farmaceutica convenzionata e costi per distribuzione diretta
Denominatore:	Popolazione gennaio 2005 pesata secondo i criteri previsti nel PSR 2005-2007
Formula matematica:	$\frac{\text{Costi farmaceutica convenzionata} + \text{costi distribuzione diretta}}{\text{Popolazione pesata}}$
Note per l'elaborazione:	Il costo relativo alla farmaceutica convenzionata è per azienda di residenza e tiene conto della mobilità intra-regionale. Il costo relativo alla distribuzione diretta è stimato rispetto al dato del primo semestre ed è per azienda di erogazione. I costi delle AO sono stati ribaltati sull'azienda di residenza in base alla mobilità dei flussi FED. E' esclusa la spesa per la farmaceutica integrativa.
Fonte:	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Media Regionale

Indicatore F11: Saldo delle compensazioni extraregionali

Saldo delle compensazioni extraregionali

Definizione	Indica l'andamento del saldo delle compensazioni in relazione al totale dei costi esterni
Numeratore	Compensazione extraregionale attiva- Compensazione extraregionale passiva
Denominatore	Totale Costi esterni
Formula	$\frac{\text{Compensazione extrareg. attiva} - \text{Compensazione extrareg. passiva}}{\text{Totale Costi esterni}} \times 100$
Fonte	Flusso CE
Significato	Valuta la capacità dell'azienda di gestire le fughe dei propri residenti verso altre regioni e le attrazioni di utenti fuori regione in relazione ai costi esterni.

Indicatore F12: Efficienza Prescrittiva Farmaceutica

Inibitori di Pompa Protonica

Definizione:	Costo medio unitario ponderato per singola unità posologica erogata dalle farmacie territoriali, in regime convenzionale
Numeratore:	Costo delle unità posologiche erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Denominatore:	N. unità posologiche erogate dalle farmacie territoriali, in regime convenzionale
Formula matematica:	$\frac{\text{Costo delle unità posologiche erogate dalle farmacie territoriali, in regime convenzionale}}{\text{N. Unità posologiche erogate dalle farmacie territoriali, in regime convenzionale}}$
Fonte:	Settore Farmaceutica: Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: ≤ 0,80 euro (delibera n° 463/06)

Indicatore F12: Efficienza Prescrittiva Farmaceutica

Statine

Definizione:	Costo medio unitario ponderato per singola DDD erogata dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Numeratore:	Costo delle DDD erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Denominatore:	N. DDD erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Formula matematica:	$\frac{\text{Costo delle DDD erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale}}{\text{N. DDD erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale}}$
Fonte:	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: $\leq 0,90$ euro (delibera n° 463/06)

Indicatore F12: Efficienza Prescrittiva Farmaceutica

Antagonisti dell'angiotensina II

Definizione:	% confezioni di farmaci a base di Enalapril (ATC= C09AA02 e C09BA02) erogate dalle farmacie territoriali, in regime convenzionale, rispetto al gruppo terapeutico C09 (sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina)
Numeratore:	N. confezioni di Enalapril erogate
Denominatore:	N. confezioni di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina erogate
Formula matematica:	$\frac{\text{N. confezioni di Enalapril erogate} \times 100}{\text{N. confezioni di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina erogate}}$
Fonte:	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: $\geq 20\%$ (delibera n° 463/06)

Indicatore F12: Efficienza Prescrittiva Farmaceutica

% confezioni di farmaci a base di Tamsulosina

Definizione:	% confezioni di farmaci a base di Tamsulosina (ATC= G04CA02) erogate dalle farmacie territoriali, in regime convenzionale, rispetto al gruppo terapeutico G04CA (antagonisti dei recettori alfa adrenergici)
Numeratore:	N. confezioni di Tamsulosina erogate
Denominatore:	N. confezioni di antagonisti dei recettori alfa adrenergici erogate
Formula matematica:	$\frac{\text{N. confezioni di Tamsulosina erogate} \times 100}{\text{N. confezioni di antagonisti dei recettori alfa adrenergici erogate}}$
Fonte:	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: $\geq 39\%$ (delibera n° 463/06)

Indicatore F12: Efficienza Prescrittiva Farmaceutica

Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina

Definizione:	Costo medio unitario ponderato per singola DDD erogata dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Numeratore:	Costo delle DDD erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Denominatore:	N. DDD erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Formula matematica:	$\frac{\text{Costo delle DDD erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale}}{\text{N. DDD erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale}}$
Fonte:	Settore Farmaceutica, Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: $\leq 0,55$ euro (delibera n° 463/06)

Indicatore F13: Procedura di controllo interno del Magazzino

Percentuale esistenza ed applicazione delle procedure di controllo interno del magazzino

Definizione:	Percentuale esistenza e applicazione delle procedure di controllo interno del magazzino
Numeratore:	Numero di procedure di controllo interno esistenti e applicate nel magazzino
Denominatore:	Numero di procedure di controllo interno del magazzino oggetto di analisi
Formola matematica:	$\frac{\text{N. procedure di controllo interno esistenti e applicate nel magazzino}}{\text{N. procedure di controllo interno del magazzino oggetto di analisi}} \times 100$
Fonte:	Indagine allievi Master MeS I Edizione
Parametro di riferimento:	Media regionale

Indicatore F14: Efficienza ed Efficacia nella Sanità Pubblica Veterinaria

Sicurezza alimentare e Piani residui

Definizione:	Sicurezza alimentare e Piani residui
Numeratore:	N. di campioni effettuati
Denominatore:	N. di campioni assegnati
Formola matematica:	$\frac{\text{N. di campioni effettuati}}{\text{N. di campioni assegnati}} \times 100$
Fonte:	Piano Nazionale Alimentazione Animale, Piano Nazionale Residui
Parametro di riferimento:	Obiettivo regionale: 100%

Indicatore F14: Efficienza ed Efficacia nella Sanità Pubblica Veterinaria

Flussi in ritardo

Definizione:	Flussi in ritardo
Numeratore:	N. Flussi in ritardo
Denominatore:	N. Flussi attesi
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Flussi in ritardo}}{\text{N. Flussi attesi}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	I flussi attesi presi in considerazione sono i seguenti: 2,3,4,5,6,7,9,12,13,15,16,17,22,23,24,25,28,29,30 A,32,35 (allegato 1, 2, 3, 6mvs, 6psc, 7mvs, 7psc) ,36.
Fonte:	Regione Toscana – Settore Medicina Predittiva Preventiva
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

Indicatore F14: Efficienza ed Efficacia nella Sanità Pubblica Veterinaria

Flussi con modulistica non conforme

Definizione:	Flussi con modulistica non conforme
Numeratore:	N. Flussi con modulistica non conforme
Denominatore:	N. Flussi attesi
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Flussi con modulistica non conforme}}{\text{N. Flussi attesi}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	I flussi attesi presi in considerazione sono i seguenti: 2,3,4,5,6,7,9,12,13,15,16,17,22,23,24,25,28,29,30 A,32,35 (allegato 1, 2, 3, 6mvs, 6psc, 7mvs, 7psc) ,36.
Fonte:	Regione Toscana – Settore Medicina Predittiva Preventiva
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

Indicatore F14: Efficienza ed Efficacia nella Sanità Pubblica Veterinaria

Qualifiche sanitarie ottenute

Definizione:	Qualifiche sanitarie ottenute
Numeratore:	N. Aziende controllate
Denominatore:	N. Aziende sottoposte a programma
Formola matematica:	$\frac{\text{N. Aziende controllate}}{\text{N. Aziende sottoposte a programma}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Le qualifiche si riferiscono a : tubercolosi bovina e bufalina, brucellosi bovina, brucellosi ovicaprina e leucosi bovina.
Fonte:	Flusso n° 24 (di cui al D.D. 7102/2004)

Indicatore F15: Efficienza nel PISLL

Copertura del territorio relativa all'attività di vigilanza

Definizione:	Copertura del territorio relativa all'attività di vigilanza
Numeratore:	N. sopralluoghi
Denominatore:	N. di imprese
Formola matematica:	$\frac{\text{N. sopralluoghi}}{\text{N. di imprese}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Le imprese considerate sono quelle con almeno un dipendente. Le tipologie sono le seguenti: pubbliche, private, istituzioni e aziende agricole I Piani di sviluppo definiscono i sopralluoghi come N° di accessi per operatori per giorno (sommatoria di ogni accesso sul luogo di lavoro moltiplicato per gli operatori partecipanti ai sopralluoghi). In questo caso i sopralluoghi, come definiti dai Piani di Sviluppo, vengono divisi per il numero medio di persone a sopralluogo (per tutti il valore stimato è 1,8)
Fonte:	Piani di Sviluppo 2005 – Regione Toscana – dati ISTAT 5° Censimento dell'agricoltura e 8° Censimento dell'industria e dei servizi
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

Indicatore F15: Efficienza nel PISLL

Efficacia strutturale di personale in relazione al numero di imprese

Definizione:	Efficacia strutturale basata sulla dotazione di personale in relazione al numero di imprese
Numeratore:	N. imprese
Denominatore:	N. personale PISLL
Formula matematica:	$\frac{\text{N. Imprese}}{\text{N. personale PISLL}}$
Note per l'elaborazione:	Le imprese considerate sono quelle con almeno un dipendente. Le tipologie sono le seguenti: pubbliche, private, istituzioni e aziende agricole Il personale considerato è solo quello qualificato e comprende medici, ingegneri, tecnici della prevenzione, altri laureati. Non sono inclusi coloro che effettuano esclusivamente verifiche tecniche impiantistiche
Fonte:	Piani di Sviluppo 2005 – Regione Toscana – dati ISTAT 5° Censimento dell'agricoltura e 8° Censimento dell'industria e dei servizi
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

Indicatore F15: Efficienza nel PISLL

Copertura del territorio relativa all'attività di vigilanza limitata alle verifiche tecniche impiantistiche

Definizione:	Copertura del territorio relativa all'attività di vigilanza limitata alle verifiche tecniche impiantistiche
Numeratore:	N. di verifiche tecniche impiantistiche
Denominatore:	N. di imprese
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di verifiche tecniche impiantistiche}}{\text{N. di imprese}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	Le imprese considerate sono quelle con almeno un dipendente. Le tipologie sono le seguenti: pubbliche, private, istituzioni e aziende agricole
Fonte:	Piani di Sviluppo 2005 – Regione Toscana – dati ISTAT 5° Censimento dell'agricoltura e 8° Censimento dell'industria e dei servizi
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

Indicatore F15: Efficienza nel PISLL

Copertura del territorio relativa all'attività di formazione

Definizione:	Copertura del territorio relativa all'attività di formazione
Numeratore:	N. ore formazione
Denominatore:	Popolazione occupata
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ore formazione}}{\text{Popolazione occupata}} \times 1.000$
Fonte:	Piani di Sviluppo, Regione Toscana – dati ISTAT
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

Indicatore F15: Efficienza nel PISLL

Efficacia strutturale di personale rispetto alla popolazione occupata

Definizione:	Efficacia strutturale basata sulla dotazione di personale rispetto alla popolazione occupata
Numeratore:	Popolazione occupata
Denominatore:	N. personale PISLL
Formula matematica:	$\frac{\text{Popolazione occupata}}{\text{N. personale PISLL}}$
Note per l'elaborazione:	Il personale considerato è solo quello qualificato e comprende medici, ingegneri, tecnici della prevenzione, altri laureati. Non sono inclusi coloro che effettuano esclusivamente verifiche tecniche impiantistiche
Fonte:	Piani di Sviluppo, Regione Toscana – dati ISTAT
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

Indicatore F15: Efficienza nel PISLL

Efficienza produttiva dell'attività di formazione

Definizione:	Efficienza produttiva relativa all'attività di formazione
Numeratore:	Ore di formazione
Denominatore:	N. personale PISLL
Formula matematica:	$\frac{\text{Ore di formazione}}{\text{N. personale PISLL}}$
Note per l'elaborazione:	Il personale considerato è solo quello qualificato e comprende medici, ingegneri, tecnici della prevenzione, altri laureati. Non sono inclusi coloro che effettuano esclusivamente verifiche tecniche impiantistiche
Fonte:	Piani di Sviluppo
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

Indicatore F15: Efficienza nel PISLL

Efficienza produttiva relativa all'attività di vigilanza/ispezione

Definizione:	Efficienza produttiva relativa all'attività di vigilanza/ispezione
Numeratore:	N. provvedimenti
Denominatore:	N. personale PISLL
Formula matematica:	$\frac{\text{N. provvedimenti}}{\text{N. personale PISLL}}$
Note per l'elaborazione:	Il personale considerato è solo quello qualificato e comprende medici, ingegneri, tecnici della prevenzione, altri laureati. Non sono inclusi coloro che effettuano esclusivamente verifiche tecniche impiantistiche
Fonte:	Piani di Sviluppo
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

Indicatore F15: Efficienza nel PISLL

Efficienza produttiva relativa all'attività di vigilanza

Definizione:	Efficienza produttiva relativa all'attività di vigilanza
Numeratore:	N. sopralluoghi
Denominatore:	N. personale PISLL
Formula matematica:	$\frac{\text{N.sopralluoghi}}{\text{N. personale PISLL}}$
Note per l'elaborazione:	I Piani di sviluppo definiscono i sopralluoghi come N° di accessi per operatori per giorno (sommatoria di ogni accesso sul luogo di lavoro moltiplicato per gli operatori partecipanti ai sopralluoghi). Il personale considerato è solo quello qualificato e comprende medici, ingegneri, tecnici della prevenzione, altri laureati. Non sono inclusi coloro che effettuano esclusivamente verifiche tecniche impiantistiche
Fonte:	Piani di Sviluppo
Parametro di riferimento:	Media interaziendale

Indicatore F15: Efficienza nel PISLL

% di provvedimenti su sopralluoghi

Definizione:	% di provvedimenti su sopralluoghi
Numeratore:	N. provvedimenti
Denominatore:	N. sopralluoghi
Formula matematica:	$\frac{\text{N.provvedimenti}}{\text{N. sopralluoghi}} \times 100$
Note per l'elaborazione:	I Piani di sviluppo definiscono i sopralluoghi come N° di accessi per operatori per giorno (sommatoria di ogni accesso sul luogo di lavoro moltiplicato per gli operatori partecipanti ai sopralluoghi). In questo caso i sopralluoghi, come definiti dai Piani di Sviluppo, vengono divisi per il numero medio di persone a sopralluogo (per tutti il valore stimato è 1,8)
Fonte:	Piani di Sviluppo
Parametro di riferimento:	Media interaziendale



APPENDICE B

CODIFICHE E SCHEMI DI RICLASSIFICATO
DEL BILANCIO





APPENDICE B1

CONTO ECONOMICO RICLASSIFICATO DETTAGLIATO

COD	CONTO ECONOMICO RICLASSIFICATO	
A1	1) Contributi c/esercizio	
A1.1	1.1) risorse integrative	(-)
A1.2	1.2) risorse integrative area metropolitana	(-)
A1.2.1	di cui: riconoscimento per rinnovi contrattuali	(+)
A1.2.2	contributi per rinnovi contrattuali da erogare	(+)
A2	2) Proventi e ricavi diversi	
A2.1	A2.1) rimborso personale comandato presso altre aziende	(-)
A3	3) Compensazione regionale attiva	
A4	4) Compensazione extraregionale attiva	
A5	5) Intramoenia	
A5.1	5.1) Compartecipazione sanitaria al personale per attività libero professionale	(-)
A6	6) Costi capitalizzati (diversi da sterilizzazioni)	
A	VALORE DELLA PRODUZIONE	
B	(B) Costi della produzione	
B1	1) Acquisti di beni	
B2	2) Costi per servizi	
B21	2.1) Costi per prestazioni da servizio pubblico	
B211	2.1.1) Compensazione Sanitaria Regionale <i>di cui costo per personale comandato in azienda</i>	
B212	2.1.2) Compensazione Sanitaria Extraregionale	
B22	2.2) Costi per prestazioni da servizio privato	
B221	2.2.1) Spesa per le convenzioni <i>di cui costi per applicazione rinnovo contrattuale</i>	
B222	2.2.2) Spesa per assistenza specialistica ambulatoriale da privato	
B223	2.2.3) Trasporti per emergenza-urgenza (118, organi, plasma)	

Appendice B1 - Conto economico riclassificato dettagliato

B224	Altro
	<i>di cui costo del lavoro interinale</i>
B3	3) Spesa farmaceutica da convenzione
B31	- da convenzione (comprende la somministrazione diretta)
B32	- acquisti prodotti farmaceutici
B33	- di cui acquisto farmaci per erogazione diretta
B4	4) Formazione (esternalizzata e non)
B5	5) Manutenzioni e riparazioni
B6	6) Godimento di beni di terzi
B61	6.1) Canoni leasing operativo
B7	7) Oneri diversi di gestione
B8	8) Variazione delle rimanenze
	<i>Totale costi esterni</i>
A-B	VALORE AGGIUNTO (A-B)
	9) Personale
B91	9.1) ruolo sanitario
B92	9.2) Personale del ruolo professionale e tecnico
B93	9.3) Personale del ruolo amministrativo
	9.4) Altro costo del lavoro
B10	10) Irap
B94	Costo per att. Tipiche personale comandato presso altre aziende (-)
B95	Costo personale comandato in azienda
B96	Costo del lavoro interinale
	<i>di cui costi per applicazione rinnovo contrattuale di competenza dell'esercizio</i>
MSL	MARGINE SANITARIO LORDO
B12	12) Amm.to delle immobilizzazioni immateriali
B13	13) Amm.to delle immobilizzazioni materiali
B14	14) Svalutazione dei crediti

Appendice B1 - Conto economico riclassificato dettagliato

B16	16) Acc.ti tipici dell'esercizio	
	<i>di cui riconoscimento per rinnovi contrattuale (accantonamenti)</i>	
MSN	MARGINE SANITARIO NETTO	
C1	1) Proventi/oneri attività da reddito	
C2	2) Acc.ti non tipici dell'attività sanitaria	
C3	3) Concorsi, recuperi, rimborsi per attività non tipiche	
	<i>(C) Risultato della gestione accessoria</i>	
D1	1) Interessi passivi	
D2	2) Interessi attivi	
D3	3) Altri proventi e rettifiche	
D31	4) Altri oneri e rettifiche	
	<i>(D) Risultato della gestione finanziaria</i>	
E1	1) Minusvalenze	
E2	2) Plusvalenze	
E3	3) Sopravvenienze attive	
E31	3) Sopravvenienze passive	
	<i>(E) Risultato della gestione straordinaria</i>	
	RISULTATO LORDO (MSN +/- C, +/- D, +/- E)	
IMP	Imposte dirette	
	RISULTATO ECONOMICO ANTE RETTIFICHE	
AMMS	Quote ammortamento sterilizzate	
A11	1.1) risorse integrative	
A12	1.2) risorse integrative di area metropolitana	
A1.2.1	Contributi da rinnovo contrattuale	(-)
+A1.2.2		
	RISULTATO DI ESERCIZIO	

APPENDICE B2

CODIFICA FLUSSO CE E CONTO ECONOMICO RICLASSIFICATO

COD	COD	Voci flusso CE
Ricl.	Min	
A11	A0010	A.1) Contributi in c/esercizio
	A0020	A.1.a) Contributi in c/esercizio da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale
	A0030	A.1.b) Contributi in c/esercizio da enti pubblici per ulteriori trasferimenti
	A0040	A.1.c) Contributi in c/esercizio da enti privati
RI	RI	A.1.2) risorse integrative
RIAM	RIAM	A.1.3) risorse integrative area metropolitana
	A0050	A.2) Proventi e ricavi diversi
	A0060	A.2.a) Proventi e ricavi diversi per prestazioni sanitarie erogate a soggetti pubblici
A3	A0070	A.2.a.1) Proventi per prestaz.sanitarie erogate ad altre ASL e A.O. della Regione
	R0071	A.2.a.1.a) Proventi per prestazioni sanitarie erogate ad altre ASL e A.O. della Regione a compensazione
	R0072	A.2.a.1.b) Prov.per prestaz.sanit.erogate ad altre ASL e A.O. della Reg.a fatturazione diretta
A3	A0080	A.2.a.2) Proventi per prestaz.sanitarie erogate ad altri soggetti pubblici della Regione
A4	A0090	A.2.a.3) Proventi per prestaz.sanitarie erogate a soggetti pubblici extra Regione
	R0091	A.2.a.3.a) Prov.per prestaz.sanitarie erogate a sogg. pubblici extra reg.a compensazione
	R0092	A.2.a.3.b) Prov.per prestaz.sanitarie erogate a sogg. pubblici extra reg.a fatturazione diretta
A2	A0100	A.2.b) Proventi per prestaz.sanitarie erogate a soggetti privati
A5	A0110	A.2.c) Proventi per prestaz.sanitarie erogate in regime di intramoenia

Appendice B2 - Codifica flusso CE e conto economico riclassificato

C1	A0120	A.2.d) Proventi per prestaz.non sanitarie
C1	A0130	A.2.e) fitti attivi
A2	A0140	A.2.f) altri proventi
A2	A0150	A.3) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche
A21 e B94	R0151	A.3.a) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche: personale comandato
	R0152	A.3.b) di cui rimborsi per consulenze proprio personale dipendente
A2	A0160	A.4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)
	A0170	A.5) Costi capitalizzati
AMMS	A0180	A.5.1) Costi capitalizzati: da utilizzo contributi in c/ capitale
A6	A0190	A.5.2) Costi capitalizzati: da costi sostenuti in economia
	A9999	A) Totale valore della produzione (A)
	B0010	B.1) Acquisti di beni
B32	B0020	B.1.a) Prodotti farmaceutici
B33	R0030	B.1.a.1) di cui: Farmaci a distribuzione diretta
B1	B0030	B.1.b) Emoderivati e prodotti dietetici
B1	B0040	B.1.c) Materiali per la profilassi (vaccini)
B1	B0050	B.1.d) Materiali diagnostici prodotti chimici
B1	B0060	B.1.e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.
B1	B0070	B.1.f) Presidi chirurgici e materiali sanitari
B1	B0080	B.1.g) Materiali protesici e materiali per emodialisi
B1	B0090	B.1.h) Prodotti farmaceutici per uso veterinario
B1	B0100	B.1.i) Materiali chirurgici, sanitari e diagnostici per uso veterinario
B1	B0110	B.1.j) Prodotti alimentari
B1	B0120	B.1.k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere

Appendice B2 - Codifica flusso CE e conto economico riclassificato

B1	B0130	B.1.l) Combustibili, carburanti e lubrificanti
B1	B0140	B.1.m) Supporti informatici e cancelleria
B1	B0150	B.1.n) Materiale per la manutenzione di -
	B0160	B.1.n.1) Materiale per la manutenzione di immobili e loro pertinenze
	B0170	B.1.n.2) Materiale per la manutenzione di mobili e macchine
	B0180	B.1.n.3) Materiale per la manutenzione di attrezzature tecnico scientifiche sanitarie
	B0190	B.1.n.4) Materiale per la manutenzione di automezzi (sanitari e non)
B1	B0200	B.1.o) Acquisti di esercizio: altro
	B0210	B.2) Acquisti di servizi
	B0220	B.2.1) per medicina di base -
B221	B0221	B.2.1.1) per medicina di base: da convenzione
B211	B0222	B.2.1.2) per medicina di base: da pubblico (ASL della Regione)
	R0001	B.2.1.2.a) per medicina di base: da pubblico (ASL della Regione) a compensazione
	R0002	B.2.1.2.b) per medicina di base: da pubblico (ASL della Regione) a fatturazione diretta
B212	B0223	B.2.1.3) per medicina di base: da pubblico (ASL extra Regione)
	R0003	B.2.1.3.a) per medicina di base: da pubblico (ASL extra Regione) a compensazione
	R0004	B.2.1.3.b) per medicina di base: da pubblico (ASL extra Regione) a fatturazione diretta
	B0230	B.2.2) per farmaceutica -
B31	B0231	B.2.2.1) per farmaceutica: da convenzione
B211	B0232	B.2.2.2) per farmaceutica: da pubblico (ASL della Regione)
	R0005	B.2.2.2.a) per farmaceutica: da pubblico (ASL della Regione) a compensazione

Appendice B2 - Codifica flusso CE e conto economico riclassificato

	R0006	B.2.2.2.b) per farmaceutica: da pubblico (ASL della Regione) a fatturazione diretta
B212	B0233	B.2.2.3) per farmaceutica: da pubblico (ASL extra Regione)
	R0007	B.2.2.3.a) per farmaceutica: da pubblico (ASL extra Regione) a compensazione
	R0008	B.2.2.3.b) per farmaceutica: da pubblico (ASL extra Regione) a fatturazione diretta
	B0240	B.2.3) per assistenza specialistica ambulatoriale -
B211	B0250	B.2.3.1) per assist.spec.ambul. da pubblico (ASL e A.O. della Regione)
	R0009	B.2.3.1.a) per assist.spec.ambul.da pubblico (ASL e A.O. della Regione) a compensazione
	R0010	B.2.3.1.b) per assist.spec.ambul.da pubblico (ASL e A.O. della Regione) a fatturazione diretta
B211	B0260	B.2.3.2) per assist.specialistica ambulatoriale da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)
B212	B0270	B.2.3.3) per assist.specialistica ambulatoriale da pubblico (extra Regione)
	R0011	B.2.3.3.a) per assist.specialistica ambulatoriale da pubblico (extra Regione): a compensazione
	R0012	B.2.3.3.b) per assist.special.ambulatoriale da pubblico (extra Regione):a fatturazione diretta
B222	B0280	B.2.3.4) per assist.specialistica ambulatoriale: da privato
	B0290	B.2.4) per assistenza riabilitativa -
B211	B0300	B.2.4.1) per assistenza riabilitativa: da pubblico (ASL e Aziende osp. della Regione)
	R0013	B.2.4.1.a) per assist.riabilitativa: da pubblico (ASL e A.O. della Regione) a compensazione
	R0014	B.2.4.1.b) per assist.riabilitativa: da pubblico (ASL e A.O. della Reg.) a fatturazione diretta



Appendice B2 - Codifica flusso CE e conto economico riclassificato

B211	B0310	B.2.4.2) per assistenza riabilitativa: da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)
B212	B0320	B.2.4.3) per assistenza riabilitativa: da pubblico (extra Regione)
	R0015	B.2.4.3.a) per assist. riabilitativa: da pubblico (extra Regione) a compensazione
	R0016	B.2.4.3.b) per assist.riabilitativa: da pubblico (extra Regione) a fatturazione diretta
B225	B0330	B.2.4.4) per assistenza riabilitativa: da privato
	B0340	B.2.5) per assistenza integrativa e protesica -
B211	B0350	B.2.5.1) per assistenza integrativa e protesica da pubblico (ASL e Aziende osp. della Regione)
	R0017	B.2.5.1.a) per assistenza integrativa e protesica da pubblico(ASL e Aziende osp. della Regione) a compensazione
	R0018	B.2.5.1.b) per assistenza integrativa e protesica da pubblico(ASL e Az. osp.della Regione) a fatturazione diretta
B211	B0360	B.2.5.2) per assistenza integrativa e protesica da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)
B212	B0370	B.2.5.3) per assistenza integrativa e protesica da pubblico (extra Regione)
	R0019	B.2.5.3.a) per assistenza integrativa e protesica da pubblico (extra Regione) a compensazione
	R0020	B.2.5.3.b) per assistenza integrativa e protesica da pubblico (extra Regione) a fatturazione diretta
B225	B0380	B.2.5.4) per assistenza integrativa e protesica da privato
	B0390	B.2.6) per assistenza ospedaliera -
B211	B0400	B.2.6.1) per assistenza ospedaliera da pubblico (ASL e Aziende osp. della Regione)
	R0021	B.2.6.1.a) per assist. ospedaliera da pubblico (ASL e Aziende osp. della Regione) a compensazione



Appendice B2 - Codifica flusso CE e conto economico riclassificato

	R0022	B.2.6.1.b) per assist. ospedaliera da pubblico (ASL e Az.osp. della Regione) a fatturazione diretta
B211	B0410	B.2.6.2) per assistenza ospedaliera da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)
B212	B0420	B.2.6.3) per assistenza ospedaliera da pubblico (extra Regione)
	R0023	B.2.6.3.a) per assistenza ospedaliera da pubblico (extra Regione) a compensazione
	R0024	B.2.6.3.b) per assistenza ospedaliera da pubblico (extra Regione) a fatturazione diretta
B225	B0430	B.2.6.4) per assistenza ospedaliera da privato
	B0440	B.2.7) per altra assistenza -
B211	B0451	B.2.7.1) per altra assistenza da pubblico (ASL e Aziende osp. della Regione)
	R0025	B.2.7.1.a) per altra assistenza da pubblico (ASL e Aziende osp. della Regione) a compensazione
	R0026	B.2.7.1.b) per altra assistenza da pubbl. (ASL e Aziende osp. della Regione) a fatturazione diretta
B95	R0030	B.2.7.1.ba) per altra assistenza da pubbl.(ASL e AO della Regione):personale comandato aziende sanit. toscane
B211	B0452	B.2.7.2) per altra assistenza da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)
B212	B0453	B.2.7.3) per altra assistenza da pubblico (extra Regione)
	R0027	B.2.7.3.a) per altra assistenza da pubblico (extra Regione) a compensazione
	R0028	B.2.7.3.b) per altra assistenza da pubblico (extra Regione) a fatturazione diretta
B225	B0460	B.2.7.4) per altra assistenza da privato
A51	B0470	B.2.8) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)
B225	B0480	B.2.9) Rimborsi, assegni e contributi

Appendice B2 - Codifica flusso CE e conto economico riclassificato

	B0490	B.2.9.1) Rimborsi, assegni e contributi: contributi ad associazioni di volontariato
	B0500	B.2.9.2) Rimborsi, assegni e contributi: altro
B95	R0029	B.2.9.2b) Rimborsi, assegni e contributi: altro: rimborsi per personale comandato
B225	B0510	B.2.10) Consulenze
	B0520	B.2.10.1) Consulenze sanitarie
	B0521	B.2.10.1a) Consulenze sanitarie: consulenze proprio personale dipendente verso ASL e AO toscane
	B0530	B.2.10.2) Consulenze non sanitarie
	B0531	B.2.10.2a) Consulenze non sanitarie: consulenze proprio personale dipendente verso ASL e AO toscane
	B0540	B.2.11) Altri servizi sanitari
B224	B0550	B.2.11.1) Altri servizi sanitari: trasporti sanitari per l'emergenza
B224	B0560	B.2.11.2) Altri servizi sanitari: trasporti sanitari per l'urgenza
B225	B0570	B.2.11.3) Altri servizi sanitari: altro
B96	B0571	B.2.11.3a) Altri servizi sanitari: altro: di cui personale non dipendente
B4	B0580	B.2.12) Formazione (esternalizzata e non)
	B0590	B.2.13) Servizi non sanitari
B225	B0600	B.2.13.1) Lavanderia
B225	B0610	B.2.13.2) Pulizia
B225	B0620	B.2.13.3) Mensa
B225	B0630	B.2.13.4) Riscaldamento
B225	B0640	B.2.13.5) Elaborazione dati
B225	B0650	B.2.13.6) Servizi trasporti (non sanitari)
B225	B0660	B.2.13.7) Smaltimento rifiuti
B225	B0670	B.2.13.8) Utenze telefoniche
B225	B0680	B.2.13.9) Altre utenze
B225	B0690	B.2.13.10) Servizi non sanitari: Altro

Appendice B2 - Codifica flusso CE e conto economico riclassificato

B96	B0691	B.2.13.10a) Servizi non sanitari: Altro: personale non dipendente
B5	B0700	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)
	B0710	B.3.a) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata): agli immobili e loro pertinenze
	B0720	B.3.b) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata): ai mobili e macchine
	B0730	B.3.c) Manutenzione e riparaz. (ordinaria esternalizzata) alle attrezz.tecnico-scientifico sanitarie
	B0740	B.3.d) Manutenzione e riparaz. (ordinaria esternalizzata): per la manut. di automezzi (sanitari e non)
	B0750	B.4) Godimento di beni di terzi
B6	B0760	B.4.a) Fitti reali
B6	B0770	B.4.b) Canoni di noleggio
B61	B0780	B.4.c) Canoni di leasing operativo
B6	B0781	B.4.d) Canoni di leasing finanziario
B6	B0790	B.4.e) Godimento di beni di terzi: altro
B9	B0791	B.T.P.) Personale Totale
B91	B0800	B.5) Personale del ruolo sanitario
B91	B0810	B.6) Personale del ruolo professionale
B92	B0820	B.7) Personale del ruolo tecnico
B93	B0830	B.8) Personale del ruolo amministrativo
B7	B0840	B.9) Oneri diversi di gestione
	B0850	B.9.a) Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale
	B0860	B.9.b) Premi di assicurazione
	B0861	B.9.c) Spese legali
	B0870	B.9.d) Oneri diversi di gestione: altro
	B0871	B.T.A) Ammortamenti Totali
B12	B0880	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali

Appendice B2 - Codifica flusso CE e conto economico riclassificato

B13	B0890	B.11) Ammortamento dei fabbricati
	B0900	B.11.a) Ammortamento dei fabbricati: disponibili
	B0910	B.11.b) Ammortamento dei fabbricati: indisponibili
B13	B0920	B.12) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali
B14	B0930	B.13) Svalutazione dei crediti
B8	B0940	B.14) Variazione delle rimanenze
	B0950	B.14.a) Variazione delle rimanenze: sanitarie
	B0960	B.14.b) Variazione delle rimanenze: non sanitarie
B16	B0970	B.15) Accantonamenti tipici dell'esercizio
	B0980	B.15.a) Accantonamenti tipici dell'esercizio: per rischi
	B0990	B.15.b) Accantonamenti tipici dell'esercizio: per trattamento di fine rapporto
	B1000	B.15.c) Accantonamenti tipici dell'esercizio: per premio di operosità (SUMAI)
	B1010	B.15.d) Accantonamenti tipici dell'esercizio: altri accantonamenti
	B9999	B) Totale costi della produzione (B)
D2	C0010	C.1) Interessi attivi
	C0020	C.1.a) Interessi attivi: su c/tesoreria
	C0030	C.1.b) Interessi attivi: su c/c postali e bancari
	C0040	C.1.c) Interessi attivi: vari
D3	C0050	C.2) Altri proventi
	C0060	C.3) Interessi passivi
D1	C0070	C.3.a) Interessi passivi: per anticipazioni di tesoreria
D1	C0080	C.3.b) Interessi passivi: su mutui
D1	C0090	C.3.c) altri interessi passivi
D31	C0100	C.4) Altri oneri
	C9999	C) Totale proventi e oneri finanziari (C)
D3	D0010	D.1) Rivalutazioni
D31	D0020	D.2) Svalutazioni

Appendice B2 - Codifica flusso CE e conto economico riclassificato

D	D9999	D) Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)
E1	E0010	E.1) Minusvalenze
E2	E0020	E.2) Plusvalenze
	E0030	E.2.a) Plusvalenze: vendita di beni fuori uso
	E0040	E.2.b) Plusvalenze: altro
C2	E0050	E.3) Accantonamenti non tipici dell'attività sanitaria
C3	E0060	E.4) Concorsi, recuperi, rimborsi per attività non tipiche
	E0070	E.5) Sopravvenienze e insussistenze
E3	E0080	E.5.a.1) sopravvenienze attive
E3	E0081	E.5.a.2) insussistenze passive
E31	E0090	E.5.b.1) sopravvenienze passive
E31	E0091	E.5.b.2) insussistenze attive
E	E9999	E) Totale proventi e oneri straordinari (E)
RAImp	X0010	X) Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)
B10	Y0010	Y.1) IRAP
IMP	Y0020	Y.2) Imposte, tasse, tributi a carico dell'azienda
IMP	Y0030	Y.3) Accantonamento imposte
	Y9999	Y) Totale imposte e tasse
	Z9999	Z) UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO

APPENDICE B3
STATO PATRIMONIALE RICLASSIFICATO

COD	ATTIVO
I IMM	Immobilizzazioni materiali
I MAT	Immobilizzazioni immateriali
I FIN	Immobilizzazioni finanziarie
	Totale attivo fisso
DISP LIQ	<i>Liquidità immediate</i>
CR IST	Crediti attività istituzionale
CR DIV	Crediti diversi
CR FIN	Crediti finanziari
ATT FIN	Attività finanziarie
R&R ATT	Ratei e risconti
	<i>Totale liquidità differite</i>
RIM	<i>Rimanenze</i>
	Totale attivo circolante

TOTALE ATTIVO

COD	PASSIVO E PATRIMONIO NETTO
CAP PR	Mezzi propri
RIS ES	Risultato economico d'esercizio
	Patrimonio netto
DEB FIN CON	Debiti finanziari
DEB COM CON	Debiti commerciali
DEB IST CON	Debiti verso altre Istituzioni
DEB DIV CON	Debiti diversi
TFR	Debiti per TFR
FONDI	Fondi
	Totale passivo consolidato
DEB FIN COR	Debiti finanziari
DEB COM COR	Debiti commerciali



Appendice B3 - Stato patrimoniale riclassificato

DEB IST COR	Debiti verso altre Istituzioni
DEB DIV COR	Debiti diversi
R&R PAS	Ratei e risconti
	Totale passivo corrente
TOTALE PASSIVO E PATRIMONIO NETTO	



APPENDICE B4

CODIFICA STATO PATRIMONIALE CIVILISTICO E STATO
PATRIMONIALE RICLASSIFICATO

STATO PATRIMONIALE

COD	ATTIVO
	A) Immobilizzazioni
	I. Immateriali
I IMM	1) Costi impianto e ampliamento
I IMM	2) Costi ricerca e sviluppo
I IMM	3) Diritti brevetto e utilizzazione opere ingegno
I IMM	4) Immobilizzazioni in corso e acconti
I IMM	5) Altre
	Totale I
	II- Immobilizzazioni materiali
I MAT	1) Terreni
I MAT	2) Fabbricati
	<i>a) disponibili</i>
	<i>b) indisponibili</i>
	<i>c) destinati alla vendita</i>
I MAT	3) Impianti e macchinari
I MAT	4) Attrezzature sanitarie e scientifiche
I MAT	5) Mobili e arredi
I MAT	6) Automezzi
I MAT	7) Altri beni
I MAT	8) Immobilizzazioni in corso e acconti
	Totale II
	III. Finanziarie
	1) Crediti
CR FIN	a) entro 12 mesi
I FIN	b) oltre 12 mesi
I FIN	2) Titoli

Appendice B4 - Codifica stato patrimoniale civilistico e stato patrimoniale
riclassificato

	Totale III
	Totale III
	Totale immobilizzazioni (A)
	B) Attivo circolante
	I. Rimanenze
RIM	1) Sanitarie
RIM	2) Non sanitarie
RIM	3) Acconti
	Totale I
	II. Crediti
	1) Da Regione
CR IST	<i>a) entro 12 mesi</i>
I FIN	<i>b) oltre 12 mesi</i>
	2) Da Comune
CR IST	<i>a) entro 12 mesi</i>
I FIN	<i>b) oltre 12 mesi</i>
	3) Da Aziende Sanitarie Pubbliche
CR IST	<i>a) entro 12 mesi</i>
I FIN	<i>b) oltre 12 mesi</i>
	4) Da ARPA
CR DIV	<i>a) entro 12 mesi</i>
I FIN	<i>b) oltre 12 mesi</i>
	5) Da Erario
CR DIV	<i>a) entro 12 mesi</i>
I FIN	<i>b) oltre 12 mesi</i>
	6) Verso altri
CR DIV	<i>a) entro 12 mesi</i>
I FIN	<i>b) oltre 12 mesi</i>
	Totale II

Appendice B4 - Codifica stato patrimoniale civilistico e stato patrimoniale riclassificato

	III. Attività finanziarie che non costituiscono immob
ATT FIN	1) Titoli a breve
	Totale III
	IV. Disponibilità liquide
DISP LIQ	1) Cassa
DISP LIQ	2) Istituto tesoriere
DISP LIQ	3) C/C postale
	Totale IV
	Totale attivo circolante
	C) Ratei e risconti
	1) Ratei
	2) Risconti
R&R ATT	Totale ratei e risconti
	Totale attivo
COD	PASSIVO E PATRIMONIO NETTO
	A) Patrimonio netto
CAP PR	I. Finanziamenti per investimenti
CAP PR	II. Donazioni e lasciti vincolati ad investimenti
	III. Fondo di dotazione
	1) Fondo di dotazione
	2) Riserve di utili indisponibili
	3) Altre riserve di utili
CAP PR	Totale fondo di dotazione
CAP PR	IV. Contributi per ripiano perdite
CAP PR	V. Utile o perdita portati a nuovo
RIS ES	VI. Utile o perdita dell'esercizio
	Totale patrimonio netto
	B) Fondi per rischi e oneri
FONDI	1) Fondi per imposte

Appendice B4 - Codifica stato patrimoniale civilistico e stato patrimoniale riclassificato

FONDI	2) Fondi rischi
FONDI	3) Altri
	Totale fondo rischi e oneri
TFR	C) Trattamento fine rapporto
	1) Premio operosità medici sumai
	2) Trattamento di fine rapporto
	D) Debiti
	1) Mutui
DEB FIN COR	a) entro 12 mesi
DEB FIN CON	b) oltre 12 mesi
	2) Da Regione
DEB IST COR	a) entro 12 mesi
DEB IST CON	b) oltre 12 mesi
	3) Da Comune
DEB IST COR	a) entro 12 mesi
DEB IST CON	b) oltre 12 mesi
	4) Da Aziende Sanitarie Pubbliche
DEB IST COR	a) entro 12 mesi
DEB IST CON	b) oltre 12 mesi
	5) Da ARPA
DEB DIV COR	a) entro 12 mesi
DEB DIV CON	b) oltre 12 mesi
	6) debiti verso fornitori
DEB COM COR	a) entro 12 mesi
DEB COM CON	b) oltre 12 mesi
	7) Debiti verso Istituto tesoriere
DEB FIN COR	a) entro 12 mesi
DEB FIN CON	b) oltre 12 mesi
	8) Debiti tributari
DEB DIV COR	a) entro 12 mesi
DEB DIV CON	b) oltre 12 mesi

Appendice B4 - Codifica stato patrimoniale civilistico e stato patrimoniale riclassificato

	9) Debiti verso Istituti di previdenza
DEB DIV COR	a) entro 12 mesi
DEB DIV CON	b) oltre 12 mesi
	10) Altri Debiti
DEB DIV COR	a) entro 12 mesi
DEB DIV CON	b) oltre 12 mesi
	Totale Debiti
	E) Ratei e risconti
	1 Ratei
	2 Risconti
R&R PAS	Totale
	TOTALE PASSIVO



APPENDICE C

LA DETERMINAZIONE DELLA NUMEROSITÀ
CAMPIONARIA NELLE INDAGINI
DI SODDISFAZIONE







In un'indagine statistica, la determinazione della numerosità campionaria rappresenta una fase determinante per prevedere la bontà delle stime che saranno ricavate dalla ricerca. Per rispondere alla domanda su quanto debba essere grande un campione per poter fornire risultati utili e significativi, ricordiamo prima di tutto che quando un ricercatore lavora su un campione, il suo scopo è quello di generalizzare alla popolazione di riferimento le informazioni ricavate da un insieme di osservazioni campionarie. In questo processo di inferenza statistica, la numerosità del campione è in relazione inversa alla precisione della stima: più numeroso è il campione, tanto migliore sarà la precisione della stima che sarà possibile ricavare dalle osservazioni ricavate dalla ricerca.

Le più importanti tipologie di informazioni che si può desiderare ottenere da un'indagine possono essere:

- la stima di una media, ovvero l'ordine di grandezza del fenomeno che si sta studiando;
- la stima di una proporzione, ossia la percentuale di casi in cui si può presentare un determinato attributo o carattere.

Tale distinzione tra i due parametri (media e proporzione) è fondamentale, in quanto essi richiedono diverse modalità di calcolo della dimensione del campione.

Nella determinazione della numerosità di un campione occorre tenere in considerazione quattro importanti fattori:

- la dimensione dell'universo;
- l'errore di campionamento o precisione delle stime;
- il livello di fiducia o significatività delle stime;
- il grado di eterogeneità dell'universo.

Se indichiamo con N la numerosità della popolazione di riferimento, è ovvio che all'aumentare di N tende a crescere anche la numerosità del campione (indicata con n) e viceversa. L'aumento (o la diminuzione) dell'ampiezza del campione





non è però proporzionale all'aumentare (o al diminuire) della dimensione dell'universo: in altre parole, per grandi popolazioni possono essere utilizzati campioni relativamente piccoli, mentre per popolazioni piccole la dimensioni del campione dovrà risultare relativamente ampia. Se infatti consideriamo un universo di dimensioni molto limitate, un campione altrettanto ridotto è fortemente esposto a rischi di distorsione. In altri termini, se il campione è formato da pochi elementi, sono piuttosto elevati i rischi che questi elementi siano scarsamente rappresentativi dell'universo. Al crescere di N , quindi, la dimensione del campione può aumentare in misura non direttamente proporzionale, in quanto si riduce il rischio che gran parte del campione sia formato da elementi non rappresentativi, dal momento che si sta lavorando su grandi numeri.

Per quanto riguarda la precisione delle stime (o errore di campionamento), è opportuno ricordare che il valore rilevato con un'indagine campionaria non corrisponderà perfettamente al valore dell'universo, ma sarà caratterizzato da un errore per eccesso o per difetto (indichiamo questo errore con D). Il valore ignoto del parametro nell'universo, che sia una media o una proporzione da stimare, sarà quindi compreso entro un certo intervallo di stima rispetto al valore del campione. Normalmente, tale valore viene deciso in fase di impostazione della ricerca e rappresenta l'errore delle stime che siamo disposti ad accettare. Secondo quanto detto in precedenza, tale errore tende ad aumentare se si riduce la numerosità campionaria e viceversa.

Il livello di fiducia (o significatività delle stime, indicato con P) rappresenta il grado di fiducia con il quale affermiamo che il suddetto intervallo di stima contiene il vero valore del parametro nella popolazione. Infatti, quando proiettiamo i risultati di un'indagine campionaria sull'intero universo, non possiamo essere completamente sicuri che il valore dell'universo (incognito) sia effettivamente compreso entro l'intervallo di stima determinato dal valore del campione. Esiste una certa probabilità che il valore reale del parametro dell'universo sia esterno a questo intervallo. Solitamente, anche il livello fiduciario che si è disponibili ad accettare





viene deciso in fase di impostazione della ricerca.

Maggiore è il grado di certezza desiderato, più grande dovrà essere il campione su cui lavorare. Nella maggior parte delle indagini, il livello fiduciario accettato è pari al 95%.

I rischi connessi alla determinazione della numerosità campionaria sono influenzati anche dal grado di eterogeneità dell'universo: più l'universo è eterogeneo, maggiori sono le probabilità di fornire una stima distante dal corrispondente valore dell'universo, in quanto maggiori sono anche le probabilità di lavorare su un campione meno rappresentativo. A fronte di una forte eterogeneità del carattere studiato nella popolazione, una misura cautelativa è sempre quella di utilizzare un campione più ampio. Generalmente, però, è difficile valutare tale grado di eterogeneità prima di effettuare l'indagine. In queste condizioni, se non è possibile disporre di una stima dell'eterogeneità fornita da informazioni che a diverso titolo possiamo avere a disposizione (ad esempio utilizzando i risultati di altre indagini condotte sull'argomento o attraverso un piccolo sondaggio preliminare), è necessario assumere le ipotesi più pessimistiche, ovvero considerare che il fenomeno abbia la massima eterogeneità possibile. Questa scelta prudenziale consente di evitare un campione sottodimensionato, ma può costare molto, in termini di numero di interviste da effettuare.

Nella realtà operativa, la scelta dell'ampiezza di un campione scaturisce da un compromesso tra le esigenze di precisione e di sicurezza dei risultati da un lato, e le necessità di contenere i costi e i tempi di svolgimento dell'indagine dall'altro.

Il procedimento corretto da seguire per dimensionare un campione parte dall'individuazione della dimensione dell'universo di interesse, e dalla scelta del livello fiduciario e dell'errore di stima che si intendono accettare. Per quanto riguarda la misura dell'eterogeneità, considerando il caso della stima di proporzioni (il metodo utilizzato nei disegni campionari delle indagini illustrate) è necessario formulare l'ipotesi più pessimistica; ovvero occorre ipotizzare che il campione si ripartisca in parti pressoché uguali tra due ipotetiche modalità di risposta (al limite: 50% di risposte





affermative e 50% di risposte negative). Se dunque p è la percentuale attesa di risposte positive, l'ipotesi più pessimistica in termini di eterogeneità corrisponderà ad un valore di p pari a 0,5, da cui consegue che per le risposte negative il valore di $1 - p$ sarà anch'esso 0,5. Per semplicità, abbiamo considerato una domanda con due sole modalità di risposta. Teniamo presente che, se il fenomeno presenta più di due modalità, è sempre possibile fare riferimento a una di esse (o a un raggruppamento di esse), e considerare congiuntamente tutte le rimanenti (interpretabili come assenza delle modalità prescelte) come facenti parte di un'unica categoria.

Se, dunque, l'obiettivo dell'indagine è la stima di una percentuale, la formula per il calcolo della numerosità campionaria diventa la seguente:

$$n = \frac{N \times z^2 \times p \times (1 - p)}{(N - 1) \times D^2 + z^2 \times p \times (1 - p)}$$

dove:

N = numerosità della popolazione

z = valore della variabile casuale normale standardizzata per il livello di fiducia desiderato

D = errore ammesso per la stima del parametro

p = proporzione da stimare nella popolazione da studiare (conviene mettersi nella situazione più svantaggiosa, ovvero $p = 0,5$ per il quale il valore di n diventa elevato)

$q = 1 - p$





APPENDICE D

QUESTIONARIO DI
SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI DEL
SERVIZIO DI RICOVERO
OSPEDALIERO ORDINARIO







Descrizione sondaggio: L'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario

Frase iniziale:

Buongiorno/Buonasera, sono.....
..... un rilevatore della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, Lei è? Stiamo svolgendo un'indagine sulla soddisfazione degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero, per conto della Regione Toscana e della Azienda sanitaria (Azienda alla quale l'utente si è rivolto).

Potrei rivolgerLe alcune domande? I risultati di questo studio saranno utili per capire il punto di vista dell'utente e gli aspetti del servizio di ricovero ospedaliero da migliorare. Il Suo numero telefonico è stato comunicato dall'Azienda che ha erogato il servizio.

Si tratta di 10 minuti e per noi è molto importante la Sua collaborazione. Se preferisce possiamo richiamarLa in un altro momento.

Domande:

Come è avvenuto il suo ricovero?

opzioni di risposta :

[01] Singola - Tramite pronto soccorso

[02] Singola - Programmato

L'ospedale era pronto alla sua ammissione in reparto?

opzioni di risposta :

[01] Singola - Sì, completamente

[08] Singola - Abbastanza

[03] Singola - Poco

[04] Singola - Per niente

Come valuta la completezza delle informazioni ricevute al momento del ricovero in ospedale?

opzioni di risposta :

[01] Singola - Totalmente soddisfacente

[02] Singola - Molto soddisfacente





- [03] Singola - Parzialmente soddisfacente
- [04] Singola - Poco soddisfacente
- [05] Singola - Per nulla soddisfacente

Si è sentito a suo agio nel parlare dei suoi problemi di salute con i medici e gli infermieri?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Sì, sempre
- [02] Singola - Qualche volta
- [03] Singola - Mai

Ritiene di essere stato adeguatamente informato sulle sue condizioni di salute e sui trattamenti necessari?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Sì, sempre
- [02] Singola - Qualche volta
- [03] Singola - Mai

Come valuta la cortesia e la disponibilità del personale medico?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Totalmente soddisfacenti
- [02] Singola - Molto soddisfacenti
- [03] Singola - Parzialmente soddisfacenti
- [04] Singola - Poco soddisfacenti
- [05] Singola - Per nulla soddisfacenti

Come valuta la cortesia e la disponibilità del personale infermieristico?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Totalmente soddisfacenti
- [02] Singola - Molto soddisfacenti
- [03] Singola - Parzialmente soddisfacenti
- [04] Singola - Poco soddisfacenti
- [05] Singola - Per nulla soddisfacenti

Le è capitato che i medici che l'hanno seguita le abbiano dato pareri diversi sul suo stato di salute e sui trattamenti da seguire?





opzioni di risposta :

- [01] Singola - Sì, sempre
- [02] Singola - Qualche volta
- [03] Singola - Mai

Le è sembrato che il personale che l'ha seguita durante il ricovero conoscesse la sua storia di ricovero e la sua situazione clinica?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Sì, sempre
- [02] Singola - Qualche volta
- [03] Singola - Mai

Si è sentito coinvolto dalle decisioni relative alle cure e ai trattamenti che la riguardavano?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Sì, sempre
- [02] Singola - Qualche volta
- [03] Singola - Mai

Ha ricevuto dai medici informazioni circa gli eventuali rischi legati alle cure e circa le eventuali alternative possibili?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Sì, sempre
- [02] Singola - Qualche volta
- [03] Singola - Mai

Come valuta l'accuratezza dell'assistenza sanitaria ricevuta dal personale medico?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Totalmente soddisfacente
- [02] Singola - Molto soddisfacente
- [03] Singola - Parzialmente soddisfacente
- [04] Singola - Poco soddisfacente
- [05] Singola - Per nulla soddisfacente

Come valuta l'accuratezza dell'assistenza sanitaria ricevuta dal personale infermieristico?

opzioni di risposta :





- [01] Singola - Totalmente soddisfacente
- [02] Singola - Molto soddisfacente
- [03] Singola - Parzialmente soddisfacente
- [04] Singola - Poco soddisfacente
- [05] Singola - Per nulla soddisfacente

Ritiene che ci sia stata sufficiente comunicazione tra il personale che si è preso cura di lei circa le sue condizioni di salute?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Sì, sempre
- [02] Singola - Qualche volta
- [03] Singola - Mai

Ritiene che le visite e i colloqui sul suo stato di salute con il personale sanitario si siano svolti nel rispetto della riservatezza?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Sì, sempre
- [02] Singola - Qualche volta
- [03] Singola - Mai

Durante la sua degenza ha avuto la sensazione di non essere considerato come una persona?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Sì, sempre
- [02] Singola - Qualche volta
- [03] Singola - Mai

Durante il suo ricovero il personale sanitario le ha chiesto se provava dolore?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Sì, sempre
- [02] Singola - Qualche volta
- [03] Singola - Mai
- [04] Singola - Non ce ne è stato bisogno

Pensa che lo staff dell'ospedale abbia fatto quanto possibile per controllare il suo dolore?





opzioni di risposta :

- [01] Singola - Sì, completamente
- [02] Singola - Solo in parte
- [03] Singola - No
- [04] Singola - Non ce n'è stato bisogno

Come valuta l'organizzazione dell'orario delle visite dei familiari?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Totalmente soddisfacente
- [02] Singola - Molto soddisfacente
- [03] Singola - Parzialmente soddisfacente
- [04] Singola - Poco soddisfacente
- [05] Singola - Per nulla soddisfacente

Come valuta la pulizia degli spazi messi a sua disposizione durante la degenza?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Totalmente soddisfacente
- [02] Singola - Molto soddisfacente
- [03] Singola - Parzialmente soddisfacente
- [04] Singola - Poco soddisfacente
- [05] Singola - Per nulla soddisfacente

Come valuta il comfort della sua camera (letto, temperatura, ecc.)?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Totalmente soddisfacente
- [02] Singola - Molto soddisfacente
- [03] Singola - Parzialmente soddisfacente
- [04] Singola - Poco soddisfacente
- [05] Singola - Per nulla soddisfacente

Gli orari di distribuzione del cibo sono stati adeguati alle sue necessità?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Sì, sempre
- [02] Singola - Qualche volta
- [03] Singola - Mai





Come valuta la gradevolezza del cibo che le è stato offerto in reparto?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Totalmente soddisfacente
- [02] Singola - Molto soddisfacente
- [03] Singola - Parzialmente soddisfacente
- [04] Singola - Poco soddisfacente
- [05] Singola - Per nulla soddisfacente

Quanto tempo prima della sua uscita dal reparto è stato avvisato delle sue dimissioni?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Immediatamente prima
- [02] Singola - Qualche ora prima
- [03] Singola - Il giorno prima
- [04] Singola - Due giorni prima
- [05] Singola - Al momento del ricovero

Ritiene di aver avuto il tempo necessario per organizzare il suo ritorno a casa?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Sì, completamente
- [02] Singola - Solo in parte
- [03] Singola - No
- [04] Singola - Non ce n'è stato bisogno

Al momento delle dimissioni le sono state fornite informazioni sul comportamento da tenere a casa (farmaci, visite di controllo, alimentazione, ecc.)?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Sì, completamente
- [02] Singola - Solo in parte
- [03] Singola - No
- [04] Singola - Non ce n'è stato bisogno

Al momento delle dimissioni sono state fornite al suo medico di famiglia informazioni riguardanti il suo stato di salute e le terapie necessarie?

opzioni di risposta :

720





- [01] Singola - Sì, è stata inviata una lettera al mio medico
- [02] Singola - Sì, mi è stata consegnata una lettera da recapitare al mio medico
- [03] Singola - No
- [04] Singola - Non ne sono a conoscenza

Quanti giorni è stato ricoverato?

opzioni di risposta :

- [01] Testo - Specificare:

Come considera il suo stato di salute attuale?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Totalmente soddisfacente
- [02] Singola - Molto soddisfacente
- [03] Singola - Parzialmente soddisfacente
- [04] Singola - Poco soddisfacente
- [05] Singola - Per nulla soddisfacente

Come valuta complessivamente l'esperienza di ricovero rispetto alle sue aspettative iniziali?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Totalmente soddisfacente
- [02] Singola - Molto soddisfacente
- [03] Singola - Parzialmente soddisfacente
- [04] Singola - Poco soddisfacente
- [05] Singola - Per nulla soddisfacente

Come valuta complessivamente le cure che le sono state prestate?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Totalmente soddisfacenti
- [02] Singola - Molto soddisfacenti
- [03] Singola - Parzialmente soddisfacenti
- [04] Singola - Poco soddisfacenti
- [05] Singola - Per nulla soddisfacenti

Come valuta l'organizzazione del reparto nel suo complesso?

opzioni di risposta :





- [01] Singola - Totalmente soddisfacente
- [02] Singola - Molto soddisfacente
- [03] Singola - Parzialmente soddisfacente
- [04] Singola - Poco soddisfacente
- [05] Singola - Per nulla soddisfacente

In caso di bisogno raccomanderebbe questo reparto a parenti e amici?

opzioni di risposta :

- [01] Singola - Sicuramente sì
- [02] Singola - Probabilmente sì
- [03] Singola - Probabilmente no
- [04] Singola - Sicuramente no

Titolo di studio

opzioni di risposta :

- [01] Singola - nessun titolo
- [02] Singola - licenza elementare
- [03] Singola - licenza scuola media inferiore
- [04] Singola - diploma scuola media secondaria
- [05] Singola - titolo universitario
- [06] Singola - titolo post universitario

Professione

opzioni di risposta :

- [00] Singola - Operaio
- [01] Singola - Impiegato
- [02] Singola - Dirigente
- [03] Singola - Libero professionista
- [04] Singola - Imprenditore
- [05] Singola - Casalinga
- [06] Singola - Pensionato
- [07] Singola - Studente
- [08] Singola - Disoccupato
- [09] Testo - Altro

Ha avuto precedenti esperienza di ricovero nell'arco dell'ultimo anno, escludendo il ricovero oggetto dell'intervista?

opzioni di risposta :

722





- [01] Singola - No, nessuna
- [02] Singola - Sì, una
- [03] Singola - Sì, due
- [04] Singola - Sì, tre
- [05] Singola - Sì, quattro
- [06] Singola - Sì, più di quattro







APPENDICE E

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE
DEL CLIMA INTERNO NELLE AZIENDE
SANITARIE TOSCANE







Il presente questionario si inserisce all'interno del Sistema di Valutazione e Valorizzazione delle Aziende Sanitarie Toscane. Il questionario si compone di 9 sezioni. Per ogni domanda o gruppo di domande si specifica il tipo di risposta richiesta. Nel ringraziarla per la Sua preziosa collaborazione la informiamo che il Laboratorio Management e Sanità sarà garante dell'assoluto anonimato di tutte le informazioni che. Lei ci fornirà rispondendo alle domande seguenti.

0/9 - Informazioni generali

Sesso (campo facoltativo)	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Età	- ▾
Anzianità nell'azienda (anni)	- ▾
Area di appartenenza	- ▾
Zona di appartenenza	- ▾

1/9 - Il mio lavoro

Esprima per ogni affermazione il suo livello di accordo assegnando un punteggio da 1 a 7, dove 1 = totalmente in disaccordo 7 = totalmente d'accordo.

		1	2	3	4	5	6	7	
Mi piace lavorare in quest'Azienda	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
Mi piace il mio lavoro	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
Il mio diretto superiore mi responsabilizza sulla qualità dei risultati/servizi	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
Normalmente ricevo direttive ed istruzioni chiare sull'attività che devo svolgere	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
Mi trovo bene a lavorare nella mia struttura/unità operativa/ufficio	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						

Dei seguenti aspetti scelga i tre che ritiene più importanti (max 3 risposte)





- Avere buoni rapporti con i colleghi
- Avere buoni rapporti con i miei superiori
- Essere coinvolto nell'organizzazione del mio lavoro
- Ricevere una formazione adeguata per la mia attività
- Svolgere un lavoro che corrisponda alle mie aspirazioni
- Sapere che il mio impegno è riconosciuto
- Avere delle responsabilità e poter prendere delle iniziative
- Avere uno stipendio adeguato
- Avere opportunità di promozione o di sviluppo di carriera
- Avere orari di lavoro convenienti

2/9 - Condizioni di lavoro

		1	2	3	4	5	6	7	
Ritengo che nella mia struttura/unità operativa/ufficio, l'ambiente di lavoro (pulizia, spazi, ventilazione, manutenzione, arredi, ..) sia:	totalmente insoddisfacente	<input type="radio"/>	totalmente soddisfacente						
Ritengo che l'atmosfera nel luogo di lavoro (relazioni con colleghi e superiori, essere considerati e apprezzati, ecc.) sia:	totalmente insoddisfacente	<input type="radio"/>	totalmente soddisfacente						
Ritengo che l'organizzazione del mio lavoro sia:	totalmente insoddisfacente	<input type="radio"/>	totalmente soddisfacente						
Ritengo che i miei orari di lavoro siano:	totalmente insoddisfacente	<input type="radio"/>	totalmente soddisfacente						

Quali sono le 3 azioni prioritarie da intraprendere per migliorare le condizioni lavorative nella mia struttura? (max 3 risposte)

- Organizzare meglio gli orari di lavoro
- Aumentare le opportunità formative
- Migliorare l'atmosfera del luogo di lavoro (relazioni con i colleghi e i superiori, essere considerati, ecc.)
- Ridurre il carico di lavoro
- Avere più autonomia nell'organizzare il proprio lavoro
- Acquisire molteplici capacità ed abilità professionali
- Lavorare in un ambiente migliore (spazi, pulizia, ventilazione)

3/9 - Lavoro di gruppo

Esprima per ogni affermazione il suo livello di accordo assegnando un punteggio da 1 a 7, dove 1 = totalmente in disaccordo 7 = totalmente d'accordo.

728





	1	2	3	4	5	6	7	
Se ho qualche problema inerente il lavoro, i colleghi sono pronti ad aiutarmi	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo					
Con i colleghi della mia struttura/unità operativa/ufficio esiste una reale collaborazione	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo					
Fra i reparti/unità di lavoro c'è collaborazione	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo					
Il mio diretto superiore è in grado di gestire situazioni conflittuali	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo					
Il lavoro all'interno del mio gruppo è ben pianificato al fine di raggiungere al meglio gli obiettivi previsti	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo					
Il mio diretto superiore verifica regolarmente le prestazioni del mio gruppo di lavoro	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo					
La Direzione Aziendale sostiene il coordinamento tra unità operative	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo					

4/9 - Comunicazione e informazione

Ritengo di essere informato sui seguenti argomenti:

	1	2	3	4	5	6	7	
I risultati aziendali (economici, sanitari, ecc..)	per niente informato	<input type="radio"/>	totalmente informato					
La soddisfazione dei nostri utenti (cittadini, pazienti, ...)	per niente informato	<input type="radio"/>	totalmente informato					
Gli obiettivi del reparto/unità operativa in cui lavoro	per niente informato	<input type="radio"/>	totalmente informato					
L'organizzazione dell'Azienda in cui lavoro	per niente informato	<input type="radio"/>	totalmente informato					
La qualità dei servizi che eroghiamo	per niente informato	<input type="radio"/>	totalmente informato					
L'opinione esterna sulla mia Azienda	per niente informato	<input type="radio"/>	totalmente informato					
L'organizzazione interna del reparto/unità di lavoro	per niente informato	<input type="radio"/>	totalmente informato					
Le opportunità formative	per niente informato	<input type="radio"/>	totalmente informato					
Le decisioni e le strategie importanti prese dalla Direzione Aziendale	per niente informato	<input type="radio"/>	totalmente informato					
La valutazione della mia prestazione e dei miei risultati	per niente informato	<input type="radio"/>	totalmente informato					
Ha avuto modo di conoscere i risultati dell'indagine di clima dell'anno precedente?	SI	NO						
Conosce il Sistema di Valutazione della Performance in cui si colloca l'indagine di clima interno?	SI	NO						

Da quali delle seguenti fonti d'informazione riceve le notizie riguardanti l'Azienda (max 3 risposte)





Le riunioni di reparto/unità di lavoro	<input type="checkbox"/>
Il mio diretto superiore	<input type="checkbox"/>
Voci, indiscrezioni, ecc.	<input type="checkbox"/>
Le bacheche della Direzione Aziendale	<input type="checkbox"/>
I rappresentanti sindacali	<input type="checkbox"/>
La stampa e la televisione esterna	<input type="checkbox"/>
Newsletter	<input type="checkbox"/>
Il giornalino aziendale	<input type="checkbox"/>
Sito internet	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="text"/>

5/9 - Il management

Esprima per ogni affermazione il suo livello di accordo assegnando un punteggio da 1 a 7, dove 1 = totalmente in disaccordo 7 = totalmente d'accordo.

		1	2	3	4	5	6	7	
Il mio diretto superiore mi dà un riscontro sulla qualità del mio lavoro	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
Il mio diretto superiore organizza con regolarità riunioni interne	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
Posso comunicare liberamente con il mio diretto superiore	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
Il mio diretto superiore mi aiuta a sviluppare le mie capacità	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
Il mio diretto superiore prende in considerazione le mie proposte di miglioramento	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
Il mio diretto superiore ci consulta quando devono essere prese decisioni che riguardano la nostra struttura/unità operativa/ufficio	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
La Direzione Aziendale si interessa dell'andamento della mia unità	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
La Direzione Aziendale è capace di gestire l'Azienda	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						

6/9 - La mia azienda

Esprima per ogni affermazione il suo livello di accordo assegnando un punteggio da 1 a 7, dove 1 = totalmente in disaccordo 7 = totalmente d'accordo.

		1	2	3	4	5	6	7	
La mia azienda offre opportunità di crescita professionale	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
L'azienda incoraggia cambiamenti ed innovazioni	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
La mia azienda incoraggia e facilita la collaborazione fra unità operative/uffici di strutture aziendali diverse	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						





Nel contesto sanitario, ritengo che i fattori più importanti per il futuro della mia azienda siano: (max 3 risposte)

La qualità dei nostri servizi	<input type="checkbox"/>
La situazione economica regionale e nazionale	<input type="checkbox"/>
La nostra produttività	<input type="checkbox"/>
La professionalità delle nostre persone	<input type="checkbox"/>
Il coinvolgimento di ciascuno nel proprio lavoro	<input type="checkbox"/>
Il controllo dei costi	<input type="checkbox"/>
La soddisfazione dei nostri pazienti/cittadini	<input type="checkbox"/>
La capacità dell'azienda di prevedere e reagire ai cambiamenti	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="text"/>

Per ognuno dei seguenti punti, indichi se rappresenta ad oggi un punto di debolezza o di forza della sua azienda

	1	2	3	4	5	6	7		
I servizi erogati	<input type="radio"/>	punto di debolezza	punto di forza						
La capacità dell'Azienda di cambiare	<input type="radio"/>	punto di debolezza	punto di forza						
La capacità dei dipendenti di cambiare	<input type="radio"/>	punto di debolezza	punto di forza						
Il livello delle retribuzioni	<input type="radio"/>	punto di debolezza	punto di forza						
Il livello di competenza dei dipendenti	<input type="radio"/>	punto di debolezza	punto di forza						
La politica di gestione del personale	<input type="radio"/>	punto di debolezza	punto di forza						
Lo spirito di gruppo	<input type="radio"/>	punto di debolezza	punto di forza						
Le condizioni di lavoro	<input type="radio"/>	punto di debolezza	punto di forza						
La motivazione del personale	<input type="radio"/>	punto di debolezza	punto di forza						
L'organizzazione dei reparti/unità di lavoro e dei processi aziendali	<input type="radio"/>	punto di debolezza	punto di forza						
La Direzione Aziendale	<input type="radio"/>	punto di debolezza	punto di forza						
Il sistema di budget	<input type="radio"/>	punto di debolezza	punto di forza						

7/9 - L'evoluzione della mia Azienda

Indichi fra le seguenti voci, quali rappresentano un ostacolo per la realizzazione dei cambiamenti intrapresi dall'Azienda: (max 3 risposte)





Compiti non ben definiti	<input type="checkbox"/>
Mancanza di partecipazione da parte dei dipendenti	<input type="checkbox"/>
Mancanza di partecipazione da parte della Direzione Aziendale	<input type="checkbox"/>
Mancanza di attenzione ai suggerimenti dei dipendenti da parte dei superiori	<input type="checkbox"/>
Scarsa informazione data ai dipendenti in merito ai progetti di cambiamento	<input type="checkbox"/>
Mancanza di spirito critico	<input type="checkbox"/>
Mancanza di comprensione dei bisogni dei pazienti/cittadini	<input type="checkbox"/>
Formazione inadeguata	<input type="checkbox"/>
Mancanza di mezzi, strumenti	<input type="checkbox"/>
Lentezza nel prendere le decisioni	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="text"/>

Per ognuna delle seguenti voci indichi se, negli ultimi due anni, ha notato un cambiamento

	peggiorato			uguale	migliorata		
	1	2	3	4	5	6	7
Efficienza generale	●	●	●	○	●	●	●
Conoscenza degli obiettivi dell'Azienda	●	●	●	○	●	●	●
Relazioni con la Direzione Aziendale	●	●	●	○	●	●	●
Carico di lavoro	●	●	●	○	●	●	●
Possibilità di esprimersi	●	●	●	○	●	●	●
Comunicazioni ed informazioni ai dipendenti	●	●	●	○	●	●	●
Spirito di gruppo nella sua struttura/unità operativa/ufficio	●	●	●	○	●	●	●
Orgoglio di appartenere a quest'Azienda	●	●	●	○	●	●	●
Soddisfazione del paziente/cittadino	●	●	●	○	●	●	●
Morale dei dipendenti	●	●	●	○	●	●	●
Qualità delle prestazioni erogate	●	●	●	○	●	●	●

8/9 - La formazione

Esprima per ogni affermazione il suo livello di accordo assegnando un punteggio da 1 a 7, dove 1 = totalmente in disaccordo 7 = totalmente d'accordo.





		1	2	3	4	5	6	7	
Questa Azienda offre opportunità di formazione	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
Il mio diretto superiore appoggia le mie richieste di formazione	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
La direzione aziendale considera la formazione uno strumento di sviluppo del personale	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
Le attività formative a cui partecipo mi aiutano nel mio lavoro	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
Negli ultimi due anni ho partecipato a percorsi formativi organizzati da istituzioni esterne all'azienda	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
Negli ultimi due anni ho partecipato a percorsi formativi organizzati dall'azienda	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						

9/9 - Il Budget

Nella mia azienda esiste un sistema di programmazione mediante budget

no si non so

se la risposta è si

		1	2	3	4	5	6	7	
Nella mia azienda è usato il sistema di budget	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
Gli obiettivi della mia struttura/unità operativa/ufficio che sono formalizzati nel budget sono condivisi	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
Ho partecipato alle riunioni della mia struttura/unità operativa per la definizione degli obiettivi di budget	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
Esistono efficaci momenti di verifica sul raggiungimento degli obiettivi di budget durante l'anno	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						
Gli obiettivi di budget aiutano ad orientare il mio lavoro	totalmente in disaccordo	<input type="radio"/>	totalmente d'accordo						

Nel mio reparto/unità di lavoro sono importanti gli obiettivi di: (max 3 risposte)

- Riduzione dei costi
- Aumentare la produttività
- Rispetto degli orari di lavoro
- Miglioramento della qualità dei servizi
- Miglioramento della comunicazione con l'utenza
- Riduzione dei conflitti tra colleghi
- Miglioramento dei processi di integrazione con altre strutture per migliorare i servizi all'utenza

Inviare il modulo?







MARCO FREY

CONCLUSIONI

Lo scopo delle conclusioni di un'opera è di norma quello di sintetizzare quali siano stati i risultati raggiunti nello svolgimento della stessa e quali interrogativi rimangano aperti per il futuro.

In questa prospettiva occorre prendere il via dalle ipotesi del presente volume e della nostra ricerca.

Le possiamo rintracciare nel primo capitolo di Sabina Nuti, dove dopo aver evidenziato la crescente rilevanza del settore sanitario nel sistema economico, si sottolinea la necessità di strumenti di supporto alle decisioni dei *policy maker* e dei manager chiamati a gestire un sistema così importante per il benessere economico e sociale.

Nella sanità possiamo infatti individuare il settore di attività in prospettiva più rilevante, destinato a passare da un già rilevante peso del 7,5% sul PIL (dato attuale per l'Italia e per la Toscana) ad un 15% (dato già quasi raggiunto negli USA), l'ambito in cui la domanda di servizi crescerà esponenzialmente (in funzione anche dell'invecchiamento della popolazione), in cui la tecnologia sarà chiamata ad apporti innovativi essenziali, un settore che sarà sempre più essenziale non solo per la qualità della vita, ma anche per la competizione tra territori e l'attrazione del capitale intellettuale.

Questo ambito, che già pesa per il 70% sui bilanci delle regioni, sarà proprio per questo motivo soggetto ad una sempre più maggiore attenzione nei confronti delle proprie prestazioni, sia da parte di chi deve governarlo che da parte di chi ne riceve i servizi.

L'ipotesi di partenza è che le prestazioni dei servizi sanitari possano essere valutate per migliorarne la qualità complessiva. Il problema metodologico riguarda sia il cosa che il come valutare.





Relativamente al cosa, i confini potenziali dell'oggetto da valutare risultano estremamente ampi. Innanzitutto lo scopo prefissato non è tanto quello di valutare un'azienda sanitaria individualmente intesa, ma un intero sistema sanitario a livello territoriale. In secondo luogo non si tratta tanto di misurare l'efficacia delle cure, ma i risultati complessivi in termini di miglioramento della salute della popolazione: obiettivo che presuppone oggi un'attenzione prioritaria alla prevenzione. In terzo luogo ciò che deve essere valutato è riconducibile ad una funzione multiobiettivo in cui efficienza ed efficacia si devono accompagnare ad equità, continuità, appropriatezza, partecipazione.

Ne consegue che anche in termini del come è necessario disporre di uno strumento metodologico flessibile che consenta la valutazione integrata multidimensionale di un sistema i cui *outcome* sono correlati in modo non lineare (nello spazio e nel tempo) alle azioni messe in opera.

La scelta effettuata diversi anni fa è stata quella di utilizzare uno strumento di supporto alle decisioni che accompagnasse l'azione del decisore pubblico, consentendogli di esplicitare, monitorare, confrontare, migliorare i risultati delle proprie azioni, nell'ambito di un sistema di conoscenze collettive che gradualmente si è andato consolidando.

Il punto di partenza è stata la Balanced Scorecard, adattata però alle specificità del sistema sanitario, grazie anche ad alcune esperienze internazionali, descritte nella seconda parte di questo volume.

L'adattamento, come evidenziato da Sabina Nuti, ha riguardato in particolare la complessa mappa strategica delle relazioni di causa-effetto tra processi e performance, in cui l'esperienza dell'Ontario ci è stata di grande utilità.

Il percorso sinora fatto è stato però lungo, in quanto è risultato necessario costruire gradualmente, ma anche attraverso un continuo succedersi di *trial and error*, quella base di conoscenze che ha consentito di alimentare e migliorare il sistema di valutazione della Regione Toscana. Il tempo costituisce, anche di per sé, una dimensione rilevante per misurare l'*outcome*, in quanto solo su un arco temporale di medio periodo diventa possibile leggere le correlazioni tra





decisioni e *outcome* in un sistema complesso quale quello sanitario.

Oggi però l'ipotesi, testata nel contesto toscano e discussa nel presente volume, è che questo metodo di valutazione funzioni, seppur con alcuni limiti che è bene ribadire.

Innanzitutto è necessario avere un decisore di riferimento, che dia valore allo strumento per consentirgli di essere un vero misuratore del valore creato. Nel nostro laboratorio (la Regione Toscana) questo decisore in questi anni c'è stato ed è stato lui il primo protagonista (utilizzatore, promotore, interprete) dello sviluppo del sistema di valutazione. Nel volume avete potuto leggere una sua sintetica, ma efficace, descrizione degli elementi chiave di tale sviluppo.

In secondo luogo il metodo deve essere applicato ad un sistema coeso e orientato al miglioramento continuo. Ogni indicatore infatti per funzionare deve essere condiviso e preso sul serio. Se ciò vale in un'impresa, ciò è ancora più essenziale in un sistema complesso dove le forze centrifughe possono delegittimare ogni tentativo di confronto e misurazione orientato al miglioramento delle prestazioni. In un sistema coeso è possibile, inoltre, applicare con grande efficacia il *benchmarking*, così come è stato evidenziato nella parte terza del volume.

Infine occorre porre dei limiti, nella prospettiva simoniana, al campo oggetto della valutazione. Per quanto sia sempre più necessario in un'ottica di prevenzione considerare la dimensione allargata della sanità territoriale, oppure entrare in profondità nelle diverse componenti del sistema sanitario, oppure ancora ampliare i fruitori della valutazione, la focalizzazione, la semplificazione e la sintesi sono state una condizione necessaria per la nostra sperimentazione.

Nel tempo poi questi limiti possono progressivamente essere superati, come ci hanno anche dimostrato l'esperienza decennale dell'Ontario, descritta da Brown, o quella dell'Agenzia Valenciana della Salute, descritta da Gomez Soriano, o anche quella inglese, illustrata da Bevan.

Le sfide che oggi ci attendono possono essere lette proprie nella prospettiva dell'estensione di questi limiti.

Partendo, in senso inverso, dall'ultimo limite citato,





quello dell'estensione dei fruitori, proprio in questi mesi si è iniziata a sperimentare la diffusione a tutti i cittadini dei risultati della valutazione. Non è solo un passo avanti nella direzione dell'*accountability* di un servizio pubblico, ma diviene anche una modalità per ridurre le asimmetrie informative tra utente e fornitore del servizio, creando le premesse per una maggiore partecipazione al miglioramento della prevenzione. La diffusione delle informazioni ai cittadini può generare, attraverso l'attivazione di meccanismi reputazionali, un'ulteriore spinta verso il miglioramento dei risultati, come illustrato nell'esperienza inglese.

Il superamento del limite della profondità su ciascuna componente è una sfida continua. Il sistema di valutazione qui descritto ha già in realtà una struttura modulare e "a scatole cinesi", che consente diversi livelli di profondità in funzione della tipologia di fruitori, restano numerose le opportunità di approfondimento su diverse dimensioni del "bersaglio". Ovviamente ciò deve essere fatto tenendo conto del trade-off che esiste tra focalizzazione ed esaustività (soprattutto nell'ambito delle scelte strategiche di sistema).

Un ulteriore limite da affrontare riguarda la dimensione socio-sanitaria allargata nel territorio. Ciò significa estendere la valutazione sia all'operato di singoli professionisti (il che richiede strumenti diversi da quelli utilizzati per organizzazioni strutturate), sia alla dimensione socio-sanitaria nella prospettiva di quei Piani Integrati di Salute che la Regione Toscana ha introdotto negli ultimi anni.

Dal capitolo di Tedeschi e dalle esperienze straniere si può dedurre quanto possa essere complesso allargare in questa direzione il sistema di valutazione, d'altra parte questa scelta può essere particolarmente auspicabile per consentire di migliorare i risultati in termini di prevenzione primaria.

Vi è infine una quarta sfida a cui il Laboratorio MES è stato chiamato, con le sue limitate forze, che riguarda la sperimentazione del sistema di valutazione al di fuori dei confini regionali. Questa è una grande opportunità per ridefinire un percorso di selezione, condivisione, valorizzazione di indicatori, tenendo conto delle specificità dei diversi





contesti territoriali, ma potrebbe anche mostrare come, in mancanza di alcune delle peculiarità che abbiamo in precedenza evidenziato, un sistema di valutazione e di supporto alle decisioni quale quello sviluppato in Toscana non sia più adeguato. Siamo attratti dalla sfida, ma anche consapevoli delle difficoltà che essa potrà portare con sé.







RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI





BIBLIOGRAFIA GENERALE

- AA.VV. [2001a], *Identificación de un conjunto de indicadores claves de calidad en el ámbito hospitalario según el Modelo Europeo de Excelencia (Modelo EFQM de Excelencia)*, Club Gestión de Calidad.
- AA.VV. [2001b], *Western Canada Waiting List Project: From Chaos to Order: Making Sense of Waiting Lists in Canada. Final Report.*
- AA.VV. [2004], *Developing a National performance indicator framework for the ducht health system*, in «International Journal for Quality in Health Care», vol. 16, n. 1
- AA.VV. [2005], *US health system performance: a national scorecard*, Millwood, Health Aff.
- AA.VV. [2007], *Pay for Performance, Quality of Care, and Outcomes in Acute Myocardial Infarction*, in «JAMA Journal of the American Medical Association», Vol. 297 No. 21, June 6, pp. 2373-2380.
- Acheson, D. [1998], *Inequality in Health Report*, London, The stationary office, Department of Health.
- Airoldi, G. [1980], *I sistemi operativi*, Milano, Giuffrè.
- American College of Obstetricians and Gynecologists Task force on Cesarean Delivery Rates [2000], *Evaluation of Cesarean Delivery*, Washington DC, ACOG.
- Amiconi, F. [1979], *I sistemi di controllo direzionale, criteri di progettazione e di impiego*, Milano, Franco Angeli.
- Ananth, S. [2008], *Healthy environment, healthy patient. Hospitals & Health Networks.*
- Ancona, A., Barretta, A., Signorini, S., [2002], *I raffronti interaziendali dei dati di costo in sanità: l'esperienza della Regione Toscana*, MECOSAN, n. 44.
- Andrews, R., Boyne, G.A., Walker, R.M. [2006a], *Strategy content*



- and organizational performance: an empirical evaluation*, in «Public Administration Review», n. 66, pp. 52-63.
- Andrews, R., Boyne, G.A., Walker, R.M. [2006b], *Subjective and Objective measures of organizational performance: an empirical exploration*, in *Public Service Performance. Perspectives on Measurement and Management*, Boyne, G.A. et al., Cambridge, Cambridge University Press.
- Anthony, R.N., Young, D.W. [1984], *Management control in Non-profit Organizations*, New York, Irwin; trad. it. *Non Profit – Il controllo di gestione*, Milano, McGraw Hill, 2002.
- Arcelay, A. [2000], *Adaptación de un modelo de gestión de calidad total al sector sanitario*. Rev Calidad Asistencial.
- Atkinson, A.A., Waterhouse J.H., Wells, R.B. [1997], *A Stakeholder Approach to Strategic Performance Measurement*, MIT Sloan Management Review, Vol. 38, No. 3, pp. 25–37.
- Atun, R. [2004], *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Auditor General of Canada [1999], *Addressing attribution through contribution analysis: using performance measures sensibly*, Ottawa.
- Baccarani, C. [1995], *Qualità e aziende di pubblico servizio: la carta dell'utente*, in *Saggi sulla qualità nell'economia d'impresa*, a cura di Baccarani, C., Padova, Cedam.
- Badia, J.G. [2007], *Basta de "clicar" casillas*, Aten, Primaria.
- Baibergenova, K.L., Jokovic, A., Gushue, S. [2006], *Missed Opportunity: Patients Who Leave Emergency Departments without Being Seen*, Healthcare Policy/Politiques de Santé.
- Bailit, J.L., Love, T.E., Mercer, B. [2004], *Rising cesarean rates: are patients sicker?* American Journal of Obstetrics and Gynecology.
- Baker, G.R. et al. [2007], *Automated Review of Electronic*





- Health Records to Assess Quality of Care for Outpatients...*, in «Ann Intern Med».
- Baker, G.R., Pink, G.H. [1995], *A balanced scorecard for Canadian hospitals. Healthcare Management Forum*.
- Banchieri, G. (a cura di) [2005], *Confronti pratiche di benchmark nella sanità pubblica italiana*, Roma, IEP.
- Bañeres, J. [2003], *Sistemas Internacionales de evaluación externa*, in «Revista de Calidad Asistencial», n. 18, pp.69-71.
- Baraldi, S. [2005], *Il balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, Milano, McGraw-Hill.
- Barbini, N., Beretta, G.G., Minnucci, M.P., Andreani, M. [2003], *Assenteismo dal lavoro: analisi dell'ultimo trentennio in Italia*, Difesa Sociale, vol. LXXXII, nn. 1 – 2.
- Barbini, N., et al. [2006], *Le principali patologie causa di assenza dal lavoro. Analisi della banca dati INPS*, Ancona, INRCA-IRCCS.
- Barlett, E. [1995], *Cost-benefit Analysis of patient education*, Patient Education and Counselling, vol. 26, pp. 87-91.
- Baroncini, D., et al. [2006], *La nascita in Emilia-Romagna. 3° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP)*.
- Barretta, A., [2004] *L'unità nella diversità. La «dimensione sovraziendale» del controllo di gestione delle aziende sanitarie*, Padova, CEDAM.
- Barretta, A., Vagnoni, E. (a cura di) [2005], *Il benchmarking in ambito sanitario*, Padova, CEDAM.
- Bartolini, M. [2007], *Irccs col fiato corto: in pochi fanno ricerca*, in «Sole 24 ore Sanità», 4-10 settembre 2007.
- Basevi, V., Baroncini, D. [2004], *Taglio cesareo elettivo: epidemiologia e tendenze. In: Alberico S., Wisenfeld U. Taglio cesareo. Dalle linee guida al caso clinico*, Trieste, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.
- Beach, M.C., et al. [2005], *Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence and receipt of preventive care?*, in «Ann Fam Med», 3, pp. 331-338.
- Beach, M.E., Woods, J., Burt, G. [1996], *Monitoring*





- computer-assisted telephone interviewing at the U.S. Bureau of the Census*, Proceedings of Statistics Canada Symposium 96: Non-sampling errors, Statistics Canada.
- Bell, J.S., *et al.* [2001], *Can obstetric complications explain the high levels of obstetric interventions and maternity service use among older women? A retrospective analysis of routinely collected data*, in «BJOG».
- Berg, M., *et al.* [2005], *Developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals*, in «Health Policy».
- Berg, M., *et al.* [2006], *The right incentives for high-quality, affordable care: a new form of regulated competition*, in «International Journal for Quality in Health Care», n. 18, New York, Oxford University Press.
- Berwick, D.M., *et al.* [2003], *Connections between quality measurement and improvement*, in «Med Care 41».
- Betrán, A.P., *et al.* [2007], *Rates of caesarean section: analysis of global, region and national estimates*, in «Pediatric and Perinatal Epidemiology».
- Bevan, G. [2006], *Setting Targets for Health Care Performance: lessons from a case study of the English NHS*, in «National Institute Economic Review», n. 197.
- Bevan, G., Hood, C [2006a], *What's measured is What Matters: Targets and gaming in the English public health care system*, in «Public Administration», vol. 84.
- Bevan, G., Hood, C. [2006b], *Have targets improved performance in the English NHS?*, in «British Medical Journal», n. 332.
- Bindman, A., Weiner, J., Majeed, A. [2001], *Primary care groups in the United Kingdom: quality and accountability*, Health Affairs, vol. 20, n. 3.
- Bindman, B., *et al.* [1991], *Consequences of queuing for care at a public hospital emergency department*, in «JAMA» Vol. 266, No. 8
- Boldrini R., Di Cesare, M., Tamburini, C., [2007] *Certificato di Assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita – Anno 2004*, pubblicazione Ministero della Salute.





- Bonanni, P. *et al.* [2002], *Epidemiologia e prevenzione delle malattie infettive*, in *Igiene e Sanità Pubblica. Manuale per le professioni sanitarie*, Comodo, N., Maciocco, G., Roma, CarrocciFaber Editore.
- Borgonovi, E. [1996a], *I principi dell'azienda nell'economia pubblica, Introduzione*, in *Ripartire dall'azienda, Atti del convegno dedicato al prof. Carlo Masini*, Milano, Egea.
- Borgonovi, E. [1996b], *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Boudreaux, E.D., Mandry, C.V., Wood, K. [2003], *Patient Satisfaction Data as a Quality Indicator: A Tale of Two Emergency Departments*, *Academic Emergency Medicine*, Volume 10, Issue 3.
- Boyne, G.A. [2003], *Sources of public service improvement: a critical review and research agenda*, in «*Journal of Public Administration Research and Theory*», n.13.
- Bravemann, P. [2003], *Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework*, *Journal of Health, Population and Nutrition* 21.
- British Medical Association [2007], *Quality and outcomes framework guidance: summary of indicators-clinical domain*, UK.
- Broemeling, A., *et al.* [2006], *Measuring the performance of primary health care: Existing capacity and future information needs*, Vancouver, University of British Columbia: Centre for Health Services and Policy Research.
- Brown, A., *et al.* [2001], *Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: A method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics*, *Canadian Journal of Public Health*, vol. 92, n. 2.
- Brown, A., Pink, G. [2005], *Il progetto Hospital Report in Ontario*, in *Il balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, a cura di Baraldi, S., Milano, McGraw-Hill.
- Brown, A.D., *et al.* [2003], *Hospital Report 2001. A Balanced Scorecard for Ontario Hospitals*, Toronto, Ontario Hospital Association and Government of Ontario.
- Brown, A.D., *et al.* [2005], *Acute care hospital strategic prio-*





- rities: perceptions of challenges, control, competition and collaboration in Ontario's evolving healthcare system, Healthcare Quarterly.*
- Bruni, A., Fasol, R., Ghepari, S., [2007], *Accesso ai servizi sanitari. Traiettorie, differenze, disuguaglianze*, Roma, CarrocciEditore.
- Bubbio, A. [1988], *I sistemi di pianificazione e controllo e i meccanismi di incentivazione: le congiunzioni*, in *Misurazioni d'Azienda*, a cura di Amiconi, F., Milano, Giuffrè.
- Burchell, B., Marsh, C. [1992], *The effect of questionnaire length on survey response*, *Quality and Quantity Journal*, Vol. 26, No. 3.
- Butera, F. [2000], *Dalle occupazioni industriali alle nuove professioni*, Milano, Franco Angeli.
- Callahan, K., Holzer, M. [1999], *Results oriented Government: citizen involvement in performance measurement*, in *Performance and quality measurement in Government: Issues and experiences*, Halachmi A., Burke, VA, Chatelaine Press.
- Camilli, A.E., Robbins, D.R., Lebowitz, M.D. [1991], *Death certificate reporting of confirmed airways obstructive disease*, *Am J Epidemiol*.
- Caminal, J., et al. [2004], *The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions*, *European Journal of Public Health*, vol. 14, n. 3.
- Camp, R.C. [1989], *Benchmarking: the search for industry best practices that lead to superior performance*, New York, Quality Resources.
- Campbell, J. [2007], *Provision of primary care in different countries*, editorial, *BMJ* 16 June, vol. 334.
- Campbell, J., et al. [2007], *Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance*, *New England Journal of Medicine*, vol. 352, n.2.
- Cape, J., [2002], *Consultation length, patient - estimated consultation length and satisfaction with the consultation*, in «*British Journal of general Practice*».



- Caramello, C. [1993], *Indici di bilancio*, Milano, Giuffrè.
- Carlsen, B., Aakvik, A. [2006], *Patient involvement in clinical decision making: the effect of GP attitude on patient satisfaction*, Health Expectations Volume 9, Issue 2, pp. 148-157
- Casotto, V., Cuttini, M., Genovese, I. [2005], *Il percorso nascita - Risultati dello studio in Toscana Documenti ARS*, Agenzia Regionale Sanità Toscana.
- Casparie, A.F., et al. [1987], *Health-care providers resolve clinical controversies: the Dutch consensus approach*, Aust Clin Rev.
- Cassell, C., Symon, G. [2004], *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research*, London, Sage.
- Catherine, A.M. [2005], *Patient Satisfaction: Variables Contributing to Emergency Department Patient Satisfaction*, Academic Emergency Medicine Volume 12.
- Catlin, G., Ingram, S., Hunter, L. [1988], *The effects of CATI on cost and data quality*, in *Symposium 88: The impact of High technology on Survey Taking*, Statistics Canada.
- Cavalieri, E. [2000], *La valutazione dell'equilibrio economico: la redditività aziendale*, in *Economia Aziendale - vol. I*, Cavalieri, E., Ferraris Franceschi, R., Torino, Giappichelli.
- CEIS [2007], *Rapporto CEIS, Sanità 2007*.
- Cerasuolo, D., Nuti, S. [2008], *Metodo per la gestione di indicatori multidimensionali di performance di aziende e servizi, domanda di Brevetto*.
- Chaix-Couturier, C., et al. [2000], *Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues*, in «International Journal for Quality in Health Care», n. 12.
- Chang, L., Lin, S.W., Northcott, D.N. [2002], *The NHS Performance Assessment Framework. A balanced scorecard approach?*, in «Journal of Management in Medicine», Vol.16.
- Chassin, M.R. [2002], *Achieving And Sustaining Improved Quality: Lessons From New York State And Cardiac Surgery*, Health Affairs, vol.21, n. 4.



- Chernichovsky, D. [1995] *Health system reform in industrialized democracies: an emerging paradigm*. Milbank Quarterly, 73.
- Chiaro, M. [1996], *I sondaggi telefonici*, Roma, CISU.
- CIHI [2001], *Hospital Report*, Technical summary.
- Cinquini, L. [2003], *Strumenti per l'analisi dei costi*, Torino, Giappichelli.
- Cinquini, L., Miolo Vitali, P., Nuti, S. (a cura di) [2002], *La dinamica economico finanziaria delle aziende sanitarie toscane: analisi a confronto*, in «I Quaderno dell'Osservatorio di Change Management in Sanità - Scuola Superiore Sant'Anna», Milano, Franco Angeli.
- Cinquini, L., Nuti, S., Boccaccio, A., Vainieri, M. [2005], *Il confronto di performance economico-finanziarie tra aziende sanitarie: l'esperienza della Regione Toscana*, in «MECOSAN», n.54.
- Cinquini, L., Pescini, L. [2005], *Il reporting consolidato di Area Vasta nell'esperienza della Regione Toscana*, MECOSAN, n.56.
- Cislaghi, C., [1994], *L'equità nel sistema Sanitario italiano*, in *L'equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in Italia*, Costa et al., Fondazione Smith Kline, Milano, Franco Angeli.
- Cislaghi, C., Pisani, E., Tediosi, F. [2003], *L'allocatione delle risorse alle aziende sanitarie locali: il caso della Regione Toscana*, MECOSAN, n.45.
- Clark, C.Z.F., Martin, J., Bates, N. [1998], *Development and implementation of CASIC in government statistical agencies*, in «Computer Assisted Survey Information Collection», Couper, M.P., et al., New York, Wiley & Sons.
- Coda, V. [1990], *Il problema della valutazione della strategia*, in «Economia e Management», n. 12.
- Collopy, B.T. [1990], *Developing clinical indicators: the ACHS Care Evaluation Program*, Aust Clin Rev.
- Comodo, N., Maciocco, G. [2002], *Igiene e sanità pubblica. Manuale per le professioni sanitarie*, Roma, Carrocci-Faber Editore.
- Corbetta, P. [1999], *Metodologie e Tecniche della ricerca sociale*, Bologna, Il Mulino.



- Corrao, S. [2000], *Il focus group*, Milano, Franco Angeli.
- Cortes, J.A., et al. [2001], *Análisis del liderazgo en atención primaria mediante el modelo EFQM, con motivo de la realización de un plan estratégico*, Cuadernos de Gestión.
- Costa, G., Faggiano, F. (a cura di) [1994], *L'equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in Italia*. Fondazione Smith Kline, Milano, Franco Angeli.
- Costa, G., Guibitta, P. [2004], *Organizzazione aziendale, mercati, gerarchie e convenzioni*, Milano, McGraw-Hill.
- Costello, A.B., Osborne, J.W. [2005], *Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis*, Practical Assessment, Research & Evaluation 10/7.
- Coulter, A., Magee, H. [2003], *The European patient of the future*; Open University Press.
- Couper, M.P., Burt G. [1994], *Interviewer attitudes toward Computer assisted personal interviewing [CAPI]*, in *Social Science Computer Review*, Durham, NC, Duke University Press.
- Couper, M.P., Burt, G. [1993], *Interviewer reactions to computer-assisted personal interviewing*, in *Proceedings of the Annual Research Conference*, Bureau of the Census.
- Couper, M.P., Horm, J. [1997], *Using trace files to evaluate the National health interview survey CAPI instrument*, in *Proceedings of the section on survey research methods*, American Statistical Association.
- Couper, M.P., Nicholls, W.L. II [1998], *History and development of computer assisted survey information collection*, in *Computer Assisted Survey Information Collection*, Couper, M.P.,
- Cross, E., et al. [2005], *Rationing in the emergency department: the good, the bad, and the unacceptable*, Emerg Med J 22.
- Crozier [1987], *Etat modeste, état moderne: Stratégie pour un autre changement*, Paris, Fayard.
- CSPO [2007], *Screening oncologici: dati definitivi relativi agli utenti invitati dai programmi nell'anno 2006*.



- Cullis, J.C., Jones, P.R. Popper, C. [2000], *Waiting list and medical treatment: Analysis and Policies*, in *Handbook of Health Economic*, vol.1, Amsterdam, Elsevier Science B.V.
- D'Amato, A. [2003], *La ricerca/intervento nelle organizzazioni*, in *Il clima organizzativo*, a cura di Majer, V., Barocci, G., Roma, Carocci.
- D'Amato, A., Majer, V. [2005], *Il vantaggio del clima*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Dal Negro, R., Rossi, A., Cerveri, I. [2003], *The burden of COPD on Italy: results from the Confronting COPD survey*, *Respir Med* 97, Suppl. C.
- Daly, H.E., Cobb, J.B., Cobb, C.W. [2007], *For the common good: redirecting the economy toward community, the environment, and a sustainable future.*, Boston, Beacon Press.
- David, L.M. [1997], *Focus Groups as Qualitative Research*, London, Sage.
- David, M., Mannino, M.D. [2003], *Chronic obstructive pulmonary disease: definition and epidemiology*, *Respiratory Care.*, 48.
- Dawson, S., et al. [2007], *Engaging with care - a vision for the health and care workforce of England*, London, The Nuffield Trust.
- De Lancer, P.J. [2006], *Performance measurement, an effective tool for government accountability? The debate goes on*, in *Evaluation*, vol. 12, n. 2, London, Sage.
- De Maeseneer, et al. [2007], *Primary health care as a strategy for achieving equitable care, a literature review commissioned by Health Systems Knowledge Network*, WHO.
- Desai, M. [1993], *Income and alternative measures of well-being*, in *Monitoring social progress in the 1990s*, Westendorff, D.G., Ghai D., Brookfield-Averbury, UNRISD.
- Dillman, D. [1978], *Mail and Telephone Survey. The total design method*, New York, Wiley.



- Docteur, H., Oxley, H. [2003], *Health-care systems: lessons from the reform experience*, Paris, OECD health working papers.
- Donabedian, A. [1972], *Models for organizing the delivery of personal health services, and criteria for evaluating them*, New York, Milbank Quarterly.
- Donabedian, A. [1980], *Explorations in quality assessment and monitoring Volume 1: The definition of quality and approaches to its assessment*, Michigan, Health Administration Press, Ann Arbor.
- Donati, S., Andreozzi, S., Grandolfo, M.E. [2001], *Valutazione dell'attività di sostegno e informazione alle partorienti: indagine nazionale. Rapporti ISTISAN 01/5*, Roma, Istituto Superiore di sanità.
- Donati, S., et al. [1999], *L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia*, Annuale Istituto Superiore Sanità, vol.35.
- Donato, F., et al. [1991], *Factors associated with non-participation of women in a breast cancer screening programme in a town in northern Italy*, Journal of Epidemiology and Community Health, 45.
- Donohue, K.R., Clayton, R.L., Werking, G.S. [1992], *Integrating CATI centers in a decentralised data collection environment*, in *Proceedings of the Section on Survey Research Methods*, American Statistical Association.
- Doran, T.T., et al. [2006], *Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom*, New England Journal of Medicine.
- Dranove, D., et al. [2003], *Is More Information Better? The Effects of "Report Cards" on Health Care Providers*, "Journal of Political Economy", vol. 111, n. 3.
- Drew, J., Douglas, D.P., Switzer, K. [1989], *Development and testing of telephone survey methods for household surveys at Statistics Canada*, in *Proceedings of the Section on Survey Research Methods*, American Statistical Association.
- Dubbini, L., et al. [2003], *Il percorso nascita nella Regione Marche*, Agenzia Regionale Sanitaria-Regione Marche.



Dudley, R.A., *et al.* [2004], *Broadhead Incentives for quality improvement*, Millwood, Health Aff 23.

Edwards, T.P., Suresh, R., Weeks, M.F. [1998], *Automated call scheduling: current systems and practices*, in Couper. M.P., Baker. R.P., Bethlehem. J., Clark. C.Z.F., Martin. J, Nicholls. II W.L., O'Reilly. J.M. [1998], *Computer Assisted Survey Information Collection*, John Wiley & Sons.

Edwards, W.S., Cunningham, P. [1994], *Scheduling initial calls in a telephone survey of businesses. Proceedings of the section on survey research methods*, American Statistical Association.

Engels, Y., *et al.* [2005], *Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe*, in «Family Practice-an international journal», 18 February 2005, pp. 215-222.

Fabbris, L. [1989], *L'indagine campionaria. Metodi, disegni e tecniche di campionamento*, Roma, La Nuova Italia Scientifica.

Farneti, G. [1995], *Introduzione all'economia dell'azienda pubblica*, Torino, Giappichelli.

Farneti, G., Mazzara, L., Savioli, G. [1996], *Il sistema degli indicatori negli enti locali*, Torino, Giappichelli.

Federazione Italiana Medici di Famiglia [2007], *La Rifondazione della Medicina Generale*, Roma.

Ferrer, R.L., Hambidge, S.J., Maly, R.C. [2005], *The essential role of generalist in health care systems*, in «Ann Intern Med», 142, pp. 691-699.

Ferrero, G., *et al.* [1998], *Le analisi di bilancio. Indici e flussi*, Milano, Giuffrè.

Ferretti, M. [2004] *Le aziende ospedaliero-universitarie: finanziare la mission e sviluppare l'efficienza*, paper presentato al Convegno AIES I livelli di governo della sanità novembre.

Fitzgerald et al. [1991], *The Chartered Institute of Manage-*





- ment Accountants*, London, The Chartered Institute of Management Accountants.
- Flamholtz, E.G. [1979], *Organizational Control Systems as a Managerial Tool*, in «California Managerial Review».
- Fleetcroft, R., Cookson, R. [2006], *Do incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains?*, in «J Health Serv Res Policy», 11.
- Fowler F.J. [1988], *Survey research methods*, vol. 1, SAGE Publication, Applied social research methods, Beverly Hills
- Fowler, F.J. [1984], *Survey research method*, Newbury Park, London, Sage.
- Fox, J., Long, J.S. (a cura di) [1990], *Modern Methods of Data Analysis*, London, Sage.
- Fox, P., Brogan, G.X., Thode, H.C. [2000], *Improving Patient Satisfaction in the Emergency Department. The Effect of Advising Patients of Estimated Length of Stay at Triade*, in «Academic Emergency Medicine», Volume 7, Number 5 519.
- Frenk, J. [1994], *Dimensions of health system reform*, Health Policy, n. 27, pp. 19-34.
- Frey, M., Meneguzzo, M. [2006], *La sanità come motore dello sviluppo economico*, Paper presentato al Convegno AIES.
- Fries, J.F., *et al.* [1998], *Beyond Health Promotion: Reducing need and demand for medical care*, in «Health Affairs», vol. 17, n. 2, pp. 70-84.
- Fry A.M., *et al.* [2005], Trends in Hospitalizations for Pneumonia Among Persons Aged 65 Years or Older in the United States 1988-2002, in «JAMA», 294, pp. 2712-2719.
- Garlatti, A. [1992], *Qualità e immagine nell'economia delle aziende sanitarie*, in «Azienda Pubblica», n. 1, aprile 1992.
- Germinarlo, *et al.* [2001], *Igiene e Sanità Pubblica*, Volume LMII N. 3.





- Gerteis, M., *et al.* [2004], *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care* in «Jossey-Bass».
- Giannessi, E. [1961], *Interpretazione del concetto di azienda pubblica*, in *Saggi di economia aziendale e sociale in memoria di Gino Zappa*, AA.VV., Milano, Giuffrè.
- Gibson, B., *et al.* [2001], *Hospital Report. Preliminary Studies – Volume One Exploring: Rehabilitation*, Toronto, Ontario Hospital Association and Government of Ontario.
- Gilbert, P., Andrault, M. [1984], *Controler la gestion ou evaluer les politiques?*, Paris, Printemps.
- Goldacre, M.J., Lee, A., Don, B., [1987] *Waiting list statistic I: relation between admissions from waiting list and length of waiting list*, in «British Medical Journal».
- Golgwag, R., *et al* [2002], *Predictors of patient dissatisfaction with emergency care*, in «Isr Med Assoc J.», Volume 4, pp. 603-606.
- González López-Valcárcel, B. [2005], *Métodos cuantitativos y “benchmarking”: su utilidad para orientar las políticas públicas*, in «ECONOMIAZ: Revista vasca de economía», n° 60, pp. 122-139.
- Greve, H.R. [2003], *Organizational learning from performance feedback*, Cambridge, Cambridge Press.
- Groves, R.M. [1989], *Survey errors and survey costs*, New York, Wiley and Sons.
- Groves, R.M., Lyberg, L.E. [1988], *An overview of nonresponse issues in telephone surveys*, in Groves, R.M, *et al.*, *Telephone Survey methodology*, New York, Wiley and Sons.
- Groves, R.M., Nicholls, W.L. II [1986], *The status of Computer-assisted Telephone Interviewing: Part II-Data quality issues*, in «Journal of Official Statistics», Statistics Sweden.
- Groves, R.M., Tortora, R.D. [1998], *Integrating CASIC into existing designs and organisations: a survey of the field*, in *Computer Assisted Survey Information Collection*, Couper, M.P., *et al.*, New York, Wiley and Sons.





- Halbert, R.J., *et al.* [2003], *Interpreting COPD prevalence estimates: what is the true burden of disease?*, in «Chest», May, 123.
- Harber, B.W. [1998], *The Balanced Scorecard - Solution at Peel Memorial Hospital*, *Healthcare Quarterly*, 1, pp. 59-63.
- Hart, J.T. [1971] *The inverse Care Law*, in «Lancet», 401.
- Health Canada [2001], *Health Policy and Communication*, Canada Health Act Division, Canada Health Act Annual report.
- Hibbard, J.H., Stockard, J., Tusler, M. [2003], *Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts?*, in «Health Affairs», vol. 22, n. 2, pp. 84-94.
- Hofmarcher, M., Oxley, H., Rusticelli, E. [2007], *Improved health system performance through better care coordination*, OECD Health working paper n. 30.
- Holguin, F., *et al.* [2005], *Comorbidity and mortality in COPD-related hospitalizations in the United States, 1979 to 2001*, in «Chest», Oct 2005.
- Hood, C. [2007], *Public Service Management by Numbers: Why Does it Vary? Where Has it Come From? What Are the Gaps and the Puzzles?*, in «Public Money and Management», April 2007, Vol. 27, n. 2, pp. 95-102.
- Hood, C., *et al.* [1999], *Regulation Inside Government*, New York, Oxford University Press.
- Horngren, C.T., Foster, G., Datar, S.M. [1998], *Contabilità per la direzione, strumenti e processi per l'impresa competitiva*, Torino, Utet.
- Hsiao, W.C. [1992], *Comparing health care systems: what nations can learn from one another*, in «Journal of Health Politics, Policy and Law», 17, pp. 613-636.
- Ichino, P. [2003], *Il contratto di lavoro, sull'assenteismo abusivo e i relativi rimedi*, vol III, Milano, Giuffrè.
- Ichino, P., [2007], *Exit e Voice per rompere il circolo vizioso dell'irresponsabilità delle amministrazioni pubbliche*, in «Iustitia», pp.229-234.





ISTAT [2000], *Indagine multiscopo sulle famiglie. Condizioni di salute della popolazione 1999-2000*, Roma, ISTAT.
ISTAT [2002], *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000*, Roma, ISTAT.
ITT [2005], *Raccomandazioni cliniche per i principali tumori solidi*.

Jaarsma, T., *et al.* [1999], *Effects of education and support on health care and resource use in patients with heart failure*, in «Eur Heart J.», 20.
Jackson, M.L., *et al.* [2004], *The burden of community-acquired pneumonia in seniors: results of a population-based study*, in «Clin Infect Dis.», 39.
Johnson, A., Paton, K. [2007], *Health promotion and Health Services, Management for change*, New York, Oxford University Press.

Kaplan, R.S., Norton, D.P. [1991], *The balanced scorecard - measures that drive performance*, in «Harvard Business Review».

Kazandjian, V.A. [1991], *Performance indicators: pointer dogs in disguise - a commentary*, in «J Am Med Rec Assoc», 62.

Kazandjian, V.A. [1999], *Public disclosure: A hospital quality improvement project's perspective*. *En: Goldfield N, editor. Physician profiling and risk adjustment*, Gaithersburg, Aspen Publishers, Inc.

Kazandjian, V.A. [2002], *Accountability through measurement: a global healthcare imperative*, Milwaukee, ASQ Quality Press.

Kelley, E., Hurst, J. [2006], *A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project*, in «International Journal of Quality Health Care».

Kelley, E., Hurst, J. [2006], *Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper*, in «OECD Health Working Papers», No. 23, 9th March 2006.

Kelman, S. [2006], *Review of "The Oxford Handbook of*





- Public Management*”, in «Academy of Management Review», vol. 31, n. 4, pp.1094-1108.
- Ketola, E., Klockars, M. [1999], *Computer-assisted telephone interview [C.A.T.I.] in primary care*, in «Family Practice», Vol. 16, No. 2, pp. 179-183.
- Klazinga, N. [1994], *Concerted action programme on quality assurance in hospitals 1990-1993 (COMAC/HSR/QA). Global results of the evaluation*, in «J Qual Health Care», 6.
- Kripalani, S., et al. [2007], *Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians*, in «JAMA», February 28, Vol. 297, No. 8, pp. 831-841.
- Krotscheck, C, Narodoslowsky, M. [1994], *The Sustainable Process Index: a new dimension in ecological evaluation*, in «Ecological Engineering».

Laboratorio MeS, Scuola Superiore Sant’Anna e Regione Toscana [2007], *Laboratorio MeS Report 2006*, Pisa, ETS.

- Larson, E.B., Yao, X. [2005], *Clinical Empathy as emotional labor in the patient-physician relationship*, JAMA, Vol 293, No.9.
- Last, J.M. (a cura di) [2005], *Dizionario di Epidemiologia*, IV Edizione, New York, Oxford University Press.
- Lecuyer, L. [1975], *Space dimensions, the climate of discussion and group decisions*, in «European Journal of Social Psychology», 46, pp. 38-50.
- Leister, J., Stausberg, J. [2007] *Why Do Patients Select a Hospital? A Conjoint Analysis in Two German Hospitals*, in «Journal of Hospital Marketing & Public Relations», Vol. 17 Issue 2, pp. 13-31.
- Lester, A., Wilson, I. [1995], *Surveying businesses by telephone - a case study of methodology. Proceedings of the International Conference on Survey Measurement and Process Quality*, American Statistical Association.
- Lewis, J. [1999], *The EFQM Excellence Model*, London, Woodward Lewis.





- Liberg, L., Kasprzyk, D. [1991], *Data collection methods and measurement error: an overview*, in Biemer, Groves, Lyberg, Mattiowetz, Sudman (a cura di), *Measurement error in surveys*, New York, Wiley and Sons, pp. 237-257.
- Li-cheng, C. [2004], *The Use of a Scorecard Approach for strategic Performance Measurement. National Health service: Limitations and Implications*, in «WP» n. 68, KBS, University of Kent.
- Lin, E., et al. [2005], *Hospital Report. A Balanced Scorecard for Ontario Hospitals, Mental Health Care*, Toronto, Ontario Hospital Association and Government of Ontario.
- Lindenauer, P.K., et al. [2007], *Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement*, in «NEJM – New England Journal of Medicine», vol. 356, n° 5, February 1.
- Lowenstein, R. [2005], *The quality cure?*, in «The New York Times», March 13 2005.
- Luthy, D.A., et al. [2003], *Physician contribution to cesarean delivery risk model*, in «American Journal of Obstetrics and Gynecology», 188, pp. 1579-1587.
- Lynch, R.L., Cross, K.F. [1991], *Measure Up! Yardsticks for Continuous Improvement*, Cambridge, MA, Blackwell.
- Macinko, J., Starfield, B., Shi, L. [2003], *The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998*, in «Health Serv Res», 38.
- Maciocco, G., et al. [2006], *A caro prezzo le disuguaglianze in salute. Secondo rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute globale*, Pisa, ETS.
- Maciocco, G., Roti, L. [2006], *Chronic care model, guida per l'assistenza di domani*, in «Il Sole24ore Sanità», 25 aprile-1 maggio 2006.
- Magistretti, A., Brown A.D. [2002], *Performance measurement in women's health: The Women's Health Report, Hospital Report 2001 Series*, in «A Canadian Experience Women's Health Issues», 12.



- Main, E. [1999], *Reducing cesarean birth rates with data-driven quality improvement activities*, in «Pediatrics», 103, pp. 374-383.
- Main, E., Bloomfield, L., Hunt, G. [2004], *Sutter Health, First Pregnancy and Delivery Clinical Initiative Committee. Development of a large-scale obstetric quality-improvement program that focused on the nulliparous patient at term*, in «American Journal of Obstetrics and Gynecology», 190, Issue 6, pp. 1747-1756.
- Main, E., et al. [2006], *Is there a useful cesarean birth measure? Assessment of the nulliparous term singleton vertex cesarean birth rate as a tool for obstetric quality improvement*, in «American Journal of Obstetrics and Gynecology», 194, Issue 6, pp. 1644-1651.
- Mainz, J., Bartels, P., Rhode, P. [2002], *Accountability and Measurement in the Danish Healthcare System*, in *Accountability through measurement: a global healthcare imperative*, Kazandjian, V.A., Milwaukee, ASQ Quality Press.
- Mannino, D.M. [2002], *COPD: epidemiology, prevalence, morbidity and mortality, and disease heterogeneity*, in «Chest», 121.
- Mannino, D.M., Brown, C., Giovino, G.A. [1997], *Obstructive lung disease in the United States from 1979 to 1993: an analysis using multiple-cause mortality data*, in «Am J Respir Crit Care Med», 156, pp. 814-818.
- Mannino, D.M., et al. [2002], *Chronic obstructive pulmonary disease surveillance—United States, 1971-2000*, in «MMWR Morb Mortal Wkly Rep», 51, pp. 1-16.
- Mapelli, V. [1992] *Bisogni di salute, scelte dei consumatori ed equità: una ricerca empirica*, paper presentato a Convegno “La salute tra stato e mercato”, Associazione Economisti Sanitari Italiani, Roma, 7-8 maggio 1992.
- Mapelli, V. [2007], *Politiche sanitarie a confronto tra risorse e salute*, in «Sole 24 ore Sanità», 20-26 novembre 2007.
- Marchi, L. [2003], *I sistemi informativi aziendali*, Milano, Giuffrè.



- Marchi, L., Paolini, A., Quagli, A., [1997], *Strumenti di analisi gestionale*, Torino, Giappichelli.
- Marino, I. (a cura di) [2007], *Sistema Salute - Analisi e prospettive per il futuro della sanità italiana*, Italia-nieuropei - Fondazione di cultura politica.
- Mariotti, G., [2006] *Priorità cliniche in sanità- come governare i tempi di attesa con il coinvolgimento dei professionisti. Con il focus group su tempi e liste di attesa di Carlo Liva*, Milano, Franco Angeli.
- Marmot, M. [2005], *Social determinant ob health*, in «Lan-cet», 365, pp. 1099-1104.
- Marshal, M., *et al.*, [2002] *Selecting indicators for the quality of health promotion, prevention and primary care at the health system level in OECD countries*, in «OECD Health Technical Paper», n. 18.
- Marshall M., *et al.* [2003], *Measuring general practice: a demonstration project to develop and test a set of primary care clinical quality indicators*, report Nuffield Trust e RAND, Santa Monica, CA, USA.
- Marshall, M.N., *et al.* [2003], *Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom*, in «Health Affairs», vol. 22, n. 3, pp. 134-148.
- Marshall, M.N., *et al.* [2004], *How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care?*, in «Int J Qual Health Care», 16.
- Martinelli, M., [2001], *La contabilità e il bilancio nelle aziende sanitarie*, Milano, Il Sole 24 ore.
- Massagli, M.P., Clarridge, B.R. [1995], *Quality improvement through the use of systematic monitoring in a centralised CATI facility. Proceedings of the International conference on Survey Measurement and Process Quality*, American Statistical Association.
- Mayne, J., Zapico-Goni, E. [1997], *Effective Performance Monitoring: a necessary condition for Public Sector Reform*, in «Monitoring Performance in the Public Sector», New Jersey, Transaction Publishers.
- Mc Laughlin, C.P., Kaluzny, A.D. [2000], *Building client Centered Systems of Care*, in «Health Care Manage-ment Review», vol.25, n. 1.





- Mc Nair, C.J., Leifried, K.H. [1992], *Benchmarking: a tool for continuous improvement*, New York, Wiley and Sons.
- McKee, M., Healy, J. [2002], *Hospitals in a changing Europe*, European Observatory on Health Care Systems Series, Buckingham-Philadelphia, Open University Press.
- McMullan, J.T., Veser, F.H. [2004], *Emergency department volume and acuity as factors in patients leaving without treatment*, in «South Med J.», August 2004.
- McQuarrie, D.G., [1983] *Hospitalization utilization levels, the application of queuing theory to a controversial medical economic problem*, in «Minnesota Medicine».
- Meads, G. [2006], *Primary care in the twenty-first century - an International perspective*, Oxford, Radcliffe Publishing.
- Meier, K.J., Brudney, J.L. [2002], *Applied statistics for public administration*, Orlando, Harcourt College.
- Melotti, R., Grilli, R. [2004] *Liste di attesa e governo clinico*, in *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*, a cura di Grilli, R., Taroni, F., Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Meneu, R. [2001], *Top be or not Top be*, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud - Rev Calidad Asistencial, 16, pp. 83-85.
- Mintzberg, H. [1983], *Structure in fives. Designing effective organizations*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. [1996], *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Bologna, Il Mulino, pp. 291-324.
- Miolo Vitali, P., Nuti, S. (a cura di) [2003], *Ospedale in rete e reti di ospedali: modelli ed esperienze a confronto*, in *II Quaderno dell'Osservatorio di Change Management in Sanità - Scuola Superiore Sant'Anna*, Milano, Franco Angeli.
- Mudryk, W., Burgess, M.J., Xiao, P. [1996], *Quality control in Statistics Canada. Proceedings of the section on survey research methods*, American Statistical Association.
- Mullan, F. [1998], *The "Mona Lisa" of health policy: primary care at home and abroad*, Health Affairs, Vol. 17, n. 2, pp. 118-126.





Murray. C.J. [1991], *Development data constraints and the Human Development Index*, Geneva, UNRISD.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health [2004], *Caesarean Section: Clinical Guideline*, London, RCOG Press.

National Health Ministers Benchmarking-Working Group [1999], *Third national report on health sector performance indicators, commonwealth department of health care*, Australia.

Naylor, C.D., *et al.* [1991], Assessment of priority for coronary revascularisation procedures, *Lancet*.

Naylor, C.D., Anderson, G.M., Goel, V. [1994], *Patterns of Health Care in Ontario*, Ottawa, Canadian Medical Association.

Neijens, P., Ridder, J.A. [1992], Saris, W.E., *An instrument for collecting informed opinions*, in «Quality and Quantity Journal», Vol. 26, No. 3, August 1992, pp. 233-244.

NHS Executive [1999], *Quality and Performance in the NHS: high level performance indicators*, Leeds, Quarry House.

Nicholls, W.L. II [1988], *The impact of High technology on Data Collection. Proceedings of Symposium 88: The impact of high technology on Survey Taking*, Statistics Canada.

Niven, P. [2003], *Balanced Scorecard for Government and non profit agencies*, New York, Wiley and Sons.

Nonis, M., Corvino, G., Fortino, A. [1999], *La scheda di dimissione ospedaliera*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.

Norman, D., *et al.* [2005], *An evidence-based approach to benchmarking the fairness of health-sector reform in developing countries* in «Bulletin of the World Health Organization», Volume 83, Number 7, July 2005, pp. 481-560.

North, D.C. [1990], *Institutions and institutional development*, Cambridge, Cambridge University Press.

Nutbeam, D. [1998], *Health promotion glossary*, *Health*





- promotion international*, New York, Oxford University Press, Volume 13, No. 4.
- Nuti, S. [1996], *Orientamento al cliente e sistemi di programmazione e controllo*, in «L'impresa Enel, sistemi di gestione e logiche manageriali per una pubblica utilità del futuro», a cura di Mazzoleni, M., Meneguzzo, M., Milano, Il Sole 24 ore, pp. 267-280.
- Nuti, S. [2000], *La scuola si valuta*, Firenze, Giunti Editore.
- Nuti, S. [2005], *Il sistema di valutazione delle Aziende sanitarie toscane*, in *Il Balanced Scorecard nelle Aziende Sanitarie*, a cura di Baraldi, S., Milano, McGraw-Hill.
- Nuti, S. [2007], *Misurazione della performance in sanità: il sistema adottato dalla Regione Toscana*, in *Governance, Strategia e Misurazione delle Performance. Le nuove frontiere della Balanced Scorecard*, a cura di Busco, C., Riccaboni, A., Saviotti, A., Arezzo, KNOWITÀ, pp. 521-545.
- Nuti, S., Barsanti, S. [2006], *Equità ed accesso nel percorso materno infantile in Salute e Territorio*, in «Salute e Territorio», anno XXVII, settembre-ottobre.
- Nuti, S., et al. [2006], *A multidimensional system to evaluate performance in the maternity process: the Tuscany experience*, London, Paper presentato alla XXIII Conferenza Internazionale dell'ISQUA.
- Nuti, S., Macchia A. [2005], *The employees point of view in the performance measurement system in Tuscany health authorities*, in *Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety*, a cura di Tartaglia, R., Albolino, S., Bellandi, T., Bagnara, S., London, Taylor & Francis.

- O'Leary, D. [1986], *JCAH plans new series of quality indicators based on outcome, clinical standards*, Rev Fed Am Health Syst, 19.
- Ochoa, A.O., Torrijos, G.P., Sánchez, D.S. [2002], *Cuadro de mandos integrala nivel hospitalario basado en indicadores del modelo EFQM de excelencia*, Gest Hosp, 13.
- OECD [2007], *Rapporto "Health at a glance 2007"*, 13 novembre 2007.
- Ontario Hospital Association [1999a], *Hospital Report: A*





- Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals*, Toronto, Ontario, Ontario Hospital Association.
- Ontario Hospital Association [1999b], *Measuring the Performance of Ontario Acute Care Hospital*, Toronto, Ontario, Ontario Hospital Association.
- Ontario Hospital Association [2006], *The Ontario Health System Scorecard. Health results team for information management*, Toronto, Queen's Printer for Ontario.
- Onyebuchi, A., et al. [2006], *A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project*, in «International Journal For Quality in Healthcare», Oxford Journals, vol. 18, pp. 5-13.
- Opit, L.J. [1993], *The measurement of Health Service Outcomes*, London, Oxford Textbook of Health Care.
- Otley, D. [1999], *Performance management: a framework for management Control Systems Research*, in «Management accounting research», Vol 10, pp. 363-382.
- Ouchi, W.G. [1977], *The relationship between organizational structure and organizational structure and organizational control*, in «Administrative Science Quarterly», vol. 22, pp. 95-113.
- Ouchi, W.G. [1979], *A conceptual framework for the design of Organizational Control Mechanism*, in «Science», Vol 25, n. 9.
- Patel, A., Knapp, M., et al. [2004], *Training Care Givers of Stroke patients: Economic Evaluation*, in «British Medical Journal», vol. 3, 28.
- Pavarani, E. (a cura di) [2002], *Analisi finanziaria*, Milano, McGraw-Hill.
- Peiró, P., Casas, M. [2002], *Comparación de la actividad y resultados de los hospitales en España y perspectivas*, in «Informe SESPAS 2002», Vol. 2, pp. 511-529.
- Pelliccioli, I. [2007], *La valutazione della dirigenza del servizio sanitario nazionale*, Milano, Franco Angeli.
- Persiani, N., [1999], *L'introduzione della contabilità economica e il nuovo sistema di bilancio dell'azienda sanitaria*, Padova, Cedam.





- Peskin, E.G., Reine, G.M. [2002], *A guest editorial: What is the correct cesarean rate and how do we get there?* In «Obsterical and Gynecological Survey», Volume 57, 4, pp. 189-190.
- Petersen, L.A., et al. [2006], *Does pay-for-performance improve the quality of health care*, in «Annals of Internal Medicine», n.145.
- Petty, TL. [2003], *Definition, epidemiology, course, and prognosis of COPD*, in «Clin Cornerstone», 5.
- Pinhas-Harniel, O, Zeitler, P. [2005], *The global sperad of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents*, in «Journal of Pediatrics», 146, pp. 693-700.
- Pink, G.H., et al. [2001], *Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System*, in «Journal of Health Care Finance», 27.
- Porter, M. E., Teisberg, E.O. [2006], *Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, Harvard Business School Press.
- Price, D., Duerden, M. [2003], *Chronic obstructive pulmonary disease*, in «BMJ», May 2003.



Quagli A., Dameri P.R., Inghirami I.E., *I sistemi informativi gestionali Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Franco Angeli, Milano, [2005].



- Rapporto Osservasalute [2004], *Indicatori di Qualità AHRQ*.
- Rebora, G. [1999], *La valutazione dei risultati nelle amministrazioni pubbliche*, Milano, Guerini Associati.
- Regione Toscana, Dipartimento Diritto alla Salute e Politiche di solidarietà – Agenzia Regionale di Sanità Toscana [2002], *Relazione sanitaria 2000-2002*.
- Regione Toscana, Dipartimento Diritto alla Salute e Politiche di solidarietà – Agenzia Regionale di Sanità Toscana, *Relazione sanitaria regionale 2003-2005. Il profilo di salute della Toscana*.
- Renzi, C., Bonini, A., Vainieri, M., Nuti, S. [2005], *Assessment of patient satisfaction within a multidimensional performance*





- evaluation system of the Tuscan Healthcare Authorities, Roma, poster presentato al convegno Health Technological Assessment International.
- Repullo, R. [2002], *Los retos para promover la calidad en el nuevo escenario descentralizado del Sistema Nacional de Salud*, Rev Calidad Asistencial, 17.
- Roemer, M.I. [1991], *National health systems of the world. Vol. 1: The countries*, New York, Oxford University Press.
- Roland, M. [2004], *Linking physician pay to quality of care: a major experiment in the United Kingdom*, in «New England Journal of Medicine», vol. 351, pp. 1448-1454.
- Ronco, G., Segnan, N., Ponti, A. [1991], *Who has pap test? Variables associated with the use of the pap test in absence of screening programmes*, in «International Journal of Epidemiology», 20, pp. 349-353.
- Rosenthal, M.B., Dudley, R.A. [2007], *Pay-for-performance: will the latest payment trend improve care?*, in «Journal of the American Medical Association», February 21.
- Rossi, E. [2006] *Il sistema pubblico di fronte alla sfida dei tempi di attesa*, in «Monitor» n.17.
- Royal College of General Practitioners [2007], *The Future Direction of General Practice - A roadmap*, London.
- Rugiadini, A. [1978], *La pianificazione d'impresa: aspetti metodologici e organizzativi*, Milano, Franco Angeli.
- Sacks, J., Gallup, J. [1999], *Geography and economic growth*, Cambridge MA, in *Consulting Assistance on Economic Reform* (CAER II Discussion Paper No. 39), Harvard Institute for International Development.
- Rugiadini, A. [1979], *Organizzazione d'impresa*, Milano, Giuffrè.
- Santesso, E., Sòstero, U. [1999], *La sterilizzazione degli ammortamenti: alcune riflessioni critiche*, in «Mecosan», n. 30.
- Saris, W.E. [1991], *Computer assisted interviewing*, London, Sage.





- Sayler, L.R., [1976], *Matrix management: the structure with a future*, in «Organizational Dynamics».
- Schoen, C., et al. [2004], *Primary care and health system performance: adults' experience in five countries*, in «Health Affairs», October 28th, pp. 487-503.
- Scognamiglio, A., et al. [2003], *L'epidemiologia della broncopneumopatia cronica ostruttiva*, Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, vol. 39, n. 4, pp. 467-484.
- Seiler, J.A. [1967], *System Analysis in Organizational Behaviour*, Homewood, Irwin-Dorsey.
- Shaw, C.D., Kalo. I. [2002], *Background to national quality policy in health systems*, Copenhagen, World Health Organization.
- Sheatsley, P.B. [1983], *Questionnaire Construction and Item Writing*, in *Handbook of Survey Research*, Rossi, P.H., Wright, G.D., Anderson, A.B., San Diego, Academic Press.
- Shepherd, J., Vincent, C. [1991], *Interviewer-Respondent interactions in C.A.T.I. interviews. Proceedings of the Annual Research Conference*, Bureau of the Census.
- Simon, H., Smithburg, D.W., Thompson, V.A. [1950], *Public Administration*, New York, Alfred A. Knopf Pub.
- Sistema Statistico Regionale della Toscana [2002], *Studi e Ricerche: Indagine sulla percezione della qualità dei servizi sanitari in Toscana*;
- Smith, J., et al. [2000], *Getting into their stride: interim report of a national evaluation of primary care groups*, Health Services Management Centre, Birmingham, UK.
- Sòstero, U. [2003], *L'economicità delle aziende*, Milano, Giuffrè.
- Sòstero, U., Ferrarese, P. [2000], *Analisi di bilancio*, Giuffrè, Milano.
- Spaltro, E. [1989], *L'intervista di gruppo*, in Trentini G. (a cura di) [1989], *Teoria e prassi del colloquio e dell'intervista*, Roma, NIS.
- Starfield, B. [1992], *Primary care: concept, evaluation and policy*, New York, Oxford University Press.
- Starfield, B. [1998], *Primary care: balancing health needs, services and technology*, New York, Oxford University Press.





- Starfield, B., Shi, L. [2002], *Policy relevant determinants of health: an international perspective*, in «Health Policy», 60.
- Stefanini, A., Albonico, M., Maciocco, G. [2006], *Le disuguaglianze nella salute: definizioni, principi e concetti*, in A caro Prezzo, *Le disuguaglianze nella salute, secondo rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*, Pisa, ETS.
- Sutter Health [2001], *Sutter Women's & Children's Services. First pregnancy and delivery. Clinical initiative resources*, Sutter Health, California.
- Tagiuri, R. [1968], *The concept of organizational climate*, in *Organizational climate: explorations of a concept*, Tagiuri, R., Litwin, G.H., Cambridge, Harvard University.
- Tardiola, A. [2006], *Per una public review. Sulla PA la valutazione è possibile: purché si apra al confronto con l'esterno*, in «Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni», n. 6, pp. 1357-1382.
- Tarnai, J., Kennedy, J., Scudder, D. [1998], *Organisational effects of C.A.T.I. in small to medium survey centres*, in *Computer Assisted Survey Information Collection*, Couper, M.P., Baker, R.P., Bethlehem, J., Clark, C.Z.F., Martin, J., Nicholls, II W.L., O'Reilly, J.M., New York, Wiley & Sons.
- Teare, G.F., et al. [2004], *Hospital Report 2003. A Balanced Scorecard for Ontario Hospitals, Complex Continuing Care*, Toronto, Ontario Hospital Association and Government of Ontario.
- Thomas, J. [2001], *Paranjothy S. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: Clinical Effectiveness Support Unit. The National Sentinel Caesarean Section Audit Report*, London, RCOG Press.
- Thomas, P. [2006], *Integrating primary care - leading, managing, facilitating*, Oxford, Radcliffe Publishing.
- Thompson, DA, Yarnold, PR [1995], *Relating patient satisfaction to waiting time perceptions and expectations:*



the disconfirmation paradigm, Academic Emergency Medicine, Volume 2.

- Thomson, R.G., McElroy, H., Kazandjian, V.A. [1997], *Maryland Hospital Quality Indicator Project in the United Kingdom: an approach for promoting continuous quality improvement*, in «Qual Health Care», 6, pp. 49-55.
- Tockner, M., et al. [2005], *La gestione integrata del paziente affetto da BPCO: risultati attesi ed attività di monitoraggio. La gestione delle malattie croniche e la tutela del "paziente fragile"*, 4° Congresso Nazionale CARD, 1-3 dicembre 2005.
- Tracey, J.B., Tews, M.J. [2005], *Construct Validity of a General Training Climate Scale*, in «Organizational Research Methods», vol. 8, n. 4, London, Sage Publications.
- Treasury Board of Canada [2000], *Results for Canadians: a management framework for the government of Canada*, Ottawa, Treasury Board of Canada Secretariat.
- Treasury Board of Canada [2001], *Guide to the development of results-based management and accountability frameworks*, Ottawa, Treasury Board of Canada Secretariat.
- Turco, L. [2006] *Liste di attesa: una questione di responsabilità*, in «Monitor», n.17, Roma.
- Turner, B. [1992], *The Sociology of safety*, Milano, McGraw Hill.
- Vagnoni, E. [2004], *La direzione delle aziende sanitarie*, Milano, Franco Angeli.
- Vagnoni, E., Periti, E. (a cura di) [2007], *Efficienti perché pubblici. Organizzare il cambiamento nell'università pubblica: il caso dell'Ateneo di Ferrara*, Roma, Carocci.
- Vainieri, M. [2006], *Che cosa influenza la soddisfazione dei cittadini toscani nei servizi territoriali di base? l'indagine del laboratorio management e sanità del 2005*, in «Salute e Territorio», n. 156 maggio-giugno 2006.
- Valenzuela, L., et al. [2007], *To Identify Primary Care Interventions That Reduce Hospitalisation of People Over 65 due to Ambulatory Care Sensitive Conditions*, in



- «Atencion Primari», vol. 39, n. 10, pp. 525-33.
- Vasselli, S., Filippetti, G., Spizzichino, L., [2005], *Misurare le performance del sistema sanitario*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Vayda, E., *et al.* [1984], *Five-year study of surgical rates in Ontario's counties*, in «CMAJ», 131.
- Vedung, E. [1997], *Public policy and Program evaluation*, New Brunswick, Transaction Publishers.
- Venison, P. [1983], *Managing hotels*, London, Heinemann.
- Vicarelli, G., [2007], *Politiche sanitarie e diritti dei pazienti. Il governo delle liste di attesa in Italia*, in «Mecosan», n. 60, pp. 25-36.
- Vignati, E., Bruno, P. [2002], *Tecniche di Management Sanitario*, Milano, Franco Angeli.
- Vignati, E., Bruno, P. [2004], *Balanced Scorecard in sanità. Un nuovo sistema di management per tradurre la strategia in azione*, Milano, Franco Angeli.

- Wagner, E. [1998], *Chronic Disease Management: What Will It Take to Improve Care for Chronic Illness?*, in «Effective Clinical Practice», vol. 1, n. 1, pp. 2-4.
- Weil, O., Frenandez, H., [1999], *Is safe motherhood an orphan initiative?*, in «Lancet», 354, pp. 940-943.
- Weimer, W.T., Gormeley, D.L. [1999], *Organizational Report Cards*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Wennberg, J.E. [1984], *Dealing with medical practice variations: a proposal for action*. In «Health Aff», 3, pp. 6-32.
- Wensing, M., Elwyn, G. [2003]. *Improving the quality of health care: methods for incorporating patients views in health care*, in «BMJ», 326.
- Werking, G.S., Clayton, R.L. [1995], *Automated telephone methods for Business surveys*, in *Business Survey Methods*, Cox, Binder, Chinappa, Colledge & Kott, New York, Wiley & Sons.
- Werking, G.S., Tupek, A., Clayton, R. [1988], *C.A.T.I. and touchtone self-response applications for establishment*



- surveys*, in «Journal of Official Statistics», Vol. 4, Statistics Sweden.
- Weston, W.W. [2001], *Informed and shared decision-making: the crux of patient-centred care*, in «JAMC», 165, pp. 438-439.
- Whitehead, M. [1992], *The concepts and principles of equity and health*, in «Health Promotion International», 6, pp. 217-227.
- WHO [1978], *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care: Alma-Ata*.
- WHO [1985], *Appropriate technology for birth*, in «Lancet», 2, pp. 436-437.
- WHO [1991], *The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals*.
- WHO [1996], *Department of Reproductive Health and Research. Care in Normal Birth: a practical guide*, Report of a Technical Working Group.
- WHO [1998], *European Health Care Reforms: analysis of current strategies*.
- WHO [2000] *The World Health Report 2000, Health Systems: improving performance*.
- WHO [2003], *Regional Office for Europe. Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions*, Report on a WHO workshop, Barcelona, 10-11 de enero de 2003.
- WHO [2005], *Preventing chronic diseases: a vital investment*.
- Wholey, J., Newcomer, K. [1997], *Clarifying Goals, reporting results*, in «New directions for Evaluation», vol. 75, pp. 145-149.
- Williams, S.J., Calnan, M. [1991], *Key Determinants of Consumer Satisfaction With General Practice*, in «Family Practice», Vol. 8, No. 3, 237-242.
- Wojcik, M.S., Hunt, E. [1998], *Training field interviewers to use computers: Past, present and future trends*, in *Computer Assisted Survey Information Collection*, Couper, M.P., et al., New York, Wiley & Sons.



- Yardley, J.K., Noka, M. [2005], *Psychometric Quality Standards of the Healthy Hospital Employee Survey*, in «WHRL ©HHES Validity and Reliability Study», Brock University, St. Catharines (Ontario).
- Zangrandi, A. [2005], *Società, governo e sviluppo del sistema lombardo. Dieci anni di esperienze. Area Sociale*, in «Rapporto IRER 2005. Lombardia 2005», Milano, Edizioni Angelo Guerini e associati.
- Zeithmal, V.A. [1988], *Consumer perception of Price, Quality and Value: a means end model and synthesis of evidence*, in «Journal of Marketing», vol. 52, n. 3, pp. 2-22.
- Zelman, W.N., Pink, G.H., Matthias, C.B. [2003], *Use of the balanced Scorecard in Health Care*, in «Journal of Health Care Finance», pp.1-16.
- Zemek, R., Schaaf, D. [1989], *The service edge*, New York, Nal Books.



RIFERIMENTI NORMATIVI

- Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002.
- Accordo Stato-Regioni 14 febbraio 2002.
- Commissione Europea [2007], *White Paper. Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013*.
- D.I. del 20 ottobre 1994 concernente lo schema di bilancio delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere
- Decreto 28 dicembre 2000: *Misure finalizzate alla minimizzazione del rischio di trasmissione all'uomo, tramite farmaci, degli agenti che causano l'encefalopatia spongiforme animale*, in Gazzetta Ufficiale n. 4 del 5 gennaio 2001.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001: *Definizione dei Livelli essenziali di assistenza*, in Gazzetta Ufficiale n. 33 del 8 febbraio 2002.
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229: *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*, in Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999.
- Decreto Legislativo 21 dicembre 1999 n. 517: *Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419*, in Gazzetta Ufficiale n. 8 del 12 gennaio 2000 - S.O. n. 10.
- Decreto Legislativo 29 aprile 1998, n. 124: *Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della L. 27 dicembre 1997, n. 449*, in Gazzetta Ufficiale n. 99 del 30 aprile 1998.
- Decreto Ministeriale 24 aprile 2000: *Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario*



- nazionale per il triennio 1998-2000, in Gazzetta Ufficiale 131 del 7 giugno 2000.*
- Delibera Giunta Regionale Regione Toscana n. 784/2004: *Rete Materno-Infantile Regionale.*
- DGRT n. 1091 del 26 agosto 1996: *Disposizione in materia di contabilità delle Aziende Ospedaliere.*
- DGRT n. 1343 del 20 dicembre 2004.
- DGRT n. 143 del 27 febbraio 2006: *Disposizioni in materia di prestazioni sanitarie specialistiche.*
- DGRT n. 440 del 19 giugno 2006: *Disposizioni in materia di erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche. Integrazione e proroga termini di applicazione per: Azienda USL 8 di Arezzo, Azienda USL 11 di Empoli, Azienda USL 10 di Firenze e Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer.*
- DGRT n. 8102 del 24 dicembre 2004.
- DGRT n. 867 del 20 novembre 2006: *Indirizzi alle aziende sanitarie in materia di erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche strumentali.*
- DGRT n. 887 del 8 agosto 2003: *Approvazione del progetto: specialistica e diagnostica ambulatoriale: un progetto per una qualità sostenibile.*
- Legge 11 marzo 1988 n. 67: *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato* [legge finanziaria 1988], in Gazzetta Ufficiale n. 61 del 14 marzo 1988.
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833: *Istituzione del servizio sanitario nazionale*
- Legge 23 dicembre 1996, n. 662: *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*, in Gazzetta Ufficiale n. 303 del 28 dicembre 1996.
- Legge 23 dicembre 2005 n. 266: *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato* [legge finanziaria 2006], in Gazzetta Ufficiale n. 302 del 29 dicembre 2005.
- Legge 26 Gennaio 1982, n. 12 (conversione in legge, con modificazioni del decreto legge 26 novembre 1981, n. 678, concernente il blocco degli organici delle unità sanitarie locali), in Gazzetta Ufficiale n. 25 del 27 gennaio 1982.





Ministero della Salute [2001], *Analisi e proposte in tema di liste di attesa nel SSN*.

OECD [2001] *Performance measurement and performance management in OECD health systems, Labour market and social policy-paper n.47*.

OECD [2006], *Salute e sanità a confronto. Indicatori OCSE 2005*

Piano Sanitario Nazionale 1994-1996.

Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.

Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.

Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

Piano Sanitario Regione Toscana 1999-2001.

Piano Sanitario Regione Toscana 2001-2002.

Piano Sanitario Regione Toscana 2002-2004.

Piano Sanitario Regione Toscana 2005-2007.





SITOGRAFIA

- secure.cihi.ca - Canadian Institute for Health Information, *HSMR. A New Approach for Measuring Hospital Mortality*.
- www.ama-assn.org - American Medical Association, *Guidelines for pay-for-performance programs*.
- www.arsanita.it - Agenzia Regionale di Sanità Toscana.
- www.arsanita.toscana.it - Agenzia Regionale Sanità Toscana.
- www.assr.it - ASSR, *Analisi delle Aziende Ospedaliere*.
- www.cermlab.it/_documents/NotaCERM12-06.pdf - Persiani, N. [2006], *Contabilità delle ASL - alcuni spunti di riflessione sulla strada del federalismo*. NOTA CERM 12/2006
- www.commonwealthfund.org - Common Wealth Found.
- www.cspo.it - Istituto Toscano Tumori
- www.doesicilia.it
- www.dsa.unipr.it/soliani/soliani.html - Soliani, L., *Manuale di statistica per la ricerca e la professione*.
- www.electiveservices.gov.nz - Minister of Health New Zeland, *Elective services*.
- www.epicentro.iss.it - Epicentro
- www.goldcopd.com - GOLD Workshop Report, Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, Update April 2003.
- www.health.gov.on.ca/transformation/wait_times/public/wt_public_mn.html - *Government of Ontario, Patient Wait Times Information*. Accessed 1-12-2007.
- www.healthcarecommission.org.uk - Health Care Commission, United Kingdom.
- www.healthcarecommission.org.uk/InformationForService-Providers/AnnualHealthCheck/fs/en?CONTENT_ID=4017483&chk=ub2qrx - Health Care Commis-



- sion, *Assessment for improvement. The annual health check.*
- www.hpi.org.uk - Health Poverty Index, United Kingdom.
- www.isiknowledge.com - Journal citation report, ISI Web of Science
- www.iss.it
- www.iss.it/site/mortalità - Istituto Superiore di Sanità, Sezione: *Epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute*, Tema: *La mortalità per cause in Italia: 1980-2002.*
- www.lho.uk - London Health Observatory, United Kingdom.
- www.massmed.org - Massachusetts Medical Society, *MMS Guidelines for Measuring, Reporting, and Rewarding Physician Performance*, 2005.
- www.meslab.sssup.it - Nuti, S. (a cura di), *Il percorso nascita in toscana: dai dati alle scelte. La valutazione dei risultati delle aziende territoriali toscane.*
- www.ministerosalute.it - Ministero della Salute.
- www.nhs.uk - National Health System.
- www.oecd.org - Organization for Economic Cooperation and Development.
- www.ontariobudget.ca/english/papers_all.html - *Government of Ontario. Ontario Budget 2007.* Accessed 1-12-2007,
- www.rapportoierer2005.it
- www.salute.toscana.it - Regione Toscana, *Diritto alla salute e politiche di solidarietà.*
- www.saluteglobale.it - Osservatorio italiano sulla salute globale.
- www.sociol.unimi.it/corsi/met_ric_soc/cultura%20sicurezza.doc - Gherardi S., Niccolini D., Odella F., *La cultura della sicurezza sui luoghi di lavoro.*
- www.who.int - Organizzazione Mondiale della Sanità.



GLI AUTORI

AMATO GIULIANO, Ministro degli Interni, Presidente del Comitato Scientifico del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna e Regione Toscana.

BARSANTI SARA, ricercatore a contratto del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna e Regione Toscana, dottoranda in "Management, Competitiveness and Development" presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

BERG MARC, professore di Social Medical Sciences presso l'Erasmus University Medical Center, Rotterdam, Olanda, partner della società di consulenza Plexus Medical Group, Amsterdam.

BEVAN RICHARD GWYN, professore di Management Science presso la London School of Economics and Political Science, Londra.

BONINI ANNA, ricercatore a contratto del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Regione Toscana.

BRAMBINI ANNALISA, ricercatore a contratto del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Regione Toscana.

BROWN ADALSTEINN, Vice Ministro alla Salute, Ontario, Canada (Assistant Deputy Minister, Health System Strategy Division, Ministry of Health and Long-Term Care, Ontario, Canada), professore associato al Department of Health



Policy, Management and Evaluation, presso l'Università di Toronto, Canada.

CALABRESE CARMEN, ricercatore a contratto del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Regione Toscana.

CAMERINI VALENTINA, PhD, ricercatore a contratto del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Regione Toscana.

CAMPANALE CRISTINA, ricercatore a contratto del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna e Regione Toscana, dottoranda in "Management, Competitiveness and Development" presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

CAMPANI ALESSANDRO, ricercatore a contratto del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Regione Toscana.

CERASUOLO DOMENICO, Computer Scientist del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Regione Toscana.

CINQUINI LINO, professore ordinario di Economia Aziendale presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, componente del Comitato Scientifico del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna e Regione Toscana.

FELLONI ELISABETTA, ricercatore a contratto del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Regione Toscana.

FERRETTI FABIO, Direttore Scientifico del Centro di Soddisfazione dell'Utenza e Qualità Percepita nei Servizi Sanitari, Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese, collaboratore del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Regione Toscana.





FREY MARCO, professore ordinario di Economia e Gestione delle Imprese presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, Presidente del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna e Regione Toscana.

FURLAN MANUELA, ricercatore a contratto del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna e Regione Toscana, dottoranda in "Diritto delle relazioni di lavoro" presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

GÓMEZ SORIANO GREGORIO, Direttore dell'Assistenza Sanitaria di Zona, Agenzia Valenciana de Salud, Regione Valenciana, Spagna.

LUPI BARBARA, PhD, ricercatore a contratto del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Regione Toscana.

MARCACCI LINDA, ricercatore a contratto del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Regione Toscana.

MARINO IGNAZIO, Senatore della Repubblica Italiana, Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, Professore di Chirurgia presso la Thomas Jefferson University di Philadelphia, USA.

MURANTE ANNA MARIA, ricercatore a contratto del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna e Regione Toscana, dottoranda in "Management, Competitiveness and Development" presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

NUTI SABINA, professore associato di Economia e Gestione delle imprese presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, Direttore del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna e Regione Toscana.





ROSSI ENRICO, Assessore al Diritto alla Salute e Politiche di solidarietà della Regione Toscana.

SANNA FRANCESCA, ricercatore a contratto del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Regione Toscana.

SEGHIERI CHIARA, PhD, ricercatore a contratto del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Regione Toscana.

SINIGAGLIA MARIA GIULIA, ricercatore a contratto del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Regione Toscana.

TAKAHASHI TOSHIRO, Professore di Management dei Servizi alla Salute presso il Nihon University College of Commerce, Tokyo.

TEDESCHI PAOLO ERNESTO, PdD, ricercatore a contratto del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Regione Toscana.

VAINIERI MILENA, ricercatore a contratto del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna e Regione Toscana, dottoranda in "Management, Competitiveness and Development" presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.



RINGRAZIAMENTI

Questo libro si basa in buona misura sul grande lavoro di squadra realizzato da tutti i ricercatori del *Laboratorio Management e Sanità* della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, costituito in collaborazione con la Regione Toscana. A loro, a quelli che hanno contribuito a scrivere il testo e a quelli che in questi anni hanno collaborato al lavoro di ricerca, la mia gratitudine per l'entusiasmo e il grande impegno profuso per progettare, costruire e implementare il sistema di valutazione della performance della sanità toscana presentato in questo testo.

Un ringraziamento particolare al Professor Riccardo Varaldo che, in qualità di responsabile scientifico, ha guidato nella fase iniziale il team di ricerca e che, in questi anni, mi ha sempre incoraggiato e sostenuto con consigli e spunti di riflessione. Nella fase di disegno del sistema un contributo orientativo fondamentale è stato fornito dal Comitato Scientifico del progetto di ricerca, costituito dai Professori Domenico Bodega e Stefano Baraldi dell'Università Cattolica di Milano, il Professor Adalstein Brown dell'Università di Toronto, la Professoressa Paola Miolo Vitali dell'Università di Pisa, il Professor Danilo Neglia dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa.

Grazie anche ai colleghi della Scuola Superiore Sant'Anna da cui spesso ho ricevuto idee e suggerimenti: tra questi in particolare Lino Cinquini e Marco Frey.

Ma il lavoro svolto in questi anni è stato reso possibile soprattutto grazie ad un modo nuovo, per l'Università, di collaborare ed operare con la Regione Toscana e con le Aziende Sanitarie. Il *Laboratorio Management e Sanità* ha realizzato le sue attività puntando su una forte integrazione tra formazione manageriale e ricerca applicata, quest'ultima



disegnata sui fabbisogni dei soggetti del sistema sanitario toscano, ma aperta allo scambio con le migliori esperienze presenti a livello internazionale. Su tali condizioni e modalità operative è stato costruito il sistema di valutazione della performance della Sanità Toscana. Nel cammino realizzato in questi anni, un ruolo fondamentale lo ha avuto l'Assessore alla Sanità della Regione Toscana Enrico Rossi. La sua attenzione al tema, la convinzione della sua utilità nel contesto della nostra pubblica amministrazione e la condivisione dei suoi presupposti valoriali sono stati fattori determinanti per il successo del sistema e per la sua utilizzazione quale strumento di governance e di responsabilità sociale nel contesto regionale.

L'efficacia dello strumento si deve molto inoltre ai suggerimenti e alle proposte fatte nel processo di progettazione e di condivisione dai dirigenti regionali, tra cui Aldo Ancona, Valtere Giovannini, Loredano Giorni, Carla Donati, Andrea Leto, Riccardo Tartaglia, ma anche alle indicazioni fornite dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere Universitarie.

Vorrei ringraziarli tutti, uno per uno, perché hanno accettato con professionalità e profondo spirito di collaborazione di mettersi in gioco per la costruzione di un sistema trasparente di valutazione dei risultati che, in prima battuta, ha riguardato proprio la verifica del loro operato.

Infine un grazie specialissimo alla mia famiglia, a mio marito Alessandro e ai miei figli Pietro, Lorenzo, Francesco e Ginevra che mi hanno donato la serenità e la forza per condurre questa impresa.

Sabina Nuti



